

para 100 mmHg, e Cateterismo Cardíaco Direito (CCD) com Resistência Vascular Pulmonar (RVP) 17,9 Wood's, Débito Cardíaco (DC) de 2,9L/min, sendo iniciada terapia com ambrisentana com melhora parcial. Durante a investigação etiológica da HP, foi realizada eletroforese de proteínas com evidência de componente monoclonal de 3 g/dL. Prosseguiu-se com investigação de doença plasmocitária: imunofixação IgG/kappa, relação Kappa/Lambda livres:10,1. Avaliação medular: celularidade aumentada e presença de 17,2% de plasmócitos, imunofenotipagem: com clonalidade kappa, e ausência de lesões de órgão alvo para mieloma, compatível com diagnóstico de MMI. Dado a possibilidade de HP estar relacionada à neoplasia plasmocitária, e devido a indisponibilidade inicial de bortezomib, foi iniciado tratamento com ciclofosfamida e dexametasona, porém tanto o MMI quanto a HP não mostraram resposta ao tratamento instituído. Posteriormente é modificado esquema para bortezomibe/ciclofosfamida/ dexametasona. Realizado 10 ciclos, com negativação do CM e resolução da HP demonstrada pelo novo CCD RVP 4,5 woods e DC 4,5 L/min, e ECO com PSAP 29 mmHg. Após isso, foi submetida, em abril de 2022, a transplante de células tronco hematopoieticas (TCTH) autólogo, condicionamento com melfalano 200 mg/m². Quinze meses após o TCTH, a paciente mantém resposta laboratorial e hemodinâmica. **Discussão:** Dentre as GM, a HP é uma complicação estabelecida na síndrome de POEMS, com uma incidência relatada em 5-40%, mas também pode estar associada a outras discrasias plasmocitárias, incluindo GMSI (gamopatia monoclonal de significado indeterminado) e mieloma múltiplo, além de outros distúrbios hematológicos e mieloproliferativos. Existem escassos relatos de casos de HP no cenário de MMI. O mecanismo subjacente da HP neste cenário ainda não está claro, mas a fisiopatologia pode envolver citocinas ou processo humoral, uma vez que a HP foi reversível com o tratamento do MMI. **Conclusão:** A HP relacionada a MMI é um quadro raro. Durante a investigação de quadros de HP de etiologia indefinida, deve-se sempre lembrar da possibilidade de associação com gamopatias monoclonais. A importância de entender essa associação é grande, visto que parece haver uma boa resposta da HP ao tratamento do clone plasmocitário.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.778>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MIELOMA MÚLTIPLO DE 2013 A 2023 NO BRASIL

CO Costa, AFC Fernandes

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O câncer é um problema de saúde pública de âmbito mundial. O Mieloma Múltiplo é uma das principais neoplasias hematológicas. Conhecer o perfil de morbidade é de suma importância, pois a doença pode apresentar-se desde assintomática ou até desenvolver complicações com dores ósseas, fraturas e infecções constantes que estão

relacionados ao perfil da doença. **Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico do Mieloma Múltiplo no Brasil no período de 2013 a 2023. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa, sendo extraído os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS do período de 2013 a 2023 em âmbito nacional. **Resultados:** Nos últimos dez anos houve um total de 27.763 casos novos dessa neoplasia no país, sendo o sexo masculino correspondente ao maior número dos casos com 14.715 seguido do sexo feminino com o total de 13.048 casos. Em relação às regiões do país, verifica-se disparidades entre as regiões no número de casos diagnosticados nos últimos dez anos. A região sudeste ocupa o primeiro lugar com um total de 12.747 casos diagnosticados, a região nordeste ocupa o segundo lugar com um total de 6.700, a região sul está em terceiro com 5.244, seguidos de centro-oeste com 1.997 e norte em último lugar com 1.075 casos diagnosticados. As diferenças nos números podem estar relacionadas a fatores como: dificuldade na identificação dos sintomas da doença, acesso limitado aos serviços de saúde e a exames diagnósticos, diferença no número de serviços de oncologia dentre as regiões, entre outros fatores. Em relação a modalidade de tratamento, a quimioterapia ocupa o primeiro lugar como terapêutica mais utilizada em 24.830 pessoas para o tratamento, seguida de radioterapia com 2.796, combinação de duas modalidades (químio e radio) com 66 e cirurgia em 68 pessoas para tratamento. Dentro do período em estudo, observa-se um aumento no número total de diagnósticos novos, em 2013 houve um total de 2.325 diagnósticos e em 2022 um salto para 3.322 diagnósticos e no primeiro semestre de 2023 o registro parcial de 731 diagnósticos. **Conclusões:** A análise do perfil epidemiológico do Mieloma Múltiplo no âmbito nacional, nos últimos dez anos, auxilia aos profissionais de saúde e gestores na alocação de recursos em saúde conforme disparidades regionais, buscando o diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno conforme legislação, podendo reduzir a morbidade relacionada a doença e promoção da saúde para a população em geral.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.779>

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E GESTAÇÃO: UM DILEMA QUE PODE TER UM FINAL FELIZ

AFC Vecina^a, JR Assis^a, MA Goncalves^b,
DR Spada^a, JA Rena^a, GMM Pascoal^a,
BN Nascimento^a, CAV Caldeira^a,
VLNBD Avila^a, MG Cliquet^a

^a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde,
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

^b Conjunto Hospitalar de Sorocaba (SES/SECONCI), Sorocaba, SP, Brasil

Introdução: As leucemias agudas (LA) são neoplasias hematológicas de curso rapidamente agressivo, porém curáveis, que eventualmente podem acometer mulheres em idade

gestacional, numa incidência aproximada de 1 para 100.000 gestações. Quando a gravidez é complicada com o diagnóstico de LA, surge o dilema entre arriscar a sobrevida materna, adiando a quimioterapia e o potencial dano fetal ao ser exposto a drogas anti-neoplásicas.

Objetivo: Relatar caso de paciente diagnosticada com Leucemia Mieloide Aguda durante a gestação. **Relato do caso:** V.P. J, 39 anos, G3P2A0, diagnosticada com LMA em 25/10/22, na 25^a. semana de gestação. Apresentava medula óssea com 93,6% de blastos exibindo CD33 ++, CD13 parcial, CD117 parcial, MPO parcial, CD34 negativo, HLA-DR negativo e cariótipo normal (46, XX). Recebeu indução padrão para LMA com daunorubicina 60 mg/m²/dia por 3 dias e citarabina 100 mg/m²/dia por 7 dias, alcançando Doença Residual Mensurável (DRM) negativa por citometria de fluxo. Submetida a 1^a. consolidação com citarabina na dose de 1,5 g/m² em 30/11/22. Em seguimento obstétrico, devido aos achados ultrassonográficos de oligo âmnio, restrição de crescimento intra-uterino e centralização hemodinâmica fetal, a paciente foi submetida a cesárea em 21/12/22, no D22 da consolidação, com 33 semanas de gestação. O recém-nascido, apresentava exame físico normal, porém alterações no hemograma (Hb = 10,9 g/dL, L = 3700, N = 110, p = 757.000). Apresentou quadro infeccioso sem foco aparente nos primeiros dias de vida, recebendo antibiótico e alta com recuperação hematológica em 15/01/23. Após o parto, a paciente seguiu o regime de consolidação com 3,0 g/m² de Citarabina por mais 3 ciclos, mantendo DRM negativa ao final da consolidação (06/04/23). O bebê está com 7 meses de vida e apresenta crescimento e desenvolvimento normais. **Discussão:** Há poucos dados na literatura abordando o tratamento e o desfecho das LAs na gestação. Alguns apontam para uma sobrevida semelhante à da população em geral tratada para LA, entretanto com uma incidência maior de aborto, natimorto e parto prematuro. Aparentemente, se a doença ocorre no 1^o. trimestre, é aconselhável a interrupção da gestação a fim de promover a possibilidade de tratamento adequado. Durante o 2^o. e o 3^o. trimestres, a quimioterapia pode ser empregada, junto ao monitoramento fetal, permitindo a remissão da leucemia e o parto de RNs sem malformações, sendo também possível adiar o início do tratamento para o pós-parto quando a leucemia é diagnosticada no 3^o. trimestre. No caso relatado, por encontrar-se ainda no 2^o trimestre, o início do tratamento não pôde ser postergado, sendo optado pela indução padrão, mas pela consolidação em menor dose, obtendo um desfecho positivo, com a obtenção de DRM negativa. O RN apresentou alterações hematológicas transitórias, descritas em literatura, porém segue um desenvolvimento normal para a idade. **Conclusão:** O diagnóstico de LMA durante a gestação representa um desafio em relação a conduta terapêutica. Contudo, o uso de quimioterapia é relativamente segura no segundo e terceiro trimestres, possibilitando um desfecho positivo tanto para a mãe, quanto para o bebê.

AValiação Inicial dos Benefícios da Implementação de um Novo Serviço de Transplante Autólogo de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) no Tratamento de Pacientes com Mieloma Múltiplo em Hospital Público Terciário

JWL Júnior^a, JVF Souza^b, FACB Júnior^b,
MO Ughini^c, FL Moreno^c, TB Soares^c

^a Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), Mossoró, RN, Brasil

^b Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE), Mossoró, RN, Brasil

^c Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é responsável por 10% das neoplasias hematológicas. O uso de apenas agentes alquilantes e corticosteróides foram por muito tempo as únicas opções para o seu tratamento. Nas últimas décadas, a terapia de altas doses, seguida de TCTH mostrou sobrevida livre de progressão (SLP) maior, sendo então instituída como terapia padrão após terapia inicial. O TCTH no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre/RS, começou a ser realizado em dezembro de 2021. Visto que o HNSC não possuía serviço de TCTH próprio, o estudo comparou os resultados dos pacientes que realizaram o TCTH em outros hospitais com os que o fizeram no HNSC, identificando o tempo de espera para realização do TCTH, tempo de enxertia, toxicidade inicial, complicações e resposta até cem dias pós-TCTH.

Métodos: O estudo foi uma coorte retrospectiva, com alocação dos pacientes portadores de mieloma múltiplo do HNSC que fizeram o TCTH no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre (SC) e no HNSC, em 2017, 2018, 2019 e 2022. Foram analisadas as características clínicas: idade, sexo, tipo de mieloma, status performance (ECOG), e os desfechos: tempo entre diagnóstico e realização do TCTH, tempo para a enxertia, complicações presentes no pós-TCTH (neutropenia febril, internamento em UTI, colite neutropênica e mucosite) e respostas obtidas no D +100 pós TCTH. Os dados foram codificados e analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. **Resultados:** 26 pacientes foram incluídos na amostra. 7 (26,9%) realizaram o TCTH no HCPA, 10 (38,5%) na SC e 9 (34,4%) no HNSC. 16 (61,5%) eram do sexo masculino. A média de idade foi 57,5 anos. 9 (34,6%) expressavam IgA, 6 (23,1%) expressavam cadeias leves lambda ou kappa, 5 (19,2%) expressavam IgG, 5 (19,2%) expressavam proteínas mistas (cadeias leves lambda ou kappa + IgG ou IgA) e 1 (3,8%) era não secretor. 18 tinham ECOG de 0 a 2 e os 8 restantes ECOG 3. O desfecho principal, tempo de espera do diagnóstico até o tratamento, mostra que o tempo de espera dos pacientes que realizaram o TCTH no serviço próprio (HNSC) foi menor e estatisticamente significativo (p 0,47) do que aqueles que foram encaminhados para realização em outros serviços. O tempo de enxertia dos que fizeram o TCTH no HNSC teve uma