

também significativamente pior nos hospitais públicos do que nos privados (81% vs. 97%, $p < 0.0001$), diferença confirmada após análise multivariada corrigindo para as diferenças (HR 2.90 / IC95% 1.49-5.65, $p < 0.0001$). **Conclusão:** O acesso reduzido aos tratamentos adequados provavelmente refletiu a pior sobrevida global no serviço público. Existem algumas vantagens em estar em um hospital público de referência, como participação em pesquisas, doação de medicamentos e acesso a exames (IgHV e FISH). No hospital público, mais testes de status mutacional de IgHV foram realizados devido à inclusão em protocolos de pesquisa, enquanto no serviço privado, testes foram realizados apenas quando havia indicação de tratamento. Mesmo em um centro de referência, estar no SUS permanece como um fator de risco isolado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.560>

LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO EM JOVEM

JA Silva ^a, KCR Mata ^b, IMH Torres ^a,
LGD Dourado ^a, AS Araujo ^a, BRN Deus ^a,
CGL Bastos ^a, MRR Vieira ^a, PS Barbosa ^a,
EMM Costa ^a

^a Centro Universitário de Excelência (UNEX), Feira de Santana, BA, Brasil

^b Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA, Brasil

Introdução: A leucemia linfocítica crônica (LLC) é a leucemia mais prevalente em adultos no ocidente, sendo mais comum em homens com idade média de diagnóstico de 65 anos. A maioria dos casos apresenta-se oligo ou assintomática, com linfocitose persistente e adenomegalia. O diagnóstico na maioria das vezes é confirmado por imunofenotipagem. A escolha de terapia, quando indicada, leva em consideração características do paciente, da doença, clínicas e citogenéticas. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente jovem com LLC de curso agressivo, com recaída precoce e excelente resposta ao uso dos inibidores da Tirosina quinase de Bruton (BTKi), no cenário de atendimento público. **Método:** Revisão de prontuário de um paciente e pesquisa bibliográfica sobre o assunto. **Relato de caso:** J.A., 49 anos, sexo masculino, diagnosticado com LLC em julho de 2021, atendido em ambulatório público na Unidade de Alta Complexidade e Oncologia (UNACON) em Feira de Santana- BA. Hipertenso, estadiamento clínico RAI 1/ BINET C. Teve o tratamento indicado por duplicação linfocitária e adenomegalias volumosas. A avaliação citogenética apresentou IGVH não mutado e TP53 negativo. Realizado o tratamento com 6 ciclos de Fludarabina e Ciclofosfamida no intervalo de setembro a dezembro de 2021, com boa resposta clínica e laboratorial. Reavaliado a cada 3 meses, evoluindo sem intercorrências. Um ano e meio após, apresentou anemia grave, plaquetopenia, linfocitose progressiva e esplenomegalia importante. Foi admitido em Unidade de Terapia Intensiva com Hemoglobina (Hb) de 4 g/dL e instabilidade hemodinâmica, evoluiu com choque séptico, sendo iniciado terapia transfusional e tratamento clínico. Após alta hospitalar retornou para seguimento e

obteve diagnóstico de anemia hemolítica autoimune, sendo utilizado prednisona 1 mg/kg e solicitado para o tratamento da recaída o (BTKi) Acalabrutinibe 100 mg 2 vezes ao dia. Após 30 dias do início da terapia, o paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial significativa (Hb 14 g/dL, leucócitos 6000/mm³, linfócitos 3500/mm³, plaquetas 183.000/mm³, ureia: 47 mg/dL, creatinina 1,3 mg/dL). O paciente apresenta-se assintomático até o momento em seguimento a cada 2 meses. **Discussão:** A LLC é uma doença predominante em pacientes idosos e o caso em questão traz um desafio por se tratar de um paciente jovem com LLC. A mutação IGVH está relacionada com um curso clínico lento e melhor prognóstico, enquanto a ausência de mutação sugere pior evolução do quadro clínico. O paciente apresenta IGVH não mutado, o que justifica a agressividade da doença e sua recaída precoce. Ademais, conforme a literatura, espera-se que 50% dos pacientes tenham IGVH não mutado. A escolha da segunda terapia foi realizada baseada na alteração citogenética e na comorbidade que o paciente apresentava. A utilização do BTKi de segunda geração oferece maior seletividade, reduzindo riscos de descompensação clínica para o paciente. **Conclusão:** O tratamento para LLC precisa ser personalizado e isso no sistema público ainda é limitado pela dificuldade de acesso a terapias-alvo. Tratando-se de uma paciente com classificação de alto risco, jovem, hipertenso, com doença agressiva e necessidade imediata em iniciar um tratamento com melhor resposta, foi crucial utilizar BTKi devido à urgência e gravidade da recaída. O desafio continua sendo a individualização e o acesso a medicamentos que ofereçam melhor resposta e segurança para o perfil do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.561>

CLADRIBINA SUBCUTÂNEA É OPÇÃO EFICAZ E PRÁTICA NO TRATAMENTO DA TRICOLEUCEMIA: EXPERIÊNCIA DE TRÊS CENTROS BRASILEIROS

AP Tavares ^a, FM Marques ^{a,b}, MC Seiwald ^a,
ACK Vieira ^a, L Perobelli ^b, PA Fernandes ^a,
V Pfister ^a, VC Molla ^{a,c}, MV Gonçalves ^a,
C Arrais-Rodrigues ^{a,c}

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil

^b Hospital de Transplantes Euryclides de J. Zerbini, São Paulo, SP, Brazil

^c Hospital Nove de Julho/ DASA, São Paulo, SP, Brazil

Introdução: A tricoleucemia (hairy cell leukemia - HCL) é uma neoplasia hematológica rara que corresponde a menos de 2% de todas as leucemias, com estimativa de 1100 novos casos diagnosticados por ano nos EUA. A incidência é maior em pacientes idosos, com mediana de idade ao diagnóstico de 63 anos, e predominância em pacientes do sexo masculino. A doença é caracterizada pela presença de linfócitos B maduros pós-centro germinativo CD5 negativos infiltrando a medula óssea, o baço e o sangue periférico, causando pancitopenia associada à monocitopenia. O diagnóstico pode ser realizado