

desmielinizante crônica, com comprometimento sensitivo e motor. Imunoelektroforese com pico monoclonal IgG lambda. Lesão osteoesclerótica em fêmur esquerdo e biópsia desta com histopatológico de plasmocitoma. Ao exame, hiperpigmentação cutânea associada a lesões de pele. Iniciado tratamento com Melfalano e prednisona, e após, prednisona com ciclofosfamida, mantendo doença estável sem progressão de neuropatia. **Discussão:** Síndrome POEMS é uma síndrome rara e subdiagnosticada, com incidência estimada de 0,3 casos por 100.000 indivíduos, mais frequente no sexo masculino e idosos. É uma paraneoplasia derivada de uma discrasia plasmocitária monoclonal. O diagnóstico é feito na presença de 2 dos critérios mandatórios (polineuropatia e componente monoclonal) e pelo menos 1 maior e 1 menor. A estratificação é limitada ao fenótipo, sendo variável a frequência com que ocorrem as manifestações clínicas e laboratoriais. A terapia deve ser adaptada ao risco para minimizar toxicidade, com melhores taxas de sobrevida encontradas com transplante autólogo de medula óssea, no entanto apenas uma paciente realizou nesta série. **Conclusão:** POEMS é uma doença rara, com apresentação diversa e com critérios diagnósticos bem estabelecidos. Necessita de abordagem terapêutica adequada para prevenção de sequelas neurológicas irreversíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.892>

PERFIL IMUNOFENOTÍPICO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO MIELOMA MÚLTIPLO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

BAR Santana^a, KLA Santos^a, IO Silva^a,
JB Nogueira^b, JLJ Santos^a, NL Silva^a, VS Jesus^a,
LMO Freire^a, MS Assis^a, DM Schimieguel^a

^a Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil

^b Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), Aracaju, SE, Brasil

Objetivos: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela expansão clonal plasmocitária e produção de imunoglobulina monoclonal, com provável evolução de quadro para destruição óssea, falência renal, supressão hematopoética e infecções. O objetivo deste trabalho foi analisar casos de mieloma múltiplo a partir do diagnóstico e tratamento, relacionando-os aos seus respectivos marcadores imunofenotípicos. **Material e métodos:** Tratando-se de um estudo descritivo observacional retrospectivo, decorrente da análise e coleta de dados de prontuários dos pacientes do Centro de Oncologia Osvaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE, diagnosticados com MM no período de 2014 a 2018. As informações foram extraídas em questionário semiestruturado como idade, sexo, data de nascimento, data do diagnóstico e do início do tratamento, protocolo terapêutico e resposta ao tratamento com remissão completa (RC), remissão parcial (RP), recidiva e refratariedade, foram associadas ao perfil imunofenotípico. **Resultados:** Foram analisados 29 prontuários, a idade variou de 22 a 82 anos, com mediana de 58 anos, sendo 48,3% do sexo feminino. O perfil imunofenotípico revelou 89,7% dos

pacientes com CD138+, 82,8% com CD38+, 69,0% com CD56+, 55,2% cadeia leve κ + e 13,8% λ +. O CD56- foi observado em 13,8% dos pacientes. Dos quatro pacientes refratários/recidivados, três eram CD56+. O tempo médio entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 30,5 dias (1 a 81). O protocolo terapêutico mais utilizado foi o regime triplo VCD (velcade + ciclofosfamida + dexametasona), utilizado por 24,1% dos pacientes, seguido do regime duplo Cd = 20,7%, CTd (T para talidomida) = 13,8%, VTd = 10,3% e Cd + melfalano = 6,9%. Dentre os 16 prontuários com informações sobre resposta ao tratamento, observou-se RP em 62,5%, RC em 12,5%, recidivados e refratários, ambos 12,5%. Cinco pacientes foram elegíveis para o transplante autólogo de células tronco hematopoéticas (TCTH). **Discussão:** Os prontuários foram analisados mediante presença e acessibilidade de informações. A mediana 58 anos de idade para os pacientes com MM se aproxima dos dados da literatura (61 anos). A expressão do CD138 e CD38 é empregada no diagnóstico e acompanhamento da resposta ao tratamento. O CD56+ promove o crescimento das células do mieloma, diminuição da apoptose e adesão às células estromais. Quando a expressão do CD56 está diminuída pode reduzir a resposta ao tratamento, porém, há estudos que inferem resultados positivos. Um estudo empregando Cd ou CTd em pacientes CD56+ demonstrou alta taxa de RP e melhor prognóstico. A escolha pela dexametasona nos regimes é corroborada pela literatura por sua baixa toxicidade. A lenalidomida presente no protocolo atual padrão, foi somente aprovada em 2017 no Brasil. Logo, os regimes VTd ou VCD foram utilizados na época do estudo como melhor opção terapêutica disponível. **Conclusão:** O mieloma múltiplo acometeu igualmente ambos os sexos. Os protocolos VCD e Cd foram mais utilizados, mas outros regimes (VTd, CTd, e Cd + melfalano) foram aplicados em outros casos. Ademais, além dos CD38+ e CD38+, o CD56+ é o marcador imunofenotípico mais recorrente, não havendo consenso da sua expressão e influência na resposta ao tratamento. Por isso, monitorar as alterações imunofenotípicas em pacientes com MM pode ser benéfico para adaptar estratégias terapêuticas e melhorar o prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.893>

LEISHMANIOSE VISCERAL COM MANIFESTAÇÃO HEMATOLÓGICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA PLASMOCITÁRIA: UM RELATO DE CASO

MGL Verde, MVM Soares, RAN Melo,
VC Almeida, TTM Moura, MCA Silva,
JPA Sarmiento-Netto

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes,
Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió,
AL, Brasil

Introdução: A leishmaniose visceral (LV) é uma protozoonose endêmica no Brasil, transmitida pelo *Lutzomyia longipalpis*. Pode se manifestar com perda de peso, febre, hepatoesplenomegalia, adenomegalia e citopenias. Seu acometimento hematológico inclui alterações em todas as séries, em destaque para anemia, neutropenia, pancitopenia e achados na medula óssea - MO (plasmocitose, hiperplasia eritroide e formas

amastigotas de *Leishmania* sp). Objetiva-se, através deste estudo, relatar um caso de leishmaniose visceral com manifestação hematológica como diagnóstico diferencial de mieloma múltiplo. **Descrição do caso:** Mulher, 71 anos, hipertensa, diabética, com artrite reumatoide, com quadro de perda de peso involuntária de 10kg, em 6 meses, associada a plenitude gástrica, astenia, febre (até 39°C) e dor musculoesquelética, sobretudo em gradil costal. Evidência de anemia normocítica e normocrômica (Hb 5,6 g/dL); neutropenia (neutrófilos: 354 cels/mm³) e rouleaux eritrocitário. Contagem de reticulócitos normal. Cinética de ferro, dosagens vitamínicas e funções orgânicas sem alterações. HIV não reagente. Esplenomegalia homogênea em USG, sem sinais de hipertensão portal. Realizado mielograma com plasmocitose (14%) e eletroforese de proteínas mostrava hipergamaglobulinemia sugestiva de pico monoclonal. Encaminhada para a hematologia com suspeita de mieloma múltiplo. Investigação subsequente revelou que hipergamaglobulinemia policlonal, com relação kappa/lambda livres de 1,56 (ref: 0,26 a 1,65). Optado por reavaliação medular com biópsia de MO que identificou plasmócitos intersticiais e moderada quantidade de histiócitos com presença intracitoplasmática de cinetoplasma compatível com *Leishmania* sp. Paciente referenciada ao serviço de Infectologia para tratamento específico. **Discussão:** A LV é uma doença infecciosa, com acometimento sistêmico, contudo, suas manifestações hematológicas são marcantes, o que inclui as citopenias e os achados medulares. No caso relatado, a paciente evoluiu com bicitopenia (anemia e neutropenia) - excluídas outras etiologias, e aumento de plasmócitos em medula óssea (14%). Houve suspeita de mieloma múltiplo por plasmocitose em MO > 10% e lesão orgânica (anemia), porém, apesar de apresentar hipergamaglobulinemia, a mesma não era monoclonal, o que motivou a procura por diagnóstico diferencial. A plasmocitose observada na LV decorre da hiperativação de linfócitos B no microambiente medular. Após a exclusão de mieloma múltiplo, diante de outros achados clínicos (hepatoesplenomegalia, febre e síndrome consumptiva), optou-se por realizar biópsia de medula óssea para elucidação de diagnóstico hematológico e/ou parasitológico, com confirmação de *Leishmania* sp. Neste caso reforça a importância de correlacionar informações clínico-laboratoriais para elucidar a patologia de base. **Conclusão:** A LV é uma doença endêmica no Brasil e deve ser lembrada como diagnóstico diferencial na investigação de citopenias, hepatoesplenomegalia e plasmocitose medular. Seu acometimento hematológico é diverso e um alto grau de suspeita deve ser mantido pelos hematologistas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.894>

CILTACABTAGENE AUTOLEUCEL VS STANDARD OF CARE IN LENALIDOMIDE-REFRACTORY MULTIPLE MYELOMA: PHASE 3 CARTITUDE-4 SUBGROUP ANALYSIS BY CYTOGENETIC RISK

R Mina^a, B Dhakal^b, J San-Miguel^c, N Lendvai^d, M Vogel^e, K Li^f, D Chen^g, N Patel^h, H Einseleⁱ, J Martinez-Lopez^j

^a University of Torino, Turin, Italy

^b Medical College of Wisconsin, Milwaukee, United States

^c Cancer Center Clínica Universidad Navarra, Pamplona, Spain

^d Janssen Research & Development, Raritan, United States

^e Janssen Research & Development, Neuss, Germany

^f Janssen Research & Development, Spring House, United States

^g Janssen Research & Development, Shanghai, China

^h Legend Biotech USA Inc, Somerset, United States

ⁱ Universitätsklinikum Würzburg, Medizinische Klinik und Poliklinik II, Würzburg, Germany

^j Hematological Malignancies Clinical Research Unit, Hospital 12 de Octubre, Universidad Complutense, Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, CIBERONC, Madrid, Spain

Background: The prognosis for patients (pts) with multiple myeloma (MM) who have high-risk (HR) cytogenetics is poor. In the phase 3 CARTITUDE-4 trial, ciltacabtagene autoleucl (cilta-cel) vs standard of care (SOC) significantly improved progression-free survival (PFS; $p < 0.0001$) in pts with relapsed and lenalidomide-refractory MM after 1–3 prior lines of therapy. Additionally, the proportion of pts with an overall response (OR) (85% vs 67%), complete response or better ($\geq$ CR; 73% vs 22%), and minimal residual disease (MRD) negativity rate (10^{-5} ; 61% vs 16%) was higher with cilta-cel vs SOC. **Aims:** To report the efficacy of cilta-cel vs SOC in pts with HR and standard-risk (SR) cytogenetics, including by type of cytogenetic abnormality from a post hoc subgroup analysis of CARTITUDE-4. **Methods:** Eligibility criteria for CARTITUDE-4 have been previously described. Pts in the cilta-cel arm underwent apheresis, received bridging therapy (pomalidomide, bortezomib, and dexamethasone [PvD] or daratumumab, pomalidomide, and dexamethasone [DPd]), and then a single cilta-cel infusion (target dose, 0.75×10^6 CAR+ viable T cells/kg) 5–7 days after the start of lymphodepletion. The SOC arm received PvD or DPd until progressive disease. HR cytogenetics was defined as pts with ≥ 1 of the following cytogenetic abnormalities at baseline determined by fluorescence in situ hybridization: del(17p), t(4;14), t(14;16), or gain/amp(1q). SR cytogenetics was defined as pts without del(17p), t(4;14), t(14;16), or gain/amp(1q) at baseline. Efficacy analyses were assessed in the intent-to-treat population (all randomized pts) and are summarized descriptively. **Results:** In CARTITUDE-4, 394/419 pts were evaluable for cytogenetics and had non-missing data; of these, 255 pts had HR cytogenetics (cilta-cel, $n = 123$; SOC, $n = 132$) and 139 had SR cytogenetics (cilta-cel, $n = 69$; SOC, $n = 70$). At the data cutoff (Nov 1, 2022), median follow-up was 15.9 mo (range, 0.1–27.3). In pts with HR cytogenetics, median PFS was not reached (NR; 95% CI, 18.4–not estimable [NE]) with cilta-cel vs 10.3 mo (95% CI, 7.6–12.5) with SOC; 12-mo PFS rates were 76% vs 43%, respectively. Among pts with SR cytogenetics, median PFS was NR (95% CI, NE–NE) with cilta-cel vs 20.6 mo (95% CI, 11.2–NE) with SOC; 12-mo PFS rates were 77% vs 59%, respectively. In