

1. Indução

Objetivo: reduzir a carga tumoral antes do transplante.

Esquemas principais

Esquema	Fármacos	Comentários
VCd	Bortezomibe + Ciclofosfamida + Dexametasona	Esquema mais usado no Brasil (SUS) . Eficaz, custo acessível, bem tolerado, bom em insuficiência renal .
VRd	Bortezomibe + Lenalidomida + Dexametasona	Esquema padrão internacional . Alta resposta, mas custo elevado.
VTD	Bortezomibe + Talidomida + Dexametasona	Alternativa viável quando lenalidomida não está disponível.
Dara-VRd	Daratumumabe + VRd	Esquema mais moderno (uso privado), respostas mais profundas.

Duração: 4–6 ciclos antes do transplante autólogo.
Bortezomibe

2. Transplante Autólogo

- **Padrão ouro** para pacientes ≤ 70 anos com bom estado geral.
- Objetivo: aprofundar resposta (doença mínima residual negativa).
- Não é curativo, mas prolonga remissão.

3. Transplante Alogênico

- **Raramente utilizado**, apenas em casos muito refratários e pacientes jovens com doador compatível.
- Alto risco de mortalidade e GVHD.

4. Consolidação

- Após transplante, pode ser feita com 2 ciclos de **VRd** ou **VCd**.
- Nem sempre obrigatória — depende da resposta pós-transplante e do protocolo institucional.
- Objetivo: eliminar doença residual mínima.

5. Manutenção

Evita recaída e prolonga sobrevida.

Esquema	Indicação	Comentários
Talidomida (± Dexametasona)	Mais usada no Brasil (SUS)	50–100 mg/dia contínuo. Boa resposta, mas causa neuropatia periférica cumulativa .
Lenalidomida	Setor privado ou protocolos de pesquisa	Melhor evidência para aumento de sobrevida global.
Bortezomibe	Pacientes de alto risco citogenético (del17p, t(4;14))	
Ixazomibe (oral)	Alternativa em casos refratários ou intolerantes	

Duração: até progressão ou intolerância.

6. Radioterapia

- **Local e paliativo.**
- Indicada em:
 - **Lesões ósseas dolorosas.**
 - **Fraturas patológicas.**
 - **Compressão medular.**
 - **Plasmocitomas localizados.**

7. Critérios de Progressão

Clínicos

- Novas **lesões osteolíticas** ou **plasmocitomas**.
- **Fraturas patológicas** novas.
- **Hipercalcemia**, **anemia** ou **insuficiência renal** de causa neoplásica.

Laboratoriais

Avaliados por **eletroforese sérica e urinária**, **imunofixação** e **cadeias leves livres**:

Parâmetro	Critério de progressão
Componente monoclonal sérico (IgG, IgA etc.)	Aumento $\geq 25\%$ e valor absoluto $\geq 0,5$ g/dL
Proteína monoclonal urinária	Aumento $\geq 25\%$ e ≥ 200 mg/24h
Cadeias leves livres (κ/λ)	Aumento $\geq 25\%$ e diferença absoluta > 10 mg/dL

Parâmetro	Critério de progressão
Relação κ/λ	Fora da faixa normal (0,26–1,65) indica atividade clonal
Imunofixação	Conversão de negativa para positiva = recidiva
Doença refratária	Sem redução $\geq 25\%$ após 2 ciclos de quimioterapia

A classe da imunoglobulina (**IgG, IgA, IgD**) e o tipo de cadeia (**κ ou λ**) **não mudam** — são fixos do clone original.

8. Sequência terapêutica mais comum no Brasil (prática SUS)

1. **Indução:** VCd (4–6 ciclos)
2. **Transplante autólogo**
3. **Manutenção:** Talidomida \pm Dexametasona
4. **Radioterapia:** se dor óssea, fratura ou compressão
5. **Monitoramento:** Eletroforese, imunofixação, cadeias leves, exames de imagem e clínica