

Complexo Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

G. C. B., masculino, 30 anos. Diagnóstico de Leucemia Mieloide Crônica (LMC) em fase crônica em 2015, com início de tratamento com imatinibe na ocasião, alcançando resposta molecular maior (RMM) aos 6 meses de tratamento, com BCR-ABL 0,084%. No início de 2016, devido a episódios de dor lombar, realizou ressonância magnética (RM) que evidenciou lesões nos corpos vertebrais de L3 e L4 e nos ossos da bacia, descritas como possíveis hemangiomas. Em 2017 realizou novo exame, com descrição de lesões semelhantes em L2, L3, L4, sacro e pelve. Em 2019, referiu novamente a queixa de lombalgia com piora ao decúbito. Realizou nova RM, com evidência de múltiplas lesões ósseas com aspecto de acometimento neoplásico secundário nas colunas cervical, torácica e lombar - com aumento significativo do número de lesões com relação ao exame realizado em 2017. Foram realizadas biópsias (corpo vertebral de T12 e asa do íliaco à direita), com laudo demonstrando presença de tecidos ósseo, adiposo e fibroconjuntivo sem alterações histopatológicas significativas. Durante todo este período, permaneceu com o tratamento com imatinibe, mantendo RMM. Seguiu com piora progressiva da queixa de dor lombar ao longo do acompanhamento. Devido a correlação temporal do aparecimento das primeiras lesões com o início do tratamento com imatinibe e o seu aumento progressivo ao longo do tempo, foi aventada a hipótese de que as alterações pudessem estar relacionadas ao uso do medicamento, apesar de não haver descrição de caso semelhante na literatura. Desta forma, optou-se por realizar a troca do tratamento com imatinibe para nilotinibe em janeiro de 2020. Após a troca da medicação, o paciente apresentou melhora progressiva. Em RM de controle realizada em março de 2020, evidenciou-se redução da maioria das lesões ósseas nas vértebras lombares e torácicas. Atualmente o paciente encontra-se com dores em coluna controladas, corroborando a melhora radiológica demonstrada no último exame de imagem realizado, com boa aderência e tolerância ao tratamento com nilotinibe. Estudos do grupo australiano mostraram que pacientes com LMC que receberam imatinibe por períodos superiores a 17 meses exibiram volumes ósseos trabeculares da espinha ilíaca significativamente aumentados. Por outro lado, nenhuma alteração no volume do osso trabecular foi observada em pacientes tratados com interferon- α , sugerindo que essas alterações eram o resultado das ações do imatinibe. Um estudo de Jönsson et al. demonstrou que pacientes tratados com imatinibe tiveram aumento da densidade mineral óssea total do quadril em comparação com controles normais da mesma idade. Isso foi associado à diminuição do fósforo e do cálcio séricos, bem como à diminuição dos níveis séricos dos marcadores de formação óssea. Tais dados sugerem fortemente que o imatinibe altera a remodelação óssea. Embora os mecanismos ainda não estejam totalmente elucidados, vários têm sido propostos, relacionados com o aumento de osteoblastos, diminuição de osteoclastos ou ambos. O caso descrito demonstra o aparecimento de lesões ósseas após o início do tratamento com imatinibe, com aumento significativo ao longo do tempo e biópsia sem alterações patológicas. Houve melhora clínica e radiológica importantes após a troca da medicação, o que levanta

fortemente a hipótese de que as lesões tenham relação com remodelamento ósseo associado ao imatinibe.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.228>

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA COM CRISE BLÁSTICA LINFOIDE T: RELATO DE CASO

CAC Lisboa, IOF Junior, EDC Viana, BAM Azevedo, JSS Soares, EG Souza

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil



Introdução: LMC (Leucemia mieloide crônica) trata-se de uma neoplasia mieloproliferativa que possui o cromossomo Philadelphia - t (9;22)(q34;q11) e a presença do gene de fusão BCR-ABL. A LMC é uma doença trifásica (crônica, acelerada e blástica), sendo que 85-90% dos casos encontram-se na fase crônica. Cerca de 75% das crises blásticas são mieloides e 25% são linfoides. **Relato do caso:** Mulher de 72 anos, com diagnóstico de LMC fase crônica em agosto de 2018, tendo iniciado imatinibe ao diagnóstico. Houve perda de resposta molecular em abril de 2019, tendo sido substituído por nilotinibe. Em outubro de 2019 houve interrupção do tratamento por desejo da paciente. Esta comparece ao pronto socorro em abril de 2021 com quadro de rebaixamento de nível de consciência, piora de padrão respiratório e presença de esplenomegalia volumosa, palpável a nível de cicatriz umbilical, além de múltiplas linfadenomegalias periféricas. Exames da admissão demonstraram LDH $>5x$ valor de referência, associado a aumento de ácido úrico $2x$ valor de referência, e hiperleucocitose (GL 385.720, sendo 49% linfócitos). Foi iniciada terapia de suporte hemodinâmico e respiratório e solicitada imunofenotipagem de sangue periférico, em que os blastos correspondiam a 46% dos eventos analisados, e apresentavam perfil fenotípico compatível com LMC em crise blástica linfóide T. Foi iniciado ponatinibe 30 mg/dia, com melhora progressiva do quadro clínico. Atualmente paciente está realizando acompanhamento ambulatorial, independente para atividades de vida diária, com ganho importante da qualidade de vida e controle de doença. **Discussão:** A maioria das crises blásticas são mieloides, apenas uma pequena porção sendo linfóide. Desta, há uma predominância de expressão linfóide B, sendo a ocorrência de crise blástica linfóide T evento raro após a descoberta dos inibidores de tirosina quinase (ITK), com escassos casos descritos na literatura a respeito de sua evolução. Não há um protocolo bem definido quando ao melhor manejo terapêutico, geralmente respondem aos protocolos realizados para LLA Ph+. No caso descrito, por se tratar de uma idosa frágil, cujo objetivo do tratamento era focado em melhora de qualidade de vida, foi optado pela realização de ITK de 3ª geração e profilaxia com quimioterapia intratecal. A escolha do ITK ideal deve se basear na história de uso pregresso do paciente e avaliar se paciente progrediu em uso de ITK de 1ª ou 2ª geração. **Conclusão:** Crise blástica linfóide T trata-se de evento raro, com necessidade de aprofundar estudos no caso, para poder estabelecer padrão ouro de tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.229>