

relacionadas a um microambiente inflamatório crônico, além de menor SLE na LMC. **Conclusão:** As variantes TP53 foram frequentemente observadas no diagnóstico da LMC em pacientes do estado do Amazonas, nossos dados sugerem que o SNP P72R pode ser interpretado como marcador de risco clínico para LMC. Será de extremo interesse reproduzir os resultados deste estudo com um tamanho amostral maior futuramente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.804>

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM LACTENTE - RELATO DE CASO

ABM Rebello^a, ACCCA Brasil^a, IB Fontes^a,
LG Veiga^a, LSC Cesar^a, RB Pagnano^a,
VCR Fortunato^a, AC Azevedo^b, LF Silva^a

^a Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

^b Centro Infantil Boldrini, Campinas, SP, Brasil

Introdução: As leucemias são um grupo de doenças da medula óssea em que glóbulos brancos se proliferam desordenadamente, acumulando-se na circulação. Elas são classificadas por sua origem (linfóide ou mieloide) e progressão (aguda ou crônica). A Leucemia Mieloide Crônica (LMC) é uma neoplasia evidenciada pelo distúrbio clonal de células pluripotentes, totalizando 15% das leucemias. Geralmente há a presença do cromossomo Filadélfia (Ph) na LMC, caracterizado pela translocação do gene ABL1 do cromossomo 9 com o gene BCR, do cromossomo 22 t(9;22) (q34;q11). Epidemiologicamente, a LMC afeta mais homens do que mulheres (1,4:1) e é mais comum entre os 40 e 60 anos. Na faixa etária de 1 a 14 anos, há incidência de 0,7 caso/milhão/ano no Brasil, sendo raro o acometimento pediátrico. É frequentemente diagnosticada com um hemograma de rotina, que evidencia leucocitose com desvio completo e escalonado, presença de baixa porcentagem de blastos, anemia normocítica e normocrômica, plaquetas aumentadas, normais ou reduzidas. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma lactente com LMC e discutir o curso do tratamento. **Relato de caso:** Paciente MMPA, 14 meses, chega em primeira consulta hematológica com alteração de 28440/mm³ leucócitos em leucograma de rotina, sendo 58% segmentados, 3% eosinófilos, 34% linfócitos típicos e 5% monócitos, associado a hemoglobina de 10,3 g/dL, hematócrito de 30,6%, VCM 80,5 e plaquetas 486000/mm³, assintomática. Repetido o hemograma para descartar diagnósticos diferenciais, manteve a proliferação em ascensão. Foi realizado para diagnóstico mielograma, com achados de medula óssea hiperplasmática, espículas cheias com série granulocítica hiperplasmática, presença de 1% de mieloblastos, 13% promielócitos, 16% mielócitos, 15% metamielócitos, 16% bastões, 20% segmentados e 4% eosinófilos, hibridização “in situ” por imunofluorescência positiva para rearranjo BCR-ABL t(9;22)(q34;q11.2) p210. Paciente foi diagnosticada com LMC e iniciou tratamento com 100 mg de Imatinibe ao dia. Em adultos, o tratamento consiste na administração de 400 mg de Imatinibe ao dia, já em crianças, devido à baixa casuística não há padronização posológica definida. Nas avaliações de

respostas moleculares aos 3, 6 e 12 meses, não alcançou resposta molecular maior. Grau máximo de resposta RM3. Atualmente aos 3 anos, paciente está em uso de 200 mg ao dia de Imatinibe, com os achados laboratoriais recentes, hemoglobina 11,7 g/dL, hematócrito 32,6%, plaquetas 315000/mm³, leucócitos 6290/mm³, sendo 29,4% segmentados, basófilos 0,5%, eosinófilos 2,7%, linfócitos 60,9%, monócitos 6,5%. Mielograma com remissão citológica, medula óssea normocelular e espículas normocelulares. Contudo, apresenta RQ-PCR com presença de BCR-ABL1 de RM3, indicando controle parcial da doença. **Conclusão:** Devido à raridade da LMC em crianças, especialmente em lactentes, ainda não há estudos focados no tratamento da faixa etária. Logo, mostra-se a importância desse relato, para registro do caso e alternativas de tratamento, ajustadas a partir das diretrizes para adultos, com o objetivo de estabelecer protocolos adequados para pacientes pediátricos no futuro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.805>

O IMPACTO DA FIBROSE NA BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA: ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

C Trois^a, L Freitas^b, J Bonfio^b, E Miranda^b,
G Duffles^b, I Lorand-Metze^b, KBB Pagnano^{a,b},
G Duarte^b

^a Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

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

Objetivos: Avaliar o impacto prognóstico do grau de fibrose da medula óssea ao diagnóstico em pacientes com LMC tratados com imatinibe em primeira linha. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico de LMC em FC entre 2015 e 2022. Os dados clínicos e laboratoriais foram coletados dos prontuários médicos. A presença de fibrose foi avaliada na BMO do diagnóstico, sendo classificadas de 0-3, de acordo com o consenso Europeu. Também foi avaliada a presença de focos de blastos. A sobrevida global foi calculada a partir do início do imatinibe até óbito ou último seguimento. **Resultados:** Foram avaliados 72/135 casos de LMC cujos laudos de BMO apresentavam dados suficientes para a classificação de fibrose; 63 casos não possuíam BMO. A mediana de idade foi 54 anos (17-83), 51,4% do sexo masculino, 25% Sokal baixo risco, 36% intermediário, 23,6% alto risco, 15% não avaliável. Fibrose estava presente em 64/72 (88, 9%). Classificação da mielofibrose (MF): ausente - 11,1% (n=8), MF1 38,9% (n=25), MF2 34,7% (n=25) e MF3 15,3% (n=11). Focos de blastos foram observados em somente um caso. Não houve correlação entre scores de Sokal, Hasford e EUTOS com a presença e o grau de fibrose (p = NS). Na população total, a sobrevida global em 60 e 89 meses foi 83% e 70% respectivamente; 82% nos casos sem fibrose e 73% nos casos com fibrose (p=0.51). A SG no grupo com fibrose grau 1 foi 96% vs. 70% no grupo com fibrose grau 2