

de tirosina quinase (TKIs). Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica podem apresentar variações nos níveis plasmáticos desses fármacos, com risco de resposta subótima. Evidências recentes também apontam piores desfechos em indivíduos com LMC e histórico de cirurgia bariátrica. Este relato descreve um paciente submetido a cirurgia bariátrica com falha terapêutica após múltiplos TKIs. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 37 anos, diagnosticado com leucemia mieloide crônica (LMC) em fase crônica em 2006, cariótipo mostrando a t(9;22) em 100% das metáfases. Histórico de obesidade, submetido à cirurgia bariátrica (grampo + anel) em 1998, com retirada do anel e cirurgia (by pass intestinal - técnica Capella) em 2004. Iniciou Hidroxiureia em 2005, seguida por Imatinibe 400 mg/dia, aumentado para 600 mg/dia por resposta subótima. Em 2008, com falha de resposta citogenética (95% de metáfases Ph1+) levou à troca para Nilotinibe, sem resposta citogenética. Na ocasião foi detectada a mutação do ABL M244V. Em 2009, iniciou Dasatinibe 140 mg/dia, com resposta hematológica, mas sem resposta citogenética. Em junho de 2014 teve perda de RH, sendo mantida a dose de dasatinibe de 140 mg/dia. Foi avaliado quanto à elegibilidade para transplante de células-tronco hematopoiéticas alogênico, sendo este contraindicado pela equipe por razões sociais e pelo fato da cirurgia comprometer a absorção da ciclosporina. Foi tratado com IFN e citarabina em dezembro de 2015 por um mês, suspenso por intolerância. Reintroduzido imatinibe 600 mg, com resposta hematológica por poucos meses. Em setembro de 2017 reiniciou uso de nilotinibe 400 mg duas vezes ao dia, obtendo RHC, com nova perda de resposta em dezembro de 2020. Foi submetido a ressecção intestinal por câncer de cólon em junho de 2020. Foi tratado com hidroxiureia e em junho de 2022 apresentou quadro de pancitopenia e internação por neutropenia febril, sendo diagnosticado evolução para crise blástica mieloide. O paciente faleceu em decorrência de choque séptico após quimioterapia de indução para LMA. Mantinha a presença da mutação M244V na evolução para CB. **Conclusão:** No presente caso, a absorção comprometida pela cirurgia bariátrica pode estar relacionada à resistência aos múltiplos TKI. No entanto, não tínhamos disponível o monitoramento de nível sérico para comprovar essa hipótese. Dados na literatura relatam casos de pacientes com LMC pós cirurgia bariátrica com concentrações subterapêuticas de TKIs, alguns com desfechos terapêuticos inferiores. Apesar do uso sequencial de múltiplos TKIs, a presença de alterações anatômicas decorrentes da cirurgia bariátrica e o desenvolvimento de resistência associada à mutação ABL M244V contribuíram para a falha terapêutica. Essa mutação em geral é sensível ao nilotinibe, dasatinibe, bosutinibe e ponatinibe e está localizada no lobo N da quinase. Tem sido associada a resistência clínica ao asciminibe, por estabilizar a conformação ativa da quinase, interferindo na ação do asciminibe. Na época, não havia disponibilidade de TKIs de terceira geração. O caso destaca a importância do monitoramento do tratamento e da conduta individualizada em pacientes com LMC submetidos à cirurgia bariátrica. O caso destaca a importância do monitoramento do tratamento e da conduta individualizada em pacientes com LMC submetidos à cirurgia bariátrica.

ID - 3014

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM CRISE BLÁSTICA COM INVASÃO DO SNC: UM RELATO DE CASO

PE Amorim^a, VGB Gomes^b, MG Diôgo^a,
LS Agostinho^a, SBC Fontele^a, VGFd Gouveia^a,
AFd Medeiros^c, JWL Júnior^c

^a Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Mossoró, RN, Brasil

^b Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró, RN, Brasil

^c Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), Mossoró, RN, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma neoplasia mieloproliferativa de curso clínico geralmente indolente. No entanto, em casos raros pode evoluir para crise blástica (CB), uma fase agressiva da LMC, caracterizada pelo aumento de blastos no sangue periférico, na medula óssea ou em sítios extramedulares. Essa forma costuma estar associada a sintomas constitucionais, agravamento da anemia, trombocitopenia e esplenomegalia. O objetivo deste relato é descrever o caso de uma paciente com CB com infiltração do sistema nervoso central e osteomedular, além de apresentar o manejo terapêutico utilizado. **Descrição do caso:** Trata-se de mulher de 48 anos com diagnóstico de LMC, que iniciou tratamento com imatinibe, obtendo remissão hematológica. Apesar disso, a citomorfologia subsequente indicou transformação da doença ao apresentar leucometria de 14.700/mm³, 32% de células blásticas expresando, dentre alguns marcadores, CD34+/CD33+ (20%), CD34+/CD11b (20%) e CD34+/CD36+ (20%), confirmando a presença de doença mieloproliferativa transformada (LMC em CB). Além disso, a paciente evoluiu com lombalgia intensa que foi investigada por tomografia computadorizada (TC) de coluna, apresentando oito lesões hipodensas sem halo esclerótico em corpos vertebrais, correspondendo a lesões líticas relacionadas ao quadro de base da paciente. Para confirmação, foi realizada biópsia de medula, apresentando infiltração difusa por neoplasia. Posteriormente, a paciente apresentou déficits focais, incluindo cegueira e hipoacusia, decorrentes da infiltração do sistema nervoso central. Em função disso, foram administrados diversos protocolos de poliquimioterapia para recuperação da paciente, como 7+3 (citarabina e uma antraciclina), MEC (mitoxantrona, etoposídeo e citarabina) e FLAG (fludarabina, L-asparaginase, citarabina e fator estimulador de colônias de granulócitos). Em função de não haver na literatura protocolos específicos para leucemia mieloide aguda (LMA) em sistema nervoso central, o manejo foi realizado adaptando protocolos já existentes de LMA, associando MEC e metotrexato em altas doses devido sua já sabida eficácia terapêutica em doenças do SNC e sistêmicas. Em paralelo, a paciente manteve o tratamento da LMC, contudo, apresentou refratariedade ao dasatinibe e reação alérgica grave ao nilotinibe, prejudicando a continuidade do uso dessas medicações. Atualmente, a paciente está em uso de ponatinibe, fármaco indicado para mutações refratárias a outros antineoplásicos. **Conclusão:** O presente trabalho debate a raridade e a

gravidade da LMC em crise blástica com infiltração no SNC e refratariedade a múltiplos ITKs. A ausência de protocolos específicos para o caso exigiu adaptação terapêutica, combinando esquemas da LMA e metotrexato, que tem penetração no SNC. O ponatinibe foi a alternativa com melhor resposta associada à poliquimioterapia, reforçando a importância de abordagem individualizada para cada paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104432>

ID - 2372

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM CRISE BLÁSTICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TERAPÊUTICAS E DESFECHOS DE UMA SÉRIE DE CASOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA BRASILEIRO

AL Stollenwerk, MdS Pastori, KP Melillo, LdLM Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini (HTEJZ), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide crônica (LMC) em crise blástica (CB) representa a fase mais agressiva da doença. A heterogeneidade biológica e clínica, a raridade da condição e a escassez de dados dificultam a padronização do manejo. Conhecer as características e os resultados terapêuticos de pacientes tratados em instituições públicas brasileiras é essencial para orientar condutas e políticas de saúde. **Objetivos:** Analisar as características clínicas, terapêuticas e os desfechos de pacientes com LMC em CB em um hospital público brasileiro. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo que analisou 17 prontuários de pacientes com diagnóstico de LMC em CB, em um hospital público terciário de São Paulo, entre 2020 e junho de 2025. O desfecho primário foi a SG e os secundários incluíram SLP, respostas hematológica, citogenética e molecular, além da taxa de realização de TCTH. A análise estatística foi realizada com R 4.1.0. **Resultados:** A mediana de idade foi de 51 anos (22 a 69); 10 (62,5%) eram do sexo masculino. O subtipo mieloide foi o mais frequente (n = 9; 52,9%), seguido do linfóide B (n = 5; 29,4%), linfóide T (n = 1; 5,9%) e mista (n = 1; 5,9%). Durante a CB, os ITKs mais utilizados foram Dasatinibe (n = 7; 41,2%) e Imatinibe (n = 6; 35,3%), seguidos de Ponatinibe (n = 1; 5,9%), associados a esquema de QT endovenosa. 50% foram submetidos a TCTH e 2 casos apresentaram recaída após. A mediana do tempo para surgimento da CB foi de 16,5 meses, e para a realização do TCTH foi de 6 meses. A sobrevida mediana após a CB foi de 8 meses. A mortalidade foi mais elevada no subtipo mieloide (77,8%), seguida do linfóide B (40%), sem óbitos nos subtipos linfóide T e mista, embora a casuística seja pequena. A taxa de sobrevida ao final do estudo foi de 41,1% e de remissão completa de 23,5%. Mediana de acompanhamento foi de 8,5 meses. **Discussão e conclusão:** Os dados encontrados são consistentes com os descritos na literatura, principalmente quanto à predominância do subtipo mieloide, à baixa taxa de remissão completa e à sobrevida global limitada. A mortalidade elevada observada no subtipo mieloide (77,8%) e a maior taxa de remissão completa nos subtipos linfóides, embora baseada em números

absolutos pequenos, são consistentes com relatos prévios, que apontam para um prognóstico particularmente desfavorável na CB mieloide, mesmo com o uso de ITKs e quimioterapia intensiva. A sobrevida mediana de 8 meses após a CB está dentro do intervalo descrito em estudos contemporâneos, que situam a SG entre 6 e 12 meses para a maioria dos pacientes. O TCTH permanece a única estratégia potencialmente curativa, mas sua realização depende de múltiplos fatores, incluindo elegibilidade clínica e resposta ao tratamento de indução. A literatura destaca que, mesmo entre pacientes transplantados, o risco de recaída e complicações é elevado, o que contribui para a baixa SG. A LMC em CB permanece uma condição de prognóstico desfavorável, com baixas taxas de remissão completa e sobrevida limitada, apesar dos avanços terapêuticos. A heterogeneidade fenotípica, a resistência ao tratamento e a dificuldade de consolidar a resposta com TCTH são desafios persistentes. O subtipo mieloide está associado a maior mortalidade.

Referência:

Brioli A, Lomaia E, Fabisch C, Sacha T, Klamova H, Morozova E, et al. Management and outcome of patients with chronic myeloid leukemia in blast phase in the tyrosine kinase inhibitor era—analysis of the European LeukemiaNet Blast Phase Registry. *Leukemia*. 2024;38(5):1072–80. doi:10.1038/s41375-024-02204-y.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104433>

ID - 1029

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA RESISTENTE AO IMATINIBE POR MUTAÇÃO E233V E RESPOSTA AO DASATINIBE

BL de Godoy, BV Monteiro, LKP Borba, PS Kawasoko, JNB de Souza, JR Assis, AFC Vecina, MA Gonçalves, SRM de Mello, MG Cliquet

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), SECONCI-SP, Sorocaba, SP, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma neoplasia mieloproliferativa associada à translocação t(9;22)(q34;q11), que origina o cromossomo Filadélfia e o oncogene BCR-ABL, cuja quinase promove proliferação celular descontrolada. Representa cerca de 15% das leucemias em adultos, com incidência de 1-2 casos por 100.000 adultos/ano. O quadro clínico pode incluir fadiga, perda de peso, sudorese noturna, febre baixa e esplenomegalia. Outras manifestações incluem alterações hematológicas (leucocitose, trombocitose, anemia) e manifestações hemorrágicas. O diagnóstico de LMC envolve hemograma, cariótipo e confirmação molecular do BCR-ABL. O tratamento baseia-se no uso de inibidores de tirosina quinase (ITKs), com ajuste conforme resposta e perfil mutacional. **Objetivo:** Relatar um caso de LMC resistente ao imatinibe por mutação do domínio quinase ABL (E233V) com resposta terapêutica ao dasatinibe. **Descrição do caso:** L.R.V., 45 anos, masculino, quadro de dor no flanco esquerdo e perda ponderal de 6 kg em agosto/2022. Ao exame, notou-se esplenomegalia. BCR/ABL detectado em 53,01% dos transcritos. Iniciou