

nas bases PubMed e CENTRAL com os descritores (“BTK inhibitors” AND “Chronic Lymphocytic Leukemia”) resultou em 175 artigos. Foram incluídos estudos em pacientes com LLC tratados com BTKi de primeira geração (ibrutinibe), segunda geração (zanubrutinibe, acalabrutinibe) ou não covalentes (pirtobrutinibe), isoladamente ou em combinação com outros agentes, com ou sem comparador ativo, que avaliaram taxa de resposta global (ORR), sobrevida livre de progressão (PFS), sobrevida global (OS) e segurança. Excluíram-se estudos com BTKi não aprovados para LLC e duplicados, totalizando 22 estudos para análise final. **Discussão e conclusão:** O ibrutinibe associado à bendamustina e rituximabe demonstrou aumento da ORR e prolongamento da PFS. Em pacientes sem tratamento prévio, sua combinação com rituximabe foi superior ao regime quimioterápico FCR (Fludarabina, Ciclofosfamida e Rituximabe), com PFS mediana não atingida, embora com maior incidência de eventos cardíacos graves. O uso de ibrutinibe e venetoclax com estratégia de tempo limitado guiada por Doença Residual Mínima (MRD) demonstrou alterações significativas na PFS e OS, com apenas 14% dos pacientes necessitando reintrodução da terapia, resultados comparáveis àqueles obtidos com ibrutinibe contínuo, mas com menor exposição e toxicidade. O zanubrutinibe proporcionou maior aumento da ORR e prolongamento da PFS, além de menos eventos de fibrilação atrial. O acalabrutinibe demonstrou eficácia em primeira linha, tanto isoladamente quanto com obinutuzumabe, superando a quimioimunoterapia em PFS e ORR, com boa tolerabilidade. O pirtobrutinibe apresentou PFS superior e menor toxicidade em pacientes refratários a BTKi covalentes, com ORR elevada mesmo na presença de mutações como C481S. Nesse contexto, o ibrutinibe é o marco inicial dessa estratégia, mas seu perfil de toxicidade limita o uso em idosos ou pacientes com comorbidades. Com isso, os BTKi de segunda geração aumentaram a seletividade pela BTK, reduzindo a inibição off-target e, consequentemente, eventos cardiovasculares, fator crucial em terapias prolongadas. Estratégias de MRD, especialmente em combinação com venetoclax, reduzem toxicidade cumulativa, custos e resistência, permitindo a suspensão segura do tratamento. Em cenários de resistência mediada por mutações no sítio C481S, o pirtobrutinibe demonstra eficácia preservada. A escolha do BTKi deve integrar perfil molecular, risco cardiovascular, toxicidade e histórico prévio. Portanto, os BTKi são eficazes no tratamento da LLC, com os de segunda geração demonstrando superioridade em efetividade e segurança frente aos de primeira. O uso dos não covalentes é promissor em pacientes refratários. Estratégias de combinação e suspensão guiada por MRD ampliam o controle terapêutico com menor toxicidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105400>

ID – 2455

EPIDEMIOLOGIA DA LEUCEMIA MONOCÍTICA NO BRASIL

MM Mantovani, LT Garcia, HM Teano,
VDA Bastos, L Niéro-Melo

Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP),
Botucatu, SP, Brasil

Introdução: A Leucemia Monocítica é uma neoplasia com origem nas células-tronco da medula óssea, que acarreta produção descontrolada de monócitos. Tal proliferação anormal afeta a produção de células sanguíneas saudáveis. A doença pode se manifestar de forma aguda, com progressão rápida, ou crônica, com evolução mais lenta, mas com risco de agudização. Sua caracterização inclui infiltração de clones em sangue periférico, medula óssea e outros tecidos como pele, gengivas, fígado e baço. A forma aguda pode ser fatal em meses se não diagnosticada e tratada adequadamente, tornando crucial a definição de um perfil epidemiológico para identificar os grupos de maior risco e aprofundar o conhecimento sobre sua etiopatogenia. **Objetivos:** Este trabalho teve como objetivo principal traçar uma avaliação epidemiológica da mortalidade por Leucemia Monocítica no Brasil. A análise foi fundamentada na base de dados do Atlas de Mortalidade por Câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e em literaturas associadas. **Material e métodos:** Realizou-se um estudo de caráter retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa baseada em análise de dados digitais. Foram coletados os registros de mortalidade de todos os subtipos de Leucemia Monocítica (agudas e crônicas) no Brasil, disponibilizados publicamente pelo Atlas de Mortalidade do INCA. O período considerado para a análise foi de 1979 a 2023. Os dados foram agrupados conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10^a Revisão (CID-C93). **Resultados:** A análise dos dados de mortalidade por Leucemia Monocítica no Brasil, entre 1979 e 2023, demonstrou que a maioria dos óbitos ocorreu no sexo masculino, com 703 mortes, em comparação com 623 no sexo feminino, o que representa aproximadamente 53% do total de óbitos. Os dados para a Leucemia Monocítica revelam um cenário com os maiores números absolutos de óbitos entre 70 e 79 anos (249 mortes) e, 60 e 69 anos (242 mortes). Registros expressivos também foram observados na população com 80 anos ou mais (207 mortes) e entre 50 e 59 anos (171 mortes). **Discussão e conclusão:** Os números absolutos de óbitos por Leucemia Monocítica apresentaram grande variabilidade anual entre 1979 e 2011. Ao se comparar o total de óbitos ocorridos entre 2002-2011 (270 mortes) com a década seguinte, 2012-2021 (439 mortes), nota-se um aumento de aproximadamente 62,6%. Em contrapartida, a análise da distribuição proporcional de mortes evidencia uma tendência de queda ao longo das últimas cinco décadas. Essa aparente contradição – aumento absoluto de óbitos, mas redução proporcional em relação ao total de neoplasias – pode indicar elevação global no número de diagnósticos, tanto de leucemia monocítica quanto de outras, ampliando simultaneamente numerador e denominador. Os resultados apontam para maior prevalência de mortalidade por Leucemia Monocítica em homens e evidente predomínio de óbitos em faixas etárias avançadas, especialmente entre 60 e 79 anos. A análise revelou duas tendências opostas: uma redução na proporção de óbitos pela doença em relação a outras neoplasias e, simultaneamente, um aumento significativo no número absoluto de mortes por esta patologia na última década.

Referências:

Fonte primária dos dados de mortalidade: Atlas de Mortalidade por Câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA), disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105401>