

idiopática, bronquiolite e retardo do enxerto. A mortalidade entre pacientes pediátricos submetidos ao transplante e infectados pelo trato respiratório pode ser significativa, taxa de mortalidade entre 8% a 10.5% nos estudos, indicando a gravidade da infecção nessa população. Os pacientes que faleceram apresentaram infecções principalmente por vírus respiratórios específicos, como vírus sincicial respiratório, SARS-CoV-2 e influenza. **Discussão:** As complicações respiratórias graves, como síndrome do desconforto respiratório agudo e pneumonia intersticial idiopática, representam desafios no manejo dos pacientes. O retardo do enxerto e a bronquiolite também são complicações importantes que podem impactar o tratamento e a recuperação dos pacientes. A taxa de mortalidade observada, entre 8% e 10,5%, ressalta a alta letalidade das infecções respiratórias em crianças submetidas a TCTH, refletindo a necessidade urgente de estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes. A associação de mortes com infecções por vírus respiratórios específicos, como o vírus sincicial respiratório e SARS-CoV-2, destaca a importância de monitoramento e controle rigorosos dessas infecções virais. **Conclusões:** As ITR causam complicações significativas em pacientes pediátricos submetidos a TCTH. A falta de estudos específicos para essa população ressalta a necessidade de pesquisas para compreender melhor essas complicações e desenvolver estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes, visto que aumenta a morbidade e a mortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1992>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO E NEOPLASIAS MALIGNAS DE PLASMÓCITOS NAS REGIÕES BRASILEIRAS DE 2013 A 2024

DS Medeiros, MHF Nascimento, LGR Vieira, LMR Vieira, ML Valadares, EMS Paiva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo traçar a distribuição de casos de Mieloma Múltiplo registrado na plataforma painel oncológico. Avaliando a distribuição por regiões, o tempo de tratamento a faixa etária e o número de casos por sexo. **Material e métodos:** Estudo de caráter observacional, de cunho quantitativo, retrospectivo e analítico, que avalia a distribuição dos casos de Mieloma Múltiplo no Brasil com base nos parâmetros de tempo de tratamento, distribuição por região, número de casos por sexo e casos por faixa etária, disponíveis na plataforma TabNet, ferramenta elaborada pelo DATASUS. Foram analisados os casos de 36.307 pacientes, no período de janeiro de 2013 a 2024, e foram incluídos todos os pacientes com o diagnóstico de Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos (CID-10: C90). **Resultados:** Durante esse período os casos foram distribuídos em 48% na região Sudeste, 23% na Região Nordeste, 18% na Região Sul, 7% na Região Centro-Oeste e 4% na Região Norte. Já em relação ao tempo de tratamento de cada paciente diagnosticado, nota-se que 44% dos pacientes realizaram tratamento somente por até 30 dias, não sendo possível definir o motivo

de ter parado, 17% passaram entre 30 - 60 dias tratando, 25% tratou por mais de 60 dias e 13% não possui nenhuma informação sobre tratamento. Já em relação a distribuição em relação à faixa etária aproximadamente 1% dos casos ocorreram em paciente com menos de 30 anos, enquanto acima de 59 anos se concentram aproximadamente 64% dos casos. Por fim, em relação ao sexo, 52% dos casos são do sexo masculino e 48% feminino, não obstante, em relação a distribuição de casos por ano o que se nota é uma tendência de crescimento do número absoluto de diagnóstico nos últimos anos. **Discussão:** Inicialmente é possível observar que a distribuição de casos de Mieloma Múltiplo por região está bem próxima da proporção de concentração populacional, de forma que a maioria dos casos se concentram na região Sudeste e uma minoria na região Norte. Não obstante, outro ponto relevante é o tempo de tratamento que uma grande parte dos pacientes passam, isto é, 44% dos casos somente realizam tratamento por até 30 dias, nota-se que nesse grupo ainda entram os indivíduos que fizeram o diagnóstico, mas não realizaram tratamento. Paralelo a isso, uma pequena parcela ultrapassa os 60 dias de tratamento, sendo então necessário estudos mais específicos para avaliar o motivo disso, já que nos últimos anos a terapia apresentou evolução considerável. Ademais, a distribuição por faixa etária apresentou um perfil de distribuição esperado para as características epidemiológicas, ou seja, concentração dos casos na população maior do que 60 anos. **Conclusão:** Por fim conclui-se que o perfil de distribuição de casos por região brasileira se encontra em proporções similares de concentração demográfica o mesmo ocorre para a incidência por faixa etária com concentração em idades mais avançadas. Não obstante, para o entendimento preciso do motivo para o tempo curto de terapia para uma grande parte dos pacientes é necessário estudos mais aprofundados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1993>

PERFIL CLÍNICO E PROGNÓSTICO DA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA EM CRIANÇAS

MLS Sousa^a, MSD Reis^a, LAL Frota^a, GDAC Cavalcante^a, PHM Souza^a, CDTM Frota^a, MOE Silva^b, MAR Pinheiro^a, LR Portela^a, AKA Arcanjo^a, AMLR Portela^a

^a Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral, CE, Brasil

^b Centro universitário São Lucas (afya unisl), Porto Velho, RO, Brasil

Objetivo: Compreender o perfil clínico dos pacientes pediátricos diagnosticados com leucemia linfocítica aguda, bem como caracterizar quanto ao prognóstico desses pacientes, identificando abordagens importantes que mudem o desfecho clínico e qualidade de vida dos pacientes. **Material e métodos:** Estudo qualitativo utilizando artigos do Pubmed, Lilacs e Scielo. Palavras-chave: leucemia, pediatria, perfil clínico, diagnóstico, prognóstico. Incluídos artigos em português ou inglês dos últimos cinco anos. Excluídos artigos sem revisão sistemática ou ensaio clínico. Selecionados 12 artigos,

8 excluídos por falta de relevância. **Resultados:** Estudos mostraram que a idade do paciente é considerada como fator de importância prognóstica importante em crianças com LLA. Assim, pacientes com idade menor que 9 anos, apresentam um melhor prognóstico do que aquelas com mais de 9 anos. Nos pacientes com idade superior a 10 anos, a sobrevida global em oito anos foi de apenas 49%. Quanto aos sinais e sintomas das crianças no momento do diagnóstico, um estudo realizado por Barbosa com 61 crianças portadoras de leucemia aguda, mostrou que 62% apresentaram manifestações do sistema musculoesquelético. Foi visto que às queixas relacionadas a esse sistema se destacam e estão manifestadas na forma de artrite, artralgiás e outras dores ósseas, o que são sintomas comuns a várias outras doenças, tornando mais difícil assim chegar ao diagnóstico de leucemia. Devido a gama de doenças com tais manifestações de sintomas, esses pacientes recebem diagnóstico inicial de calazar, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide juvenil ou púrpura trombocitopênica imune e alguns ainda recebem corticoterapia antes do diagnóstico definitivo. Vale ressaltar que o uso de corticosteróides pode aliviar os sintomas da leucemia, mascarando a doença, além de alterar a citologia e a histologia medular, retardando ainda mais o diagnóstico. **Discussão:** A idade do paciente deve guiar o diagnóstico e tratamento da LLA. Sintomas musculoesqueléticos comuns exigem atenção para diagnóstico diferencial de leucemia, evitando atrasos e diagnósticos errôneos. A confusão diagnóstica leva a corticoterapia inadequada, destacando a necessidade de educação contínua entre os profissionais de saúde. **Conclusão:** Diante disso, o estudo destaca a complexidade que é diagnóstico de leucemia linfóide aguda em pacientes pediátricos, tanto pela abrangência dos sintomas que frequentemente levam a diagnósticos iniciais errôneos, como pelo início de terapias que muitas vezes mascaram o diagnóstico da LLA. Isso reforça a necessidade de que a LLA seja considerada um diagnóstico diferencial de crianças apresentando sintomas musculoesqueléticos. Ademais, avanços nos métodos diagnósticos e a promoção de uma formação em educação entre os profissionais de saúde podem melhorar significativamente a detecção da LLA, aumentando as chances dos pacientes pediátricos terem uma maior taxa de sobrevivência e melhor qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1994>

ACESSO AO MONITORAMENTO DA MUTAÇÃO BCR-ABL EM PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM USO DE INIBIDORES DE TIROSINA QUINASE EM SERVIÇO REGIONAL DE REFERÊNCIA

MN Goularte^a, JFG Blitzkow^a, AG Correia^a,
GS Gaio^a, MV Anton^a, MB Araújo^a,
HS Silveira^b, MP Lacerda^{a,b}, IS Boettcher^b,
AC Dalloglio^b

^a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE),
Joinville, SC, Brasil

^b Hospital Municipal São José (HMSJ), Joinville, SC,
Brasil

Introdução: O monitoramento com PCR quantitativo do gene de fusão BCR-ABL é essencial para a caracterização de resposta ao tratamento com inibidores de tirosina quinase (TKI) em leucemia mieloide crônica (LMC). Enquanto o acesso a TKI em primeira e segunda linha no sistema público é relativamente amplo, o acesso ao PCR é heterogêneo, com diversos centros de referência apresentando monitoramento insuficiente frente às recomendações internacionais. **Objetivo:** Analisar o acesso ao PCR para monitoramento de tratamento com TKI e sua adequação em relação à diretriz de monitoramento da European LeukemiaNet (ELN) de 2023 no primeiro ano de (3, 6 e 12 meses), bem como o impacto do acesso em troca de tratamento e sobrevida em LMC. **Metodologia:** Análise retrospectiva de vida real com pacientes com diagnóstico de LMC em fase crônica, com seguimento ativo entre 2020 e 2024 no Hospital Municipal São José (Joinville-SC). **Resultados:** Foram incluídos 115 pacientes, 50,4% sexo feminino, com mediana de idade ao diagnóstico de 50 anos (intervalo: 16-77). Ao diagnóstico, 1% possuíam Hasford e 6% Sokal de alto risco. Foram realizados 917 PCR, com média anual de 1,15 testes por paciente, e média de 1,46 testes no 1º ano de tratamento. Todos os pacientes possuíam ao menos um PCR. No 1º ano de tratamento, 22 pacientes realizaram ≥ 3 PCR (18 com Resposta Molecular Maior, RMM, 82%), e 93 pacientes realizaram ≤ 2 PCR no 1º ano (50 com RMM, 54%). Todos os 115 pacientes iniciaram o tratamento com imatinibe (IM), e 67 (58%) obtiveram RMM em algum momento da terapia. O monitoramento de BCR-ABL ocorreu de acordo com as recomendações da ELN 2023 em 22 pacientes (19%). Sessenta pacientes (52%) receberam TKI de segunda linha (41 com Nilotinibe e 19 com Dasatinibe), com mediana de 31 meses após o diagnóstico. RMM foi atingida em segunda linha em 25 pacientes (61%) com Nilotinibe e 10 pacientes com Dasatinibe (53%). TKI de terceira linha e quarta linha foram utilizados em 7 e 1 pacientes, respectivamente, e TCTH alogênico em 3 pacientes. Com mediana de seguimento de 96 meses, foram observados 3 óbitos, com probabilidade de sobrevida global em 5 anos de 97%, e sobrevida livre de eventos (SLE) de 72%. **Discussão:** O estudo evidencia as limitações de acompanhamento via PCR quantitativos no SUS em relação às diretrizes da ELN, com a média de testes inferior aos preconizados no primeiro ano de TKI, influenciando na avaliação da eficácia do tratamento e na possibilidade de detecção precoce de recaída ou refratariedade. Pacientes com ≥ 3 testes no 1º ano de tratamento apresentaram maior taxa de RMM em relação àqueles com ≤ 2 PCRs, pela possibilidade de detecção precoce de falhas terapêuticas. Em nosso serviço, a maioria dos pacientes depende de vouchers fornecidos pelos laboratórios para o monitoramento, com número limitado de testes custeados pela instituição. São limitações do estudo sua natureza retrospectiva, com possível viés de sobrevida considerando o período de inclusão de pacientes e a mediana de seguimento, bem como dependência de revisão de prontuário médico para levantamento de dados. **Conclusão:** A adesão e o monitoramento do tratamento com TKI são centrais ao controle da LMC. Os dados apresentados evidenciam que uma testagem adequada poderia aprimorar os desfechos em nossa população dentro do SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1995>