

chegada apresentava-se regular estado geral, emagrecido, hipocorado e desidratado. Sem presença de hepatoesplenomegalia ou linfonodomegalias. Exames laboratoriais da chegada evidenciavam Hb 8,6 g/dL, leucócitos totais $34 \times 10^9/L$ (neutrófilos 10%, blastos 2%, plasmócitos 56%, linfócitos 25%), plaquetas $114 \times 10^9/L$, creatinina 2,4, (anterior 1,05), ureia 104 mg/dL, cálcio corrigido 11,7 mg/dL, VHS 78 mm/h, LDH 226 U/L, beta-2 microglobulina 23 mg/L, IgA 7 mg/dL, IgG 7.280 mg/dL, IgM < 18 mg/dL, além da presença de lesões osteolíticas difusas em tomografia computadorizada. A eletroforese de proteínas séricas evidenciou pico monoclonal na região das gamaglobulinas (6,95d/dl). Devido às alterações laboratoriais e de exames de imagem foi realizado aspirado de medula óssea com imunofenotipagem evidenciando presença de 66% de células plasmáticas clonais que coexpressam os antígenos CD138 e CD38 de elevada intensidade, imunoglobulina de cadeia leve kappa intracitoplasmática, CD45 de fraca intensidade, CD79a intracitoplasmática e CD27, em associação à perda de expressão dos antígenos CD19 e CD81. Os plasmócitos patológicos também apresentam a expressão anômala de CD20, CD56 e CD117 compatível com LCP. Mielograma evidenciando infiltração por cerca de 70% de plasmócitos com atipias. Iniciado o tratamento quimioterápico com protocolo VCD (Bortezomib, Ciclofosfamida e Dexametasona) com boa evolução clínica e melhora laboratorial. Paciente atualmente aguardando transplante autólogo de medula óssea. **Discussão:** A LCP é uma variante rara e agressiva do MM que pode ser primária (60 a 70%) ou secundária, como uma transformação leucêmica do MM. Para diagnóstico, pacientes com critérios diagnósticos para MM devem apresentar também pelo menos um dos critérios: plasmócitos circulantes na contagem diferencial de leucócitos convencionais, derrame pleural, hepatoesplenomegalia ou elevação da lactato desidrogenase. A apresentação clínica é variável, mas incluem os achados presentes no MM, tais como anemia, injúria renal, lesões ósseas líticas e hipercalcemia, além de manifestações presentes em leucemias, como leucocitose, anemia, plaquetopenia, hepatoesplenomegalia. O tratamento consiste em quimioterapia com esquemas contendo Bortezomib associada a Transplante de Medula Óssea Autólogo. O prognóstico da LCP é pior que o do MM, mas devido ao avanço de novas terapias tem cursado com melhora da sobrevida. Pacientes com mais de 60 anos, plaquetopenia ($<100 \times 10^9/L$) e plasmócitos $\geq 20 \times 10^9/L$ parecem estar associados com pior prognóstico. **Conclusão:** O presente caso evidencia a importância da investigação e tratamento precoce em pacientes com LCP e ilustra o caso de um paciente masculino, sem a presença dos três fatores associados a mau prognóstico citados acima.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.523>

EXPERIÊNCIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DO HOSPITAL DE AMOR DE BARRETOS COM O PROTOCOLO VIALE-A

FC Domingos, BM Borges, IAS Plentz, GF Colli, IZ Gonçalves, IA Siqueira, MB Carneiro, NS Castro, RFP Fracarolli

Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Objetivo: Relatar a experiência no âmbito do SUS no Hospital de Amor de Barretos com o protocolo VIALE-A. **Material e métodos:** Avaliação retrospectiva de prontuário eletrônico dos pacientes cadastrados no sistema TASY. **Resultados:** Foram avaliados 7 pacientes, sendo três com Leucemia Mieloide Aguda (LMA) secundária à Síndrome Mielodisplásica (SMD) e quatro com LMA em pacientes inelegíveis à terapia Intensiva. Dos 7 pacientes, observamos complicações como: Síndrome de Lise Tumoral ($n = 1$), Neutropenia Febril ($n = 6$), toxicidade hematológica ($n = 5$) e óbito ($n = 3$). Quatro pacientes apresentaram remissão citomorfologica (RCM) e doença residual mínima (DRM) negativa após 2 ciclos ($n = 1$) e após 3 ciclos ($n = 2$), um paciente encontra-se em RCM e DRM positivo após 1º ciclo. Um dos pacientes realizou Transplante Alogênico de Medula Óssea por melhora do performance clínico, porém evoluindo a óbito por complicações. Em nossa prática clínica, mantemos dose reduzida de Venetoclax para aqueles pacientes em necessidade de profilaxia antifúngica com fluconazol; realizamos análise de mielograma e de DRM por citometria de fluxo após 28 dias do início do tratamento, reduzindo Azacitidina de 7 para 5 dias e Venetoclax de 28 para 14 dias nos pacientes com DRM negativa, para melhor tolerância e diminuição de efeitos adversos graves. **Discussão:** Os pacientes do Hospital de Amor de Barretos, sendo um serviço SUS, apresentam dificuldade de acesso a drogas não disponibilizadas por esse sistema. Apesar dessa dificuldade, em 14 meses, foram diagnosticados 25 pacientes com Leucemia Mieloide Aguda, dentre primárias e secundárias. Sete destes conseguiram iniciar protocolo com Azacitidina e Venetoclax, conforme indicação do estudo VIALE-A. Nossos pacientes apresentaram os principais efeitos adversos descritos no estudo, como anemia, trombocitopenia, neutropenia febril, sepse e óbito; apresentaram resposta da doença, também de acordo com a referência, dentro dos 3 primeiros meses do uso do protocolo. **Conclusão:** Apesar da pequena amostra de pacientes em nosso serviço utilizando Azacitidina e Venetoclax, nossa experiência mostra ser factível a utilização destes medicamentos em pacientes selecionados em serviço de saúde pública, com complicações e respostas não divergentes do estudo original.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.524>

P72R TP53 VARIANT AS A POTENTIAL MARKER FOR ACUTE MYELOID LEUKEMIA FROM AMAZONAS STATE, BRAZIL

GSP Braz^a, TCD Santos^a, MOD Santos^a, VC Costa^b, LPS Mourão^{a,c}, WO Azevedo^b, ROD Santos^b, AM Tarragó^{a,b}, GAV Silva^{a,b}

^a Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Hematologia (PPGH), Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus, Brazil

^b Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (HEMOAM), Manaus, Brazil

^c Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus, Brazil