

realizado a partir de dados obtidos por meio da análise de prontuários eletrônicos de paciente internado em instituição referência de Hematologia no estado de São Paulo. **Resultados:** Paciente masculino, 43 anos, branco, casado, médico, foi diagnosticado com LMC em fase crônica aos 24 anos após realização de hemograma de rotina. Era assintomático. Iniciou tratamento com interferon em 2002 e posteriormente iniciou o inibidor de tirosina quinase (ITK) imatinibe a partir de 2003 na dose habitual. Em 2006, evoluiu com falha de resposta ao medicamento, otimizando a dose para 800mg/dia. Seguiu sem resposta, tendo sido iniciado dasatinibe em 2007. Após introdução do ITK de segunda geração, apresentou respostas ótimas, seguindo assintomático, em resposta molecular variando entre 3 e 4. Em 2020, paciente apresentou queixa de dor aguda, moderada e persistente em região da bacia, não atribuível a causas mecânicas. Realizou ressonância nuclear magnética que evidenciou “lesão sugestiva de neoplasia” na porção óssea medular e subcortical. À época, seu hemograma apresentava Hb de 13,4 g/dL, VCM 95,3 fl, leucócitos totais 5.900/mm³, neutrófilos 2.030/mm³, linfócitos típicos 3.550/mm³, monócitos 170/mm³ e plaquetas 102.000/mm³. Foi realizado biópsia do achado imagenológico, com anátomo-patológico descrevendo “fibrose medular com infiltrado de células linfoides em meio a tecido fibrovascular” e imunofenotipagem medular revelando “5,5% de linfócitos B maduros, clonais, que expressam os antígenos CD19, CD20 e CD11c de elevada intensidade, CD25, imunoglobulina de cadeia leve kappa e imunoglobulina de cadeia pesada subtipo IgM e IgD”. Realizado diagnóstico de tricoleucemia concomitante à LMC. Paciente segue em 2022 em uso de dasatinibe, com resposta molecular 3 (BCR-ABL quantificado em 0,0199%), assintomático e sem visceromegalias ou linfonodomegalias ao exame físico, permanecendo até o momento sem indicação de tratamento específico para a tricoleucemia. **Discussão:** A ocorrência de tricoleucemia em concomitância a LMC constitui evento extremamente raro. O diagnóstico das duas neoplasias concomitantes pode ser um desafio devido no contexto de mielossupressão pelo uso de ITK. Além da transformação blástica, não há evidência para se considerar risco de outras neoplasias secundárias durante o curso da LMC, de modo que tricoleucemia e LMC não são clonalmente relacionadas e as indicações terapêuticas para HCL não mudam. O tratamento para LMC em fase crônica pode ser mantido sem influência deste achado, inclusive quando houver indicação de tratamento da tricoleucemia. **Conclusão:** Descrevemos caso muito raro de paciente com fase crônica de LMC em uso de dasatinibe diagnosticado 12 anos após com tricoleucemia, ainda sem indicação de tratamento específico até o momento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.400>

AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EM PACIENTES COM LMC TRATADOS COM INIBIDORES DE TIROSINA QUINASE.

TP Lana, MT Delamain, GO Duarte, F Menezes, C Souza, EV Paula, KBB Pagnano

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

Introdução: Relatamos anteriormente que 14,2% dos pacientes tratados com nilotinibe entre 2005 e 2013 desenvolveram algum tipo de evento cardiovascular. Desde 2015, foi implantado na rotina de atendimento um monitoramento mais rigoroso de glicose, níveis lipídicos, avaliação de risco cardiovascular e ultrassonografia com doppler de carótidas em pacientes com LMC em uso de nilotinibe. Esse estudo é a análise atualizada da coorte tratada de 2015 a 2022. O ponto de corte dos dados foi em junho de 2022. Os fatores de risco basais para doença CV foram coletados no início do estudo e todos os eventos de CVE que ocorreram durante o tratamento foram registrados. O risco CV foi calculado usando o gráfico SCORE da Sociedade Europeia de Cardiologia. Na coorte prospectiva, glicose, colesterol e triglicerídeos foram monitorados a cada 6 meses e ultrassonografia Doppler uma vez por ano. Objetivos: avaliar a incidência de eventos cardiovasculares (ECV) em pacientes com LMC tratados com nilotinibe em um único centro. **Resultados:** Um total de 72 participantes foram incluídos neste estudo. 32 pacientes tratados com nilotinibe, em primeira linha (n=04) ou segunda e terceira linha (n=28), 18 pacientes tratados com dasatinibe em segunda linha, 22 pacientes tratados com imatinibe em primeira linha. Foram analisados 52 homens, com idade mediana de início do TKI de 47,74 anos (22,58-81,25). Comorbidades basais: hipertensão (n=24), diabetes (n=04), dislipidemia (n=07), obesidade (n=07), hipotireoidismo (n=06), doença cardiovascular (n=04), insuficiência cardíaca (n=01), acidente vascular cerebral anterior (n=02), história familiar (n=06), sedentarismo (n=63), tabagismo (n=24). 28% dos pacientes tratados com TKI apresentaram algum tipo de evento cardiovascular. Destes, 59,4%, 11,1% dos pacientes tratados com nilotinibe, dasatinibe, respectivamente, tiveram algum tipo de evento cardiovascular. 56,7% dos pacientes tratados com nilotinibe apresentaram estenose carotídea. Outros eventos, além da estenose, foram relatados em pacientes tratados com nilotinibe, são esses: doença arterial coronariana (4,3%), AVCi (8,7%), obstrução coronariana (4,3%), tromboembolismo pulmonar (4,3%), doença arterial periférica (4,3%). Para pacientes que utilizavam o dasatinibe, foram reportados os seguintes eventos cardiovasculares: IAM (4,3%) e AVCi (4,3%). O nilotinibe foi descontinuado para a maioria dos pacientes sintomáticos e eles foram tratados de acordo com as diretrizes cardiológicas padrão. Para os pacientes que utilizavam dasatinibe, foi identificado de acordo com o histórico médico que estes fizeram uso prolongado do nilotinibe no passado, e a conduta foi para IAM: angioplastia e para AVCi: troca do TKI. ESC Risco cardiovascular na linha de base: alto e muito alto (20%), baixo e moderado (26,7%-53,3%). **Conclusão:** Pacientes tratados com TKIs, especialmente nilotinibe, necessitam de monitoramento CV cuidadoso, mesmo com risco CV baixo e moderado, pois a estenose carotídea pode ser detectada em pacientes assintomáticos e aumenta o risco de ECV.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.401>