

especializado em hematologia do interior paulista. Incluídos pacientes vivos, maiores de 18 anos, com confirmação laboratorial-genética-molecular e tempo mínimo de seguimento de 2 anos. Excluídos pacientes que evoluíram a óbito previamente à coleta de dados e pacientes em crise blástica ou fase acelerada. Os pacientes foram estratificados com score de Sokal (Blood 63:789, 1984), sendo tratados com imatinibe em 1ª linha e com nilotinibe ou dasatinibe caso intolerância ou resistência. Dados comparados com informações disponíveis na literatura científica especializada, obtida nas bases de dados Medline (acessada via PubMed), Scielo, Scopus, Lilacs e Cochrane Library. **Resultados:** 32 pacientes, 22/32 masculinos (68,75%) e 10/32 (31,25%) femininos, preencheram critérios de inclusão para participar deste estudo. Mediana de 54,76 anos (extremos etários de 35 a 73 anos); 28/32 (87,5%) pacientes se apresentavam assintomáticos ao diagnóstico, sendo referenciados ao hematologista por alterações sugestivas ao hemograma, e 18/32 (56,25%) portavam algum grau de esplenomegalia ao exame clínico admissional. Ao score de Sokal, 20/32 (62,5%) participantes apresentaram risco baixo, 10/32 (31,25%) intermediário e 2/32 alto. 14/32 (43,75%) indivíduos necessitaram trocar fármaco de 1ª linha para de 2ª linha por resistência a droga e 3/32 (9,37%) por toxicidade ao imatinibe. 16/20 (80%) pacientes de baixo risco, após 7 anos de seguimento pós-diagnóstico, apresentaram resposta “ótima” de tratamento de primeira linha, mantendo inibidor de tirosina-quinase por tempo indeterminado. 15/32 pacientes (46,87%) fizeram uso de nilotinibe, sendo que, todos os membros dessa população, fizeram seguimento mínimo de 5 anos e todos alcançaram resposta molecular maior em 13/15 casos (86,66%) e resposta molecular completa em 2/15 indivíduos (13,33%). **Discussão:** Assim como também relatado na literatura científica especializada, pacientes em fase crônica da LMC tem frequentemente boa resposta e tolerabilidade ao uso de inibidores de tirosina-quinase. O score de Sokal constitui importante ferramenta de prognóstico para estratificação da LMC e, também conforme descrito por outros autores, apresentou correlação de grupos de baixo risco com respostas favoráveis de tratamento. **Conclusão:** Pacientes em fase crônica de LMC se beneficiam com uso de inibidores de tirosina-quinase, sendo que o imatinibe apresenta boa eficácia e tolerabilidade como terapêutica de primeira linha e o nilotinibe também é capaz de apresentar respostas clinicamente favoráveis, desfechos particularmente notáveis em pacientes com score de Sokal de baixo risco.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.238>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS NÃO BCR-ABL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO

SS Marcondes, ALRAC Sipolatti, PADSBA Matos, JPA Frechiani, GS Sonsim, VHR Carvalho, MP Araujo, MDD Santos

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil



Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico das neoplasias mieloproliferativas crônicas não BCR-ABL acompanhados em um serviço de referência em onco-hematologia do Espírito Santo.

Métodos: Realizada avaliação de dados de prontuário dos pacientes com diagnóstico de doença mieloproliferativa não BCR-ABL que possuem APAC em vigência acompanhados nos ambulatorios de hematologia de um centro de referência, no ano de 2021. Analisado dados de idade, sexo, tipo de doença mieloproliferativa, tratamento, classificação de risco, presença de JAK2, complicações trombo hemorrágicas e comorbidades.

Resultados: Foram incluídos 29 pacientes. Classificados como Policitemia Vera (PV) 24% (7) e trombocitemia essencial (TE) 62% (18), 14% (4) pacientes estão completando investigação. A Idade média é de 61 anos, sendo 52% (15) maior que 60 anos. A maioria 62% (18) possui algum tipo de comorbidade, são elas: hipertensão arterial sistêmica 35% (10), hepatopatia crônica 28% (8), diabetes melitus 10% (3), hipotireoidismo 10% (3) e neuropatia sensitivo-motora 10% (2). Quanto ao tratamento 65% (19) fazem uso de ácido acetilsalicílico associado a hidroxiureia, 38% (11) apenas com hidroxiureia e 7% (2) tratam com anagrelide. Foram observados 24% (7) de complicações trombo hemorrágicas, sendo elas: 5% (7) tromboes em sítios diversos, 2% (7) episódios de hemorragia. Das mutações analisadas 59% (17) apresentam JAK2 positivo.

Discussão: As MPNs não BCR-ABL incluem policitemia vera, trombocitemia essencial, mielofibrose primária, leucemia neutrofílica crônica e outras entidades menos definidas, como leucemia eosinofílica crônica e NMP não classificadas, sendo a TE e a PV as mais frequentes. No centro de referência avaliado foi observado nos pacientes em tratamento no ano de 2021 apenas diagnósticos de TE e PV. Somente as mutações JAK2 e BCR-ABL foram avaliadas ao diagnóstico visto que a pesquisa de outras mutações como CALR, MPL na maioria dos centros ainda não estão disponíveis. O tratamento depende de uma estratificação de risco do paciente avaliando os dados de: idade, história cardiovascular e mutações dos genes da JAK2, CALR ou MPL. A terapêutica consiste, a depender do estado de risco do paciente, em acompanhamento (conduta watch-and-wait), uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e uso de quimioterápicos orais (hidroxiureia principalmente). Na amostra avaliada 41 % foram classificados como baixo risco apesar de todos estarem em tratamento, o que sugere que outros fatores também interferem nessa decisão na prática diária. É importante destacar a presença de comorbidades associadas que podem influenciar na escolha do tratamento. As principais complicações incluem trombose, sangramento ou evolução para leucemia mieloide aguda (LMA) ou fase fibrótica da doença. Nesta amostra observamos o predomínio de complicações trombo hemorrágicas (24%). **Conclusão:** A avaliação dos dados epidemiológicos de um serviço, bem como revisão de literatura com comparação de resultados podem identificar necessidade de atualizações da equipe em relação ao tratamento, bem como avaliar investimento de recursos para melhoria de diagnóstica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.239>