

respostas precoces e duradouras, em que 30% apresentaram remissão completa, ou 67% com resposta parcial. **Conclusão:** Com isso, para os tratamentos com CAR-T já aprovados, desenvolveram-se estudos de acompanhamento para que as taxas de recaída pós-terapia sejam analisadas, devido a perda de antígeno/alvo, o que pode ocasionar no surgimento de células cancerígenas, com expressão de antígeno mutada, tornando fundamental que o repertório-alvo das células CAR-T sejam explorados para garantir resultados efetivos da terapia. A tecnologia de edição genômica CRISPR/Cas9 contém aplicações promissoras para criar a próxima geração de células CAR-T, todavia sua aplicação terapêutica deve ser explorada mais a fundo, a fim de evitar efeitos fora do alvo e mutações aleatórias, com consequências deletérias não intencionais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.774>

## SEGUNDO TRANSPLANTE AUTÓLOGO APÓS RECIDIVA TARDIA DE MIELOMA MÚLTIPLO E NOVA REMISSÃO COM BORTEZOMIBE, TALIDOMIDA E DEXAMETASONA (VTD). ALTERNATIVA PARA TRATAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Bernardes, JRAT Silva, GF Sanches, LM Capóssoli, CF Medeiros, JC Penteado, LS Goes, GMM Pascoal, MG Cliquet

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna de plasmócitos com produção excessiva de proteína monoclonal na maioria dos casos. Corresponde a 1% das neoplasias malignas e 10 a 15% das neoplasias hematológicas. No Brasil, há cerca de 2600 novos casos anualmente, (2013 a 2019), com incidência de 1,24 casos a cada 100 mil habitantes. Os fatores de risco do MM incluem: idade avançada, com idade média de diagnóstico aos 70 anos; sexo masculino; etnia afrodescendente; e história familiar de MM em parentes de primeiro grau. O diagnóstico se dá pela detecção da proteína-M no plasma ou na urina, pela infiltração plasmocitária > 10% na medula óssea e pelo acometimento sistêmico, caracterizado pela síndrome CRAB – hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões osteolíticas. Para o tratamento existem diversas drogas utilizadas em associação como a Ciclofosfamida, Talidomida e Dexametasona (CTD) até recentemente a melhor opção disponível no SUS. No âmbito da Saúde complementar novas drogas e novas combinações mostram resultados superiores ao CTD. Todos os tratamentos devem ser seguidos de transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas (TACTH) em pacientes elegíveis. Recentemente se tornou disponível no SUS o uso do inibidor de proteasoma, o Bortezomibe (V), sendo então utilizado o esquema VTD, superior ao CTD. As remissões são quase que sempre seguidas de recidivas após um período de alguns anos e novos esquemas devem ser utilizados para que se consiga novas respostas. **Relato do caso:** Relatamos o caso de um paciente do SUS,

homem, 66 anos, tratado com CTD (2017) seguido de TACTH (2018) que apresentou recidiva em 2022. Ao diagnóstico história de pneumonias de repetição, dor lombar e emagrecimento importante. Exames com anemia (Hb = 9,2 g/dL e Ht = 28,6%), hipergamaglobulinemia (5,60 g/dL), alteração da função renal e albumina de 3,23 g/dL, além de plasmocitose na medula óssea. ISS III. Iniciado tratamento com CTD com resposta parcial muito boa (RPMB) após 6 ciclos, seguido de TACTH em 2018 com remissão completa (beta-2 microglobulina = 1,56 mg/L, Hb = 15,5 g/dL, albumina = 4,06 g/dL, ausência de pico monoclonal em gama), com manutenção com meio comprimido de talidomida por dia, por 2 anos. Em 2022 apresentou progressão da doença sendo iniciado novamente CTD (1 ciclo) e mais 7 ciclos com Bortezomibe (VTD) então disponível no SUS. Nova RPMB e novo TACTH em março de 2023 com nova remissão completa. **Discussão:** O medicamento Bortezomibe permitiu uma nova resposta e por considerarmos que uma nova recidiva acontecerá e que no SUS não teremos novas drogas tão cedo, optamos pela tentativa de aprofundar a resposta com um segundo transplante e com isso possivelmente prolongar a remissão. Os resultados de um novo TACTH são favoráveis, em geral, em recidivas tardias (>3 anos) como no caso em questão. **Conclusão:** Aproximadamente 90% dos pacientes com MM são tratados pelo SUS, e o tratamento realizado é uma opção para maior duração da remissão e consequentemente maior sobrevida, ganhando tempo até que novas drogas estejam disponíveis neste âmbito.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.775>

## ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MIELOMA MÚLTIPLO NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

ACDB Gomes, FC Rosa, GS Zveibil, JA Ferreira, MEBS Canto

Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São Paulo, SP, Brasil

**Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico do mieloma múltiplo (MM) nos últimos cinco anos no “Brasil”. **Materiais e métodos:** Estudo epidemiológico ecológico de série temporal a partir da coleta de dados de 2018 a 2022 no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/DATASUS). Foram estudadas o perfil epidemiológico do mieloma múltiplo através das seguintes variáveis: sexo, faixa etária e ano do diagnóstico, sendo avaliadas segundo cada região do Brasil. Utilizou-se o meio de estatísticas descritivas para a análise dos dados. **Resultados:** No período analisado, tiveram 18.224 diagnósticos no Brasil por mieloma múltiplo. O sexo mais acometido foi o masculino com 9.576, correspondendo a 52,54%. Em relação à faixa etária, a mais acometida foi a partir dos 45 anos, sendo a idade mais afetada entre 55 a 74 anos com 11.009 casos, sendo 60,40%. No que tange o ano de diagnóstico, desde o ano de 2020 houve um aumento do número de diagnósticos: 2020 (3.379), 2021 (3.828), 2022 (4.446) sendo o último o mais afetado, o qual corresponde a 24,39% dos casos. Em todas as variáveis analisadas a região Sudeste foi a mais afetada pela doença com 8.941 dos casos (49,06%), seguido da Nordeste