

188 em tratamento). A mediana da idade ao diagnóstico foi de 48 anos, 149 (59.8%) homens; 219 (87.9%) pacientes em fase crônica, 18 (7.2%) em fase acelerada e 10 (4%) em crise blástica. O tratamento de primeira linha foi feito com: imatinibe ($n = 231$; 92.7%), nilotinibe ($n = 8$; 3.2%), bosutinibe ($n = 6$; 2.4%) e dasatinibe ($n = 2$; 0.8%). A troca para um segundo ITQ foi feita em 85 (34.1%) pacientes. Ocorreu hepatotoxicidade em 77 (31%) pacientes, cujas causas estão relacionadas à reativação de HBV ($n = 1$; 0.4%), uso de imatinibe ($n = 65$; 26.1%) e de nilotinibe ($n = 11$; 4.4%). Durante o tratamento com ITQ, o status sorológico de HBV foi avaliado em 225 (90.4%) pacientes e o de HCV em 215 (86.3%). Foram constatados 2 casos (0.8%) de hepatite B crônica ativa ao diagnóstico de LMC, com HBsAg e anti-HBc reagentes: um deles foi tratado, apresentou remissão e faleceu por complicações de um TMO; enquanto o outro paciente segue em tratamento e apresentou remissão. Identificou-se a presença de 3 (1.2%) casos anti-HBc positivo e HbsAg/anti-HBs negativos, o que indica a exposição ao vírus da hepatite B. Um deles foi à óbito por progressão da LMC e os outros dois pacientes fazem acompanhamento. Por fim, o estudo revelou um caso (0.4%) de reativação de hepatite B em que o paciente, proveniente de outro centro, não foi testado ao diagnóstico. A reativação ocorreu durante o tratamento com imatinibe, que foi interrompido por 4 meses até a normalização das enzimas hepáticas. O paciente foi tratado com entecavir e apresentou PCR para HBV indetectável após 2 anos de tratamento. Nenhum caso foi anti-HCV positivo. **Discussão:** a prevalência de HBV parece ser semelhante à da população normal e casos de HCV não foram identificados. O uso de ITQ representa um risco aumentado para reativação de HBV e a presença de anti-HbsAg pode não ser protetora contra esse fenômeno. **Conclusões:** uma vez que a reativação da hepatite viral pode ocorrer durante o tratamento com ITQ, a investigação ao diagnóstico da LMC é mandatória para detectar portadores crônicos ou infecção ativa. Dessa forma, é possível tratar precocemente para prevenir a reativação e evitar interrupções no tratamento da LMC.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.367>

CONHECENDO NOSSOS PACIENTES: DADOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E LABORATORIAIS DE UMA COORTE DE PACIENTES COM TROMBOCITEMIA ESSENCIAL

RG Akkam^a, JPO Fernandes^a, M Guaraná^b,
BCR Monte-Mór^c, IR Zalcberg^c, C Solza^a

^a Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio
de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG),
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^c Laboratório de Biologia Molecular, Instituto
Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A trombocitemia essencial (TE) faz parte do grupo das neoplasias mieloproliferativas crônicas, assim como a policitemia vera e a mielofibrose primária. É definida pela

presença de trombocitose e alterações morfológicas dos megacariócitos na medula óssea. A apresentação clínica da TE se caracteriza por trombocitose, esplenomegalia, sintomas microvasculares e complicações trombóticas e hemorrágicas. O perfil molecular inclui a presença das mutações JAK2V617F, CALR e MPL, que podem estar presentes em aproximadamente 50%, 30% e 5-10% dos pacientes, respectivamente. **Objetivo:** descrever as características demográficas, clínicas e laboratoriais de uma coorte de pacientes com TE atendidos no hospital universitário Pedro Ernesto (HUPE) no Rio de Janeiro e correlacionar com dados da literatura. **Métodos:** estudo retrospectivo com análise de prontuário e preenchimento de ficha clínica dos pacientes com TE acompanhados no HUPE no período de 2001 a 2020 e revisão da literatura. **Resultados:** Dos 52 pacientes avaliados, 38 (73%) eram do sexo feminino e 14 (27%) do masculino, sendo a mediana de idade 61 anos (6 a 88 anos). Todos foram tratados com hidroxiureia e aspirina. Ao diagnóstico as medianas de hemoglobina, leucócitos e plaquetas foram respectivamente de 13 g/dL (10 a 18g/dL), 9.200/mm³ (4190 a 23.500/mm³) e 967.000/mm³ (566.000 a 2.177.000/mm³). Com relação ao perfil molecular, 24 (46%) pacientes apresentaram mutação em JAK2 V617F, 16 (31%) mutação em CALR, 2 (4%) com mutação em MPL e 5 (10%) eram triplos negativos. Ao diagnóstico, 9 (17%) apresentavam astenia, 7 (13%) tinham emagrecimento e 6 (11%) tinham cefaléia. Entre as complicações ao diagnóstico, 9 (17%) e 3 (6%) pacientes tiveram eventos trombóticos e hemorrágicos, respectivamente. Até julho de 2022, nenhum paciente evoluiu com transformação para LMA ou mielofibrose. **Discussão:** Esta é uma avaliação inicial do perfil epidemiológico dos pacientes com trombocitemia essencial acompanhados no HUPE. Os dados encontrados com relação a idade, sexo e perfil molecular nesta coorte de pacientes estão de acordo com o relatado na literatura. Podemos destacar que até o momento nenhum paciente apresentou transformação para mielofibrose ou leucemia aguda, que de fato é incomum nesses pacientes quando comparado aqueles com policitemia vera e mielofibrose. **Conclusão:** É importante a criação de um registro com dados clínicos e laboratoriais dos pacientes com neoplasias mieloproliferativas crônicas para que seja traçado o perfil epidemiológico com um número maior de pacientes. Portanto, temos como objetivo na próxima etapa incluir outros centros no Rio de Janeiro. Além disso, é essencial o acompanhamento desses pacientes ao longo do tempo para avaliação de complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.368>

TRATAMENTO DE TROMBOCITEMIA ESSENCIAL COM PEG-INTERFERON. RELATO DE UM CASO

LM Capóssoli^a, A Bernardes^a, CF Medeiros^a,
CAC Vieira^a, DR Spada^a, JA Rena^a,
AC Vigorito^b, MG Cliquet^a

^a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde,
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-
SP), São Paulo, SP, Brasil

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

Introdução: A trombocitemia essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa crônica (NMP), caracterizada pela hiperproliferação de megacariócitos na medula óssea, e consequente plaquetose. É uma doença rara não hereditária que acomete principalmente adultos, com pico em torno dos 60 anos de idade e é mais frequente no sexo feminino. Tem sua causa desconhecida, mas metade dos pacientes possuem mutação no gene JAK2 (mutação V617F), além de outras mutações nos genes CARL e MPL. Cerca de 85% dos pacientes são assintomáticos, mas podem ocorrer trombozes arteriais e/ou venosas (acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e embolia pulmonar). Aproximadamente 10% dos casos podem cursar com quadros hemorrágicos. Astenia e esplenomegalias frequentemente estão presentes. O diagnóstico é realizado através da contagem de plaquetas, superior a $450.000/\text{mm}^3$, excluindo-se outras causas de trombocitose reacionais e neoplásicas (Mielofibrose primária, Policitemia Vera e Leucemia Mieloide Crônica). A pesquisa da mutação da JAK2 e a biópsia de medula óssea vão confirmar o diagnóstico. A TE é incurável e o tratamento visa reduzir a contagem de plaquetas. Em pacientes idosos e/ou com trombozes prévias, o uso de antiagregantes plaquetários se torna essencial. A Hidroxiureia como citoreduzidor, é em geral a terapêutica mais utilizada, mas em alguns casos se faz necessário o uso da Anagrelida ou Interferon-alfa-2a. A Hidroxiureia e a Anagrelida não podem ser usadas durante a gestação, e em pacientes jovens, o uso da Hidroxiureia pode levar ao risco de outras neoplasias. Já o Interferon tem seu uso para casos em que as duas drogas estão contraindicadas. O PEG-Interferon alfa-2a (Interferon alfa-2a peguilado) é a conjugação do reagente PEG (bis-monometoxipoli(etileno)glicol) com Interferon alfa-2 e tem sua aplicação na TE. **Objetivos:** Relatar um caso de TE tratado com Interferon e PEG Interferon. **Material e método:** Estudo descritivo fundamentado na análise do prontuário da paciente e revisão da literatura. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 31 anos, branca, em 2007 aos 16 anos de idade, apresentou plaquetose de $2.147.000/\text{mm}^3$, leucocitose de aproximadamente $20.000/\text{mm}^3$ e esplenomegalia discreta. Na biópsia de medula óssea hiperplasia megacariocítica com a mutação da JAK2 ausente. Foi feita hipótese de TE com fibrose grau 3. Inicialmente recebeu Hidroxiureia (02/2007 até 01/2008) quando passou a usar α -Interferon 3.000.000 UI, pois era muito jovem e teria riscos com Hidroxiureia por longo prazo. Em 07/2021 devido à falta de α -Interferon iniciou o uso de PEG-Interferon. Nunca apresentou evento trombótico ou efeitos colaterais. Atualmente assintomática com contagem de plaquetas de $197.000/\text{mm}^3$ (05/2022). **Discussão:** A TE na maioria dos casos está relacionada a eventos trombóticos, em 20 a 25% dos pacientes, sendo essas as principais complicações da doença. O tratamento visa reduzir/eliminar esses riscos e poderia ser feito com a Hidroxiureia, mas por se tratar de uma paciente jovem, o tratamento a longo prazo, poderia oferecer o risco de outras neoplasias. Além disto, a ideia de gestação impossibilitaria o uso deste quimioterápico. Por este motivo foi utilizado Interferon e os resultados obtidos foram excelentes, com ótimo controle plaquetário e ótima

tolerância. **Conclusão:** Este caso mostra a possibilidade de tratamento em pacientes jovens com α -Interferon e PEG-Interferon.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.369>

GESTÃO DURANTE TRATAMENTO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA – RELATO DE CASO

MFCB Valente^a, KMM Ribeiro^a, RB Tavares^b, PRC Utsch^b

^a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

^b Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora (ASCOMCER), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: O tratamento atual da leucemia mieloide crônica (LMC) reduziu a mortalidade e aumentou a prevalência da doença, com consequente aumento do número de pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva. O uso de inibidores da tirosina quinase (TKIs) em mulheres com LMC durante a gestação torna-se arriscado devido à sua teratogenicidade. A raridade de casos reportados e questões éticas dificultam tomada de decisões e manejo dessas pacientes. **Objetivos:** Relatar caso de paciente do sexo feminino com diagnóstico de LMC e gestação um mês após o início de tratamento com TKI. **Relato de caso:** Paciente de 23 anos, feminino, com dor abdominal (esplenomegalia), sudorese noturna e perda ponderal há dois meses. Exames de rastreio evidenciando leucocitose ($90.900/\text{mm}^3$) com escalonamento maturativo até mielócitos, BCR-ABL p210 detectado e cariótipo normal. Iniciado terapia alvo com imatinibe, porém, gestação após um mês do tratamento com interrupção imediata do TKI. Na ocasião, já com resposta hematológica e, em exames laboratoriais seriados, evidenciado perda de resposta com piora progressiva da leucocitose. Após a 17ª semana de gestação, discutido riscos e benefícios em conjunto com a paciente e optado pelo retorno da medicação na dose habitual; uma nova resposta hematológica foi atingida após três semanas de tratamento. Durante todo o período, recebeu acompanhamento ambulatorial em conjunto com pré-natal de alto risco. Episódios de hiperêmese e dor abdominal em cólica, com piora dos sintomas após o terceiro trimestre e necessidade de redução de dose/suspensão do TKI em certos períodos. Ultrassonografia obstétrica de rastreio no terceiro trimestre com evidências de oligoidramnion e necessidade de internação para acompanhamento. Toda a gestação evoluiu sem intercorrências obstétricas clinicamente significativas e o parto foi interrompido com 37 semanas, não sendo identificados efeitos teratogênicos no recém-nascido. **Discussão:** A LMC é uma neoplasia mieloproliferativa crônica caracterizada pela translocação t(9;22)(q34.1;q11.2) - cromossomo Philadelphia (gene fusão BCR-ABL). Apresenta-se com frequência na fase crônica; sem terapia específica evolui naturalmente para fase acelerada ou crise blástica. A incidência aumenta com a idade e, devido à terapia com TKI, houve expressiva redução da mortalidade e aumento da prevalência, incluindo mulheres em