

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

por citometria de fluxo mostrando positividade para CD11c, CD25, CD123 e CD103. Na análise mutacional, 90-100% dos casos apresentam mutação do BRAF V600E. O tratamento de primeira linha é composto por análogos de purinas, como cladribina (2CDA) e pentostatina, com resposta completa em 80 a 85% dos casos e sobrevida global de 90% em 10 anos. A cladribina pode ser administrada por via intravenosa (IV) em infusão contínua por 7 dias ou subcutânea (SC), sendo a neutropenia febril o principal evento adverso. A administração SC tem como principal vantagem não necessitar internação. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo de pacientes com diagnóstico de HCL tratados com cladribina em três centros, comparando a segurança e eficácia da aplicação SC com a aplicação IV. **Resultados:** Foram analisados 48 pacientes, dos quais 42 (88%) eram do sexo masculino. A idade mediana ao tratamento era de 50 anos (variação de 29 a 72). Esplenomegalia foi observada em 83% dos pacientes e hepatomegalia em 10%. A mediana da hemoglobina foi 8,9 g/dL (variação de 3,5 a 14,7 g/dL). A mediana do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 38 dias (variação de 0 a 287 dias). Foram realizados 53 tratamentos com cladribina, sendo 48 pacientes (90%) em primeira linha e 5 (10%) em segunda linha. A cladribina foi administrada via IV em 31 pacientes (58%) e via SC em 22 pacientes (42%). A taxa de resposta global foi de 96,2%, com 70% atingindo resposta completa (RC) e 26% resposta parcial (RP). Não houve diferença na taxa de resposta entre pacientes que receberam via IV (96,8%) e via SC (95,5%). Após mediana de seguimento de 5 anos, a sobrevida livre do próximo tratamento foi de 87% (mediana não atingida), sem diferença entre os que receberam via IV ou SC (85% vs. 91%, respectivamente). A sobrevida global foi de 98% em 5 anos, também sem diferenças em relação à via de administração. Três pacientes faleceram, sendo dois por doença refratária após três linhas de terapia e o outro por causa não relacionada. **Conclusão:** A administração SC de cladribina é uma opção eficaz e prática para o tratamento da tricoleucemia, oferecendo resultados comparáveis à via IV. A facilidade de administração SC, sem a necessidade de internação, pode reduzir custos, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e facilitar o manejo clínico, especialmente em serviços públicos e com baixa disponibilidade de leitos e recursos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.562>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE POR LEUCEMIA LINFOIDE NA REGIÃO SUDESTE (2017-2022)

JS Cardoso ^a, NPC Mourão ^b, PLBD Reis ^c, NCMV Belo ^d, MER Silva ^e, JVS Lima ^f, AZ Manoel ^g, LHMSG Gracioli ^h

^a Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul, SP, Brasil

^b Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil

^c Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil

^e Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^f Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI), Teresina, PI, Brasil

^g Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil

^h Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por leucemia linfóide da Região Sudeste de 2017 a 2022. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, com abordagem quantitativa, baseado na análise de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população do estudo foi constituída por todos os casos de óbitos por leucemia linfóide na região Sudeste do Brasil entre os anos de 2017 a 2022, sob as seguintes variáveis: sexo, faixa etária e cor/raça. **Resultados:** A análise dos dados evidencia tênue variação com realidade a mortalidade nos diferentes grupos etários. A concentração de vítimas de leucemia linfóide se dá no final da vida adulta, com maior incidência iniciando na faixa etária de 20 a 29 anos e com emergência linear, com pico na faixa etária de 70 a 79 anos, que representa 17,7% das fatalidades. A incidência em pessoas do sexo masculino e feminino é semelhante, sendo a incidência no primeiro grupo de 56,3% e no segundo 43,7%. A flutuação dos casos também é bem distribuída ao longo dos anos, com destaque para o ano de 2019, com 18,9% dos novos óbitos. A cor/raça de maior incidência de mortalidade foi entre os brancos, 64,88%, seguida dos pardos, 24,8%. **Discussão:** A leucemia linfóide engloba tanto a forma aguda quanto a crônica. A leucemia linfóide aguda (LLA) é mais frequente em crianças e em adultos com mais de 50 anos. Já a leucemia linfóide crônica (LLC) é rara em jovens sendo mais comum em idosos, especialmente entre ocidentais. Portanto, a maior incidência em faixas etárias avançadas observada neste estudo corrobora com a literatura sobre a epidemiologia da leucemia linfóide. A literatura também indica que a incidência de ambas as formas (LLA e LLC) é ligeiramente maior em homens do que em mulheres, mais comum em brancos e menos frequente em negros. Este padrão também foi observado na amostra deste estudo. **Conclusão:** O estudo revelou padrões consistentes com a literatura existente. Observou-se que a mortalidade aumenta significativamente com a idade, atingindo seu pico na faixa etária de 70 a 79 anos, o que é condizente com a maior prevalência de leucemia linfóide crônica em idosos. A distribuição por sexo mostrou uma incidência ligeiramente maior em homens, e a maior mortalidade foi observada entre indivíduos brancos, seguido pelos pardos. A variação anual dos óbitos foi relativamente estável, com um aumento notável em 2019. Dessa forma, esses achados corroboram as tendências epidemiológicas conhecidas da leucemia linfóide, reforçando a necessidade de estratégias direcionadas de prevenção e tratamento focadas nos grupos mais vulneráveis, especialmente os idosos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.563>