

função renal comprometida, condição comum em pacientes com mieloma múltiplo. Comparado ao ácido zoledrônico, o denosumabe mostrou eficácia não-inferior e, em alguns estudos superior ao ácido zoledrônico na prevenção dos eventos relacionados ao esqueleto em pacientes com mieloma múltiplo. Além de aumentar a SLP e retardar a ocorrência dos EREs, esse agente possui a vantagem adicional de menor toxicidade renal. Portanto, os estudos destacam o potencial do denosumabe como uma alternativa terapêutica eficaz e segura, especialmente em pacientes com mieloma múltiplo, visto que este grupo de pacientes possuem maior vulnerabilidade clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104825>

ID – 3372

DESAFIOS NO TRATAMENTO DO MIELOMA MÚLTIPLO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

AC Carneiro Cordeiro, B Ribeiro da Fonseca, B Xavier Almeida, J Cerqueira dos Santos, L Carvalho Silva Santana, L Sestak Campos, MC da Cunha Silva, EM de Macedo Costa

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

Introdução: O MM é uma neoplasia plasmocitária caracterizada por proliferação clonal na medula óssea (COWAN et al., 2022). Novos fármacos aumentam a sobrevida, e ainda não possuem liberação no Sistema Único de Saúde (SUS). Este relato evidencia os desafios de realizar o tratamento do mieloma no cenário do SUS de uma paciente jovem e com doença agressiva. **Descrição do caso:** Mulher, 52 anos, de Alagoinhas-BA, iniciou em 2021 quadro de dor lombar, lesões osteolíticas e insuficiência renal aguda. Diagnosticada em 16/08/2021 com MM de cadeia leve Kappa (8.600 mg/L) Imunofixação revelou componente monoclonal Kappa; imunohistoquímica positiva para CD138, Kappa. O primeiro esquema (CTD – ciclofosfamida, talidomida, dexametasona – associado a zometa) teve resposta parcial; reduziu a cadeia Kappa para 148 mg/L. No segundo esquema (CyBorD – ciclofosfamida, bortezomibe, dexametasona), houve redução da cadeia Kappa para 71 mg/L, com melhora renal: ureia de 62,30 mg/dL (12/03/2022) para 37 mg/dL (03/12/2022) e creatinina de 1,68 mg/dL para 1,50 mg/dL nas mesmas datas. Ao atingir esse valor, foi indicada para transplante de medula óssea, porém o serviço recusou. Na terceira linha, houve troca da ciclofosfamida por talidomida, com progressão da doença: cadeia Kappa de 187 mg/L (10/05/2023) e 832 mg/L (06/09/2023). O quarto esquema (IKEMA) reduziu rapidamente a cadeia Kappa para 118 mg/L, normalização da creatinina e aumento da hemoglobina. Antes do tratamento (07/06/2024): hemoglobina 9,80 g/dL; ureia 53 mg/dL; creatinina 1,10 mg/dL. Após início (13/11/2024): hemoglobina 11,02 g/dL; ureia 58,6 mg/dL; creatinina 1,17 mg/dL. No quarto ciclo (06/01/2025): hemoglobina 12,10 g/dL. Atualmente (oitavo ciclo) mantém remissão clínica e laboratorial e aguarda transplante autólogo de medula óssea. O caso evidencia limitações do SUS no manejo do MM, sobretudo no acesso a terapias como isatuximabe (anticorpo

monoclonal anti-CD38, mostrou eficácia em combinação com carfilzomibe e dexametasona) e carfilzomibe (inibidor de proteassoma de segunda geração). Protocolos CTD e CyBorD, padrão no SUS por serem acessíveis, têm eficácia limitada em subtipos agressivos como o mieloma de cadeia leve. Neste relato, a introdução do esquema IKEMA, proporcionou controle sustentado, destacando a urgência de ampliar o acesso a terapias com novas drogas eficazes no tratamento do mieloma. **Conclusão:** Dessa forma, fica em evidência a urgência de políticas públicas que ampliem o acesso a terapias ainda não disponíveis no SUS para tratamento adequado de casos desafiadores como o mieloma de cadeia leve que aumentem a resposta ao tratamento e sobrevida global.

Referências:

Cowan AJ, Green DJ, Kwok M, Lee S, Coffey DG, Holmberg LA, et al. Diagnosis and management of multiple myeloma: a review. JAMA. 2022;327(5):464–77. doi:10.1001/jama.2022.0003.

Drummond PLM, Miranda PL, Santos RMM, Reis AMM, Malta J, and others. Effectiveness and safety of multiple myeloma treatments based on thalidomide and bortezomib. Cancer Epidemiol. 2023;85:102377. doi:10.1016/j.canep.2023.102377.

Brasil. Ministério da Saúde. O acesso a medicamentos no SUS: desafios e estratégias. Brasília: Fiocruz; 2022.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104826>

ID - 1937

DETECÇÃO DE CÉLULAS TUMORAIS PLASMOCITÁRIAS CIRCULANTES POR CITOMETRIA DE FLUXO DE PRÓXIMA GERAÇÃO NO DIAGNÓSTICO DO MIELOMA MÚLTIPLO: ASSOCIAÇÃO COM ESTADIAMENTOS CLÍNICOS

EMD Couto^a, ES Barbosa^a, ABS Salgado^a, RM Pontes^b, RJP Magalhães^a, A Maiolino^a, ES Costa^a

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

^b Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal multifocal de plasmócitos (PC) na medula óssea (MO), com grande heterogeneidade clínica e biológica. A quantificação desses plasmócitos, realizada por biópsias e aspirados de MO, permanece como padrão-ouro conforme as diretrizes do International Myeloma Working Group (IMWG). Estudos recentes sugerem que a detecção de CTPCs (do inglês, Circulating Tumor Plasma Cells), especialmente por citometria de fluxo de próxima geração (NGF), oferece um biomarcador sensível da carga tumoral sistêmica, associando-se a maior risco de progressão e piores desfechos clínicos. Uma análise europeia recente apresentada no EHA 2025 com mais de 2.400 pacientes confirmou que níveis crescentes de CTPCs se correlacionam de forma independente com sobrevida livre de progressão inferior, mesmo em subgrupos com citogenética padrão ou regimes terapêuticos modernos. **Objetivos:** Avaliar

a frequência de detecção de CTPCs por NGF em pacientes com MM recém-diagnosticado e sua associação com os sistemas prognósticos clínicos ISS e Durie- Salmon, investigando seu potencial valor como marcador de risco. **Material e métodos:** Ao diagnóstico, foram analisadas 18 amostras pareadas de MO e SP por citometria de fluxo (NGF) para detecção de PC clonais na MO e CTPC no SP. Todas as amostras foram processadas de acordo com os protocolos Euroflow (www.euroflow.org) e marcadas com o painel de dois tubos de 8 cores, NGF para MM (BD Biosciences). Para a análise do SP, foram adquiridos $\geq$ dez milhões de eventos por amostra utilizando o FACS Canto II (BD Biosciences) ou FACS Lyric (BD Biosciences). As análises foram realizadas através do software Infinicity™. **Resultados:** Entre os 18 pacientes avaliados, 13 (72%) apresentavam MM, 3 (17%) gamopatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) e 2 (11%) mieloma assintomático (SMM). Todos apresentaram plasmócitos clonais na MO. As CTPCs foram detectadas em 10 dos 13 pacientes com MM (77%) e em 2 dos 3 pacientes com MGUS (67%), estando ausentes nos casos de SMM. Entre os pacientes com MM, a presença de CTPCs foi observada em 2/3 (66,7%) com ISS I (faixa: 0,0025–0,01%), 4/6 (66,7%) com ISS II (0,002–0,30%) e 4/4 (100%) com ISS III (0,001–1,50%). Pela classificação de Durie-Salmon, CTPCs foram detectadas em 1/2 (50%) dos casos com DS IIA (0,02%), 8/9 (89%) com DS IIIA (0,001–1,50%) e 1/1 (100%) com DS IIIB (0,006%). **Discussão e conclusão:** A detecção de CTPCs por NGF foi frequente entre pacientes com MM ao diagnóstico, inclusive em estágios iniciais segundo o ISS, o que sugere seu potencial como marcador adicional de carga tumoral. A maior frequência e carga observadas em pacientes com ISS III e DS III reforçam sua possível associação com doença mais avançada. Embora este estudo não tenha avaliado desfechos clínicos como sobrevida, os achados estão alinhados com estudos prévios que indicam correlação entre níveis elevados de CTPCs e maior agressividade biológica da doença. A NGF demonstrou ser uma ferramenta sensível e viável para essa avaliação. Estudos prospectivos com maior número de casos e análise de prognóstico serão necessários para validar o papel das CTPCs como biomarcador complementar nos sistemas de estadiamento atuais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104827>

ID - 3031

EFFICACY AND SAFETY OF BCMA-DIRECTED BISPECIFIC ANTIBODIES IN RELAPSED/REFRACTORY MULTIPLE MYELOMA PATIENTS WITH RENAL IMPAIRMENT: A REVIEW

PH Grazziotin Portal^a, L Fincato Proença^a,
I Medeiros de Almeida^a,
MF Gonçalves Meirelles Fernandes^a,
L Mariano Pinheiro^a, C Marsiglia Lucini^a,
M Fração Pereira^a, L Menestrino Prestes^a,
P Simões Dos Santos Pilau^a,
V Tafas da Nóbrega^b

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

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

Introduction: Renal impairment is frequent in relapsed/refractory multiple myeloma (RRMM) due to light chain-mediated tubular injury, hypercalcemia, infection, and treatment-related toxicity. Patients with moderate/severe chronic kidney disease, especially on dialysis, are underrepresented in trials, limiting evidence for therapeutic decisions. BCMA-directed bispecific antibodies, such as teclistamab and elranatamab, show high response rates in heavily pretreated RRMM, but data in renal impairment remain scarce. This review synthesizes available evidence to guide treatment selection, monitoring, and supportive care. **Objectives:** The objective was to evaluate efficacy and safety of BCMA-directed bispecific antibodies in RRMM with renal impairment, including dialysis. Outcomes included overall response rate (ORR), progression-free survival (PFS), acute kidney injury (AKI), cytokine release syndrome (CRS), and ICANS. **Material and methods:** A PubMed search (to August 2025) used the terms “teclistamab,” “elranatamab,” “bispecific antibody,” “BCMA,” “multiple myeloma,” “renal impairment,” and “hemodialysis.” Eligible studies reported outcomes in RRMM with creatinine clearance <40 mL/min or on dialysis. Three were included: a multicenter real-world teclistamab analysis, a retrospective teclistamab vs CAR-T AKI comparison, and an elranatamab dialysis case report. **Discussion and conclusion:** In the largest cohort, 384 RRMM patients received teclistamab; 21% had renal impairment (<40 mL/min), 18% severe (<30 mL/min), and 5% dialysis. ORR was 52% in renal impairment vs 56% without (NS). Median PFS was 4.6 vs 6.5 months (NS). Safety was similar: CRS in 51% vs 59% (grade ≥ 3 : 1.2% vs 1.0%), ICANS in 16% vs 13% (grade ≥ 3 : 2.5% vs 2.6%). Hematologic toxicity was more frequent with renal impairment, but renal worsening was mainly disease-related. A retrospective study of 64 RRMM patients (34 teclistamab, 30 CAR-T) found AKI in 22% overall: 10 teclistamab vs 4 CAR-T. AKI-free survival at 180 days was 68% vs 90% (HR 3.38; $p = 0.065$), suggesting a non-significant trend toward higher AKI risk with teclistamab. In a case report, an elranatamab-treated dialysis patient achieved a very good partial response within 7 weeks. CRS grade 1 during step-up dosing was managed with tocilizumab and dexamethasone. Treatment was otherwise well tolerated; available data suggest moderate renal impairment does not significantly alter pharmacokinetics. These findings suggest that BCMA-directed bispecific antibodies maintain efficacy in RRMM with renal impairment, including dialysis, with ORR and PFS comparable to patients with preserved renal function. Toxicities, including high-grade CRS and ICANS, are not increased, though hematologic events are more common. A possible higher AKI risk with teclistamab than with CAR-T warrants monitoring. Limitations include the small number of severe renal impairment cases, predominance of retrospective data, and lack of robust pharmacokinetic analyses. Prospective studies stratifying by renal function and dialysis status are needed to refine dosing, monitoring, and supportive care. In conclusion, teclistamab and elranatamab appear effective and safe in RRMM with renal impairment, including dialysis. While efficacy is preserved and major toxicities