

tiveram PC clonais detectados (0.06-78.3%) na MO e uma mediana de 0.03% (0.0009-0.54%) de células estromais, sendo este compartimento composto de 49% de MSC (4-83%) e 51% de células endoteliais (17-96%). Na avaliação de DRM, os grupos por estratificação de doença apresentaram percentuais de células estromais na MO semelhantes, DRM+ (6/12, 50%) 0.03% (0.001-0.25%) e DRM- (6/12, 50%) 0.028% (0.0009- 0.71%) células estromais. Dentro do compartimento de células estromais, os pacientes DRM+ tiveram um incremento de MSC quando comparado ao diagnóstico, 80% (75-82%) ($p < 0.001$). Os pacientes DRM- tinham uma mediana de 65% (0-80%) de MSC no compartimento de células estromais ($p = \text{NS}$). **Discussão e conclusão:** O estudo do estroma da MO por citometria de fluxo fornece uma avaliação rápida e sensível para identificação e estratificação do compartimento de células estromais. Nossos achados mostram que o aumento de MSC durante o curso da doença parece fornecer um nicho de suporte para a manutenção das células patológicas. Estudos com coortes maiores e por períodos prolongados pode nos ajudar a confirmar esse padrão de distribuição e como se correlaciona com desfechos clínicos dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104819>

ID - 2959

AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DO TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA DO MIELOMA MÚLTIPLO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA PÚBLICO AO LONGO DE 8 ANOS (2017-2024)

CM Arcanjo^a, MF Maciel^a, KBB Pagnano^b, SS Medina^b, GB Oliveira^b, CA Souza^b, ST Olalla Saad^b, F Galvao^b, FV Pericole^b

^a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

^b Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia causada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea e pela hipersecreção de imunoglobulinas monoclonais, causando lesões de órgãos alvo. A terapia de indução seguida por quimioterapia de alta dose com transplante autólogo de células tronco (TACT) é o tratamento recomendado em pacientes mais jovens e robustos, no entanto, para maioria dos pacientes, que são idosos e clinicamente frágeis, esquemas combinados de quimioterapia são utilizados como tratamento de primeira linha. Em 2020, o Ministério da Saúde incorporou o inibidor de proteassoma bortezomibe ao arsenal de tratamento do mieloma no SUS. **Objetivos:** Avaliar a evolução clínica de MM, entre os anos de 2017 e 2024, considerando tanto os que realizaram TACT quanto os que seguiram com o tratamento quimioterápico apenas, incluindo um recorte mais recente em que havia acesso universal ao bortezomibe. **Material e métodos:** Estudo observacional, longitudinal, unicêntrico, de coorte retrospectivo de MM tratados em um centro de referência, 100% SUS. Foram selecionados casos

com diagnóstico entre 2017 e 2024, com revisão de prontuários médicos, exames laboratoriais e de imagens. **Resultados:** 104 pacientes incluídos, idade mediana 64 anos (34-88), maioria brancos (69%) e do sexo masculino (53%). Dor ao diagnóstico foi o sintoma mais comum (78% dos casos), mediana do ECOG foi 2 (1-4), sendo 43% pacientes frágeis (ECOG 3-4). Havia 28 pacientes ISS I (27%), 24 pacientes ISS II (23%) e 52 pacientes ISS III (50%). As quimioterapias de indução mais utilizadas foram CTd (32%, predominante até 2020) e VTd (56%, principalmente após 2021) e 45% dos pacientes realizaram TACT. Esquemas de indução sem bortezomibe tiveram taxas de resposta global (TRG) 76% (52% de VGPR ou melhor), ao passo que com bortezomibe houve TRG 90% (VGPR ou melhor: 70%, $P < 0.01$). Com tempo médio de acompanhamento de 68 meses, a sobrevida livre de progressão (PFS) mediana foi de 36,4m e a mediana de sobrevida global (OS) estimada 68,7m. Pacientes que não realizaram TACH tiveram PFS 24m e OS 36m, ao passo que os que transplantaram tiveram desfechos muito melhores (PFS: 51 meses e OS não atingido, $P < 0.001$). Em análise multivariada de sobrevida global, os fatores que afetam de modo independente os desfechos são: TACT (HR = 0.13, $P < 0.001$), sexo masculino (HR = 1.75, $P = 0.01$), ECOG 3 ou 4 (HR = 1.6, $P = 0.03$) e ISS III vs I ou II (HR = 1.75, $P = 0.02$). **Discussão e conclusão:** Análises preliminares comprovam que os desfechos de tratamento do mieloma no SUS continuam ruins, mesmo com incorporação de triplets baseados em talidomida e bortezomibe, com mediana de sobrevida global de pouco mais de 5 anos. VTd gera resposta mais profunda quando comparado com esquemas baseados apenas em talidomida. Em análise multivariada o transplante autólogo é o principal fator protetor, capaz de gerar redução de risco de morte em 87%. O diagnóstico tardio da doença no SUS com predomínio de doença avançada (ISS III) e pacientes clinicamente frágeis torna o tratamento desafiador e subótimo. Neste contexto, há necessidade urgente de incorporação de novas tecnologias mais eficazes e menos tóxicas (como lenalidomida e anticorpos anti- CD38), mas especialmente ampliar o acesso ao transplante autólogo como medida custo-efetiva para ganho de sobrevida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104820>

ID - 1430

COMPARAÇÃO DE ACHADOS CITOGENÉTICOS E MOLECULARES EM PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO NO EQUADOR E NO PARAGUAI

IB Otazu^a, C Paz-y-Miño^b, PE Leone^c

^a Laboratorio Diaz Gill S.A., Assunção, Paraguai

^b Universidad UTE, Quito, Equador

^c Hospital SOLCA, Quito, Equador

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada por uma alta heterogeneidade genética. Estudá-lo usando citogenética convencional e FISH fornece informações prognósticas cruciais. **Objetivos:** Este estudo compara os achados clínicos e citogenômicos de pacientes diagnosticados com MM em duas coortes latino-americanas: Equador e Paraguai. **Material e métodos:** Dados retrospectivos