

urinária e Freelite) - sendo detectado proteína monoclonal apenas em eletroforese de proteínas urinárias (quantificável em 98,7 mg/24hr). Investigação para mieloma múltiplo negativa - biópsia de medula óssea sem evidência de plasmocitose clonal; tomografias esqueléticas sem fraturas/ plasmocitomas; sem lesões definidoras de mieloma. Biópsia de medula óssea enviada para coloração vermelho Congo - com resultado positivo - confirmando depósito amiloide também em medula óssea. Por ser considerado método padrão-ouro, anatomopatológico de medula óssea foi enviada para espectrometria de massa, com resultado positivo para amiloidose AA - no caso da paciente e pelo seu histórico, provavelmente resultado de processos infecciosos de repetição em próteses de quadril. Paciente mantém hoje acompanhamento no hospital, nos serviços de Hematologia e Cardiologia (por provável comprometimento cardíaco por amiloidose). **Conclusão:** A suspeita diagnóstica de amiloidose começa através do quadro clínico - com ampla gama de manifestações (desde sintomatologia constitucional como perda ponderal, fadiga, até injúria renal e disfunção cardíaca). O diagnóstico requer biópsia de tecido infiltrado - com identificação da proteína amiloide através da positividade para coloração de vermelho Congo e posterior subclassificação desta proteína através de métodos como por exemplo espectrometria de massa (método permite a correta classificação do subtipo de amiloide em até 94% dos casos). Na amiloidose AA, a proteína depositada nos diferentes tecidos é chamada amiloide A (um reagente de fase aguda), sendo em geral secundária a um insulto inflamatório sistêmico - dentre as causas, cita-se doenças autoimunes (e.g. artrite reumatoide, LES), além de infecções crônicas (como osteomielites, tuberculose). O manejo envolve o controle (e identificação) agressivo do processo subjacente, bem como suporte ao órgão acometido pela amiloidose (e.g. terapia de substituição renal em caso de injúria renal severa); não existe até o momento tratamento específico para o depósito amiloide já estabelecido.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104813>

ID - 3153

ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES DO NEOPLASIAS MALIGNAS DO TECIDO LINFÓIDE HEMATOPOIÉTICO NO BRASIL: PERFIL E VALORES DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

MY de Castro^a, MS Gonçalves^a, MZ Vianna^a, E Capovilla^a, LF Proença^a, RN Ruschel^a, BS Cimirro^a, ABF de Oliveira^a, JWdO Romanov^b

^a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: As neoplasias malignas do tecido linfóide hematopoiético, como mieloma múltiplo, histiocitose maligna, tumor maligno de mastócitos, entre outras, impactam

milhares de brasileiros anualmente. Este estudo busca analisar o impacto e a ocorrência dessas doenças no Brasil nos últimos 10 anos. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico das internações e seus impactos financeiros por outras neoplasias malignas do tecido linfóide, hematopoiético e correlatos nas regiões do Brasil no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2025. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo de natureza descritiva, retrospectiva e quantitativa, utilizando dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), administrado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O estudo abrangeu informações relativas às internações de pacientes entre 50-79 anos com outras neoplasias malignas do tecido linfóide hematopoiético. **Discussão e conclusão:** Durante os últimos 10 anos, foram quantificadas 62.946 internações por outras neoplasias malignas do tecido linfóide hematopoiético. Ao examinarmos as diferentes regiões brasileiras, a Sudeste registrou o maior número de casos, 53,37% (n = 33.599), seguida pela região Nordeste, 20,19% (n = 12.711), pela Sul, 17,04% (n = 10.726), pela Centro-Oeste, 6,83% (n = 4.301) e pela Norte, 2,55% (n = 1.609). Quanto à faixa etária, a mais acometida foi pacientes entre 60 e 69 anos, 43,1% (n = 27.136), também sendo a faixa etária com a maior quantidade de óbitos, 40,85% (n = 2.865). Considerando o sexo, o masculino apresentou 53,17% (n = 33.470), enquanto feminino representou 46,82% (n = 29.476). Quanto à média de permanência hospitalar, a média nacional foi de 9,1 dias, sendo as regiões Norte e Nordeste acima da média nacional, 10,2 e 9,5 dias, respectivamente. Quanto ao valor total das internações, o país gastou 226.205.670 reais, sendo a região Sudeste responsável por 56,01% (126.710.652 reais) dos custos. Referente ao desfecho do quadro, 11,14% (n = 7.013) evoluíram para o óbito, sendo a região Sudeste com o maior número com 52,98% (n = 3.716), e a raça branca com o maior número de óbitos 48,33% (n = 3.390), seguida pela raça parda 43,1% (n = 3.023). Na última década, as neoplasias malignas do tecido linfóide e hematopoiético ficaram concentradas na região Sudeste, com maior número de casos em paciente entre 60 a 69 anos e com discreto predomínio do sexo masculino. Além disso, a mortalidade teve um impacto em pacientes da raça branca, como também teve um elevado custo, principalmente na região Sudeste. Assim, esses resultados evidenciam a necessidade de detecção precoce dessas patologias, com o intuito de reduzir a mortalidade e os custos no Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104814>

ID – 3430

ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA DO MIELOMA MÚLTIPLO EM UM CENTRO DE ONCOHEMATOLOGIA NO INTERIOR DA BAHIA

L Freire Rodrigues^a, C Gomes Luciano Bastos^a, M Magalhães Rocha^a, O de Almeida Lyra Neto^b, I Moreira Carneiro^c, M Cerqueira de Queiroz^a, LG Dourado Dourado^a, E Cunha Pires^d, R de Barros Silva^a, EM Macedo Costa^d

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

^b Faculdade UNIDOMPEDRO, Salvador, BA, Brasil

^c Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN), Feira de Santana, BA, Brasil

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

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica decorrente da proliferação anormal de plasmócitos na medula óssea, sendo mais comum entre idosos e considerada uma patologia tratável, porém incurável. As estratégias terapêuticas são individualizadas, levando em consideração parâmetros como idade do paciente, progressão da doença e prognóstico. A sobrevida global no MM é influenciado por fatores como as características individuais do paciente, carga tumoral, presença de alterações citogenéticas e resposta ao tratamento. O transplante autólogo de células-tronco (TACT) é uma opção de tratamento para indivíduos elegíveis. **Objetivos:** Descrever a relação entre os tipos de tratamento utilizados no SUS e a sobrevida dos pacientes com mieloma múltiplo em centro de Oncohematologia no interior da Bahia (UNACON) em Feira de Santana. **Material e métodos:** Trata-se de uma coorte retrospectiva dos prontuários de 80 pacientes, escolhidos ao acaso, do total de 247 prontuários atendidos na UNACON. A análise de sobrevida foi calculada baseada na data da última consulta ou registro de enfermagem. Os pacientes foram divididos em três grupos: (transplantados), mais de duas terapias sem TACT e até duas terapias sem TACT. Para a análise dos dados, foi utilizado o programa SPP (versão 8), foram utilizados como métodos de análise o teste de T students e a regressão de Cox. **Resultados:** A análise dos prontuários demonstrou que a população era composta por 59% do sexo masculino e 41% do sexo feminino, com idade média ao diagnóstico de 65 anos. Em relação a diferenças no tipo de tratamento, a análise pelo teste de t students demonstrou que pacientes que realizaram transplante apresentaram tempo de sobrevida significativamente maior ($p = 0,024$) do que aqueles que não realizaram. A análise de Cox demonstrou efeito protetor significativo ($p = 0,04$) associado ao transplante. O esquema terapêutico mais utilizado entre os não transplantados foi o Cybord (30%) e entre os não transplantados foram Cybord e CTD (38,5% cada). **Discussão e conclusão:** Os achados confirmam o impacto positivo do transplante autólogo de células-tronco (TACT) na sobrevida global, com significância no teste t de Student ($p = 0,024$) e na regressão de Cox ($p = 0,04$). A idade média de 65 anos reflete o perfil epidemiológico do mieloma múltiplo e sugere limitações à elegibilidade, dada a maior frequência de comorbidades e menor reserva funcional nessa faixa etária. Mesmo em cenário de recursos limitados no SUS, o TACT manteve superioridade frente às terapias não transplantadoras. Nos não elegíveis, múltiplas linhas de tratamento não alcançaram o mesmo ganho de sobrevida, reforçando a importância da consolidação com transplante sempre que possível. Os resultados deste estudo reforçam o papel do transplante autólogo de células-tronco como estratégia central para prolongar a sobrevida de pacientes com mieloma múltiplo, mesmo em um cenário marcado por limitações terapêuticas e pela ausência de serviço transplantador no próprio centro, o que

dificulta a triagem desses pacientes para o TACT. Apesar das dificuldades relacionadas ao transporte e o processo de regulação no SUS, ampliar o acesso ao transplante deve ser prioridade para o tratamento do MM.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104815>

ID - 2585

ANÁLISE DO ESCORE DE FRAGILIDADE VERSUS AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA EM UMA COORTE PROSPECTIVA DE VIDA REAL, DE PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO RECÉM DIAGNOSTICADOS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.

VV Santos, RJP Magalhaes, A Maiolino

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) representa 15% das neoplasias hematológicas e acomete com maior prevalência os idosos. Em dados norte-americanos a idade média é de 69 anos e estima-se que nos próximos 15 anos a incidência dessa doença será o dobro. No diagnóstico, um terço dos pacientes têm 75 anos ou mais e somente 10% mais do que 85 anos. O avanço da idade já foi apontado em diferentes estudos como um fator prognóstico adverso em pacientes com MM, entretanto sabe-se que essa população de pacientes é heterogênea sendo que uma avaliação mais detalhada do status funcional ou fragilidade deve ser feita em todos os pacientes. No Brasil, dados do IBGE apontam para uma população jovem e com uma expectativa de vida menor do que em países europeus e norte-americanos, além de distintas realidades socioeconômicas com profundas diferenças quanto aos cuidados de assistência primária, acesso a saúde e a informação. Em séries retrospectivas e ensaios clínicos nacionais já foi reportado que é comum: alta carga tumoral, estádios avançados e aumento da mortalidade precoce possivelmente relacionados ao retardo no diagnóstico, além de diferentes formas de tratamento do MM entre pacientes assistidos no serviço público e na assistência de saúde suplementar. **Objetivos:** Analisar com os índices de fragilidade compostos por escalas geriátricas e de comorbidades e conjugar com os dados socioeconômicos afim de melhor entender a população de idosos com MM assistidos no Brasil. **Material e métodos:** Para o cálculo do escore de fragilidade IMWG foi utilizado o sistema de pontuação baseado na idade e nas escalas de avaliação geriátricas: ICC- Índice de comorbidades de Charlson; ADL-Atividade de Vida Diária de KATZ e IADL- Instrumento de atividade de vida diária de Lawton. Para avaliação socioeconômica foi utilizado o questionário para avaliação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas –ABEP – que inclui: nível educacional, acesso a água encanada, rua pavimentada e propriedade de bens (rádio, televisão, geladeira, máquina de lavar, aparelho de DVD, automóvel, presença de empregada doméstica). **Resultados:** Um total de $n = 51$ pacientes diagnosticados com MM, 28(55%) tinham idade ≥ 65 anos, a idade mediana da população estudada foi de 65(36-91)