

comparado o tempo de sobrevida do uso de duas ou menos terapias farmacológicas ($n=20$) (tratamento 1) e aqueles que fizeram três ou quatro ($n=10$) (tratamento 2), obteve-se uma média de sobrevivência de 1.661,3 dias no tratamento 1 e 1.308,1 dias do tratamento 2. A terapia mais utilizada entre os que fizeram o tratamento 1 foi a CYBORD (25%) e do tratamento 2 foi o CTD (33%). O p -valor foi de 0,672. Quando avaliado a idade no cálculo da regressão de Cox, o tratamento 2 apresentou 1,267 maior risco de morte quando comparado com o 1. Ao se observar a idade, o paciente mais velho tem 1,028 vezes maior risco de morrer. **Discussão:** O MM é uma neoplasia incurável, cujo tratamento ainda é um desafio. Na comparação dos grupos, tratamento 2 mostrou uma sobrevida discretamente maior do que o 1. Embora a diferença não tenha alcançado significância estatística ($p=0,672$), esses dados sugerem que regimes terapêuticos mais intensivos podem estar associados a uma tendência de maior sobrevida, alinhando-se com dados da literatura que destacam os benefícios de terapias contínuas. Estudos com tratamento contínuo têm demonstrado que essa abordagem, como exemplo o uso de lenalidomida ou terapias com bortezomibe, podem prolongar o controle da doença e melhorar a sobrevida livre de progressão. Isso destaca a importância de regimes terapêuticos mais eficazes, que buscam suprimir a evolução clonal e manter a doença sob controle. A ausência de significância estatística no estudo pode ser reflexo do pequeno tamanho amostral. A análise de regressão de Cox indicou que a idade avançada está associada a um risco aumentado de mortalidade, um achado corroborado por estudos que mostram que pacientes mais jovens respondem melhor a terapias intensivas e têm melhores desfechos. **Conclusão:** Estudos populacionais, ainda que retrospectivos, são desafiadores pela dificuldade de integrar dados que permitam uma análise real do cenário do tratamento no Brasil, principalmente a nível do Sistema Único de Saúde. Os resultados do estudo evidenciam a dificuldade na análise de dados de um centro de referência no interior da Bahia. É importante ressaltar a necessidade de obtenção de registros de dados de centros de tratamento de MM, a fim de conhecer melhor a realidade brasileira.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.908>

MIELOMA MÚLTIPLO: ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM ONCOHEMATOLOGIA NO INTERIOR DA BAHIA

MM Rocha ^a, IO Cordeiro ^a, FG Figueiredo ^a,
LMF Araújo ^a, CL Araújo ^a, DX Pinho ^a,
AM Lima ^b, BR Sampaio ^a, EC Pires ^c,
EMM Costa ^a

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

^b Faculdade Ages de Medicina, Jacobina, BA, Brasil

^c Unidade de Alta Complexidade e Atendimento em Oncologia (UNACON), Feira de Santana, BA, Brasil

Objetivo: Descrever características clínicas, tipos de terapêutica e linhas de tratamento dos pacientes com Mieloma Múltiplo (MM). **Metodologia:** Trata-se de uma coorte retrospectiva baseada na análise de registros de 438 prontuários no período de 2018 a 2024. Foram selecionados 40 registros ao acaso da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), em Feira de Santana-Bahia. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico confirmado de MM, atendimento e tratamento recebidos na unidade de saúde estudada. Os dados foram catalogados através de um formulário padronizado que incluiu os parâmetros: tipo de MM, Sistema de Estadiamento Internacional (ISS), características clínicas ao diagnóstico (anemia e níveis médios de hemoglobina, lesão óssea, disfunção renal), tipo de tratamento e número de linhas terapêuticas. **Resultados:** Em relação ao tipo de MM, estadiamento e diagnóstico, houve predomínio do tipo IgG Kappa (42,5%), seguido de IgG Lambda (22,5%), IgA Lambda (15%), IgA Kappa (12,5%), Cadeia Leve Lambda e Kappa tiveram 2,5% cada. Acerca do estadiamento ISS, 32,5% estágio III, 27,5% estágio II, 15% estágio I e 25% não tinham registro. Quanto ao diagnóstico, 62,5% através do mielograma, 30% por biópsia de medula óssea e 7,5% por biópsia de outros tecidos. A lesão óssea foi a característica clínica mais prevalente (95%), a anemia (92,31%), com uma média de hemoglobina de 10,06 g/dL (um paciente foi excluído dessa análise devido à falta de informação no prontuário). Cerca de 12,5% dos pacientes apresentaram disfunção renal. Sobre o tratamento, 45% fizeram uso de um tipo de terapia, 22,5% dois tipos de terapias, 30% três tipos e 2,5% quatro tipos. Quanto ao esquema terapêutico, o Cybord foi utilizado em 27,27% dos casos, Ciclofosfamida, Talidomida e Dexametasona 22,08%, Melfalano e Prednisona 15,58%. A Talidomida em 11,69% dos casos. Bortezomibe e Dexametasona e Melfalano, Dexametasona e Talidomida foram utilizados em 7,79% e 6,49%, respectivamente. Daratumumabe e Lenalidomida, foi utilizado em 2,60%. As terapias Interferon, Ciclofosfamida e Dexametasona, Ciclofosfamida, Cisplatina e Etoposídeo, Vincristina, Doxorubicina e Dexametasona e Bortezomibe, Talidomida e Dexametasona (VTD) representaram, cada uma, 1,30% dos esquemas terapêuticos utilizados. **Discussão:** O MM possui uma diversidade de características clínicas. O subtipo IgG Kappa, o diagnóstico, que ocorreu predominantemente pelo mielograma, e os achados clínicos, como lesões ósseas e anemia, corroboram com dados da literatura. O esquema Cybord, que liderou as escolhas terapêuticas no estudo, é amplamente reconhecido pela sua eficácia. A diversidade de esquemas terapêuticos utilizados evidencia a necessidade de adaptar o protocolo de tratamento de acordo com as características clínicas do paciente e da doença. **Conclusão:** O estudo revelou a complexidade e a diversidade no tratamento do MM em um serviço de referência no interior da Bahia, destacando um perfil de

doença grave, com presença de complicações clínicas associadas à esta patologia. A poliquimioterapia é recorrente nos pacientes com MM, visto que é uma doença incurável e com múltiplas recidivas. A análise detalhada das características clínicas reforça a importância de personalizar o tratamento visando um melhor prognóstico para o paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.909>

MIELOMA MÚLTIPLO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

FPS Michel, AP Gouvea, LF Negri, NP Vaz,
AC Fenili, FL Moreno, S Vidor, LCG Trindade,
DB Lamaison, MEZ Capra

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto
Alegre, RS, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo consiste em uma neoplasia de células plasmáticas clonais, correspondendo a cerca de 10% de todas as neoplasias hematológicas. A idade média dos pacientes no diagnóstico é de 65 anos, além disso é ligeiramente mais comum em homens do que mulheres. **Relato de caso:** Paciente feminina, 21 anos, previamente hígida, procura atendimento por queda da própria altura. Realizado TC crânio evidenciando formação expansiva em calota craniana na região do osso frontal direito. Paciente foi submetida a craniotomia frontal com ressecção da lesão e cranioplastia. Resultado de biópsia revela plasmocitoma. Tomografia computadorizada corporal de baixa dosagem apresenta múltiplas lesões osteolíticas. Eletroforese de proteínas evidencia pico monoclonal na região das gamaglobulinas com componente monoclonal de 2,22. A paciente foi então submetida a demais exames de investigação, sendo realizado o diagnóstico de mieloma múltiplo IgG de cadeias leves Lambda, com escore prognóstico ISS I. Iniciado tratamento quimioterápico com bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona (CyBORd) em junho/2021. Em maio de 2022 a paciente foi submetida a transplante autólogo de medula óssea e desde então realiza tratamento de manutenção com bortezomibe quinzenal. **Discussão e conclusão:** O diagnóstico de mieloma múltiplo requer a presença de $\geq 10\%$ de células plasmáticas clonais na medula óssea ou uma biópsia comprovada com plasmocitoma, associados a um ou mais dos seguintes eventos definidores: características CRAB (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia ou lesões ósseas), além de envolvimento da medula óssea por células plasmáticas clonais $\geq 60\%$, razão de cadeia leve livre sérica não envolvida ≥ 100 ou > 1 lesão focal de tamanho de 5mm ou mais. A doença óssea é a principal causa de morbidade e pode ser detectada por meio de tomografia computadorizada de corpo inteiro e de baixa dosagem, tomografia computadorizada (PET-TC) ou ressonância magnética (RNM). Aproximadamente 1 a 2% dos pacientes tem doença extramedular no momento

do diagnóstico inicial, enquanto 8% desenvolvem mais tarde, no curso da doença. Avanços importantes no tratamento nas últimas duas décadas levaram a uma contínua melhora na sobrevida da doença. O uso de novos agentes (como inibidores de proteassoma, drogas imunomoduladoras e anticorpos direcionados a moléculas de superfície celular), além do transplante autólogo de células tronco em pacientes jovens, melhorou significativamente os resultados em pacientes com mieloma múltiplo. Atualmente a sobrevida global mediana em pacientes elegíveis a transplante é estimada em aproximadamente 10 anos, em comparação com 4-5 anos em pacientes não elegíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.910>

COVID-19 - ONCO-HEMATOLOGIA

INCIDÊNCIA DE LEUCEMIA MIELOIDE: REFLEXOS DA PANDEMIA DE COVID-19

MCC Generali, AT Dias, SHN Messias,
JO Martins, V Justi, ML Muler, A Kaliniczenko

Universidade Paulista (UNIP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As leucemias são neoplasias hematológicas que atingem as células sanguíneas gerando a substituição de células normais por células cancerosas na medula óssea. A classificação se dá de acordo com a linhagem afetada, linfóide ou mieloide, e com a velocidade de proliferação das células cancerosas, sendo aguda ou crônica. A leucemia mieloide aguda atinge a linhagem mieloide, responsável pela origem dos leucócitos, onde há a disseminação de mieloblastos, uma célula imatura, na corrente sanguínea. A leucemia mieloide crônica, por sua vez, caracteriza-se pela translocação entre o cromossoma 9, onde localiza-se o gene ABL, e o cromossoma 22, onde localiza-se o gene BCR, simultaneamente, ocorre a quebra e rearranjo incorreto do cromossomo, formando o cromossomo Philadelphia. O BCR-ABL emite sinais para as células mieloides para que a divisão celular das células-tronco mieloides seja acelerada. Para a inibição da translocação desses genes é administrado o Mesilato de Imatinibe. O tratamento das leucemias é feito através de quimioterapia e transplante de células tronco. A rotina de diagnóstico e tratamento foi impactada pelo cenário pandêmico, visto a maior susceptibilidade de contrair e desenvolver os sintomas que o vírus oferece devido ao comprometimento de seu sistema imunológico. Os serviços de saúde sofreram uma drástica queda nos diagnósticos e tratamentos de doenças. No cenário pandêmico, o decaimento desses índices é algo preocupante, pois, pacientes, sabidamente oncológicos, deixaram de receber o devido tratamento e aqueles que possuem uma suspeita da doença, deixaram de receber o diagnóstico e o tratamento. A leucemia mieloide é ainda um desafio clínico importante, portanto, analisar o impacto negativo que a pandemia de COVID-19 trouxe para