

ELTS baixo risco; transcrito BCR::ABL1 b2a2. Cariótipo sem metáfases para análise. Fez uso de hidroxiureia por uma semana e posteriormente imatinibe (IM) 400 mg/dia. Após três meses, apresentou falha ao IM, sendo realizado troca para nilotinibe (NILO) (400 mg duas vezes ao dia). Após três meses, houve queda dos transcritos BCR::ABL1 para 12,81%. Apresentou neutropenia e plaquetopenia grau 3 transitória. Cinco meses após o início do NILO, apresentou baixa acuidade visual súbita em olho direito (OD) sendo encaminhado para avaliação oftalmológica. Fundoscopia e retinografia evidenciaram borramento das margens do disco óptico e hemorragia peripapilar em chama de vela, achados sugestivos NOIA-NA. TC de órbitas não identificou sinais de compressão ou infiltração do nervo óptico. A avaliação líquórica foi negativa para células neoplásicas. A dose de NILO foi reduzida para 400 mg/dia até disponibilidade de asciminibe. O paciente faz uso de asciminibe 80 mg ao dia desde abril de 2023, sem novos déficits visuais. Obteve resposta citogenética e resposta molecular MR4.5. **Conclusão:** Este relato destaca um evento adverso raro, de NOIA-NA, com possível relação com o uso do NILO. A NOIA-NA costuma ocorrer em pacientes com risco cardiovascular, como HAS, DM, dislipidemia, tabagismo e apneia obstrutiva do sono ou anemia grave. A maioria dos casos é considerada idiopática. No presente relato, nenhuma das situações estava presente. Na literatura há descrição de dois casos, um na vigência de IMA e outro com dasatinibe. IMA e NILO têm metabolismo hepático via CYP3A4, podendo ter sua eficácia comprometida por interações medicamentosas, como rifampicina, potente indutora dessa enzima, que pode reduzir a biodisponibilidade do IM e NILO, contribuindo para a resistência. Em contrapartida, a isoniazida pode aumentar o nível sérico do NILO, contribuindo para aumento da toxicidade. Houve uso concomitante do NILO, R e I por um mês e o quadro da NOIA ocorreu após a suspensão do esquema para tuberculose, somente na vigência do NILO, o que favorece a hipótese de ter sido secundária ao TKI. A recorrência de NOIA-NA no mesmo olho é um evento extremamente raro, mesmo se os fatores de risco não forem resolvidos. No olho contralateral, pode ocorrer em 15% a 24% nos 5 anos subsequentes. O paciente teve boa evolução após a suspensão da medicação e atualmente apresenta resposta molecular profunda com o uso de asciminibe. Em relação à LMC, ressalta-se a importância das interações medicamentosas, que podem afetar a resposta terapêutica e o monitoramento dos eventos adversos que podem levar a interrupções temporárias ou definitivas do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104447>

ID - 2832

PERFIL CLÍNICO E RESULTADOS PRELIMINARES DO USO DE MOMELOTINIBE EM PACIENTES COM MIELOFIBROSE NA UNIFESP

LC Vassalli, AF Sandes

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A mielofibrose (MF) é uma neoplasia mieloproliferativa crônica caracterizada por citopenias, esplenomegalia

e sintomas constitucionais, frequentemente associada a mutações em JAK2, CALR ou MPL. O momelotinibe, inibidor de JAK1, JAK2 e ACVR1, apresenta potencial benefício para controle de sintomas, redução da esplenomegalia e melhora da anemia, incluindo diminuição da dependência transfusional. Embora os ensaios clínicos tenham demonstrado benefícios, dados do mundo real, especialmente na América Latina, ainda são limitados. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico e os desfechos iniciais do tratamento com momelotinibe em pacientes com MF de risco intermediário-2 ou alto risco tratados na UNIFESP por meio de um programa de acesso expandido. **Material e métodos:** Estudo prospectivo e observacional realizado no Ambulatório de Neoplasias Mieloproliferativas da UNIFESP. Foram incluídos pacientes com MF de risco intermediário-2 ou alto risco pelo DIPSS-Plus e hemoglobina inferior a 10 g/dL, sem uso prévio de inibidores de JAK2. Todos receberam momelotinibe (200 mg/dia) via programa de acesso expandido da GSK. Foram avaliados dados demográficos, perfil mutacional, resposta hematológica (aumento ≥ 1 g/dL de hemoglobina e/ou redução da dependência transfusional) e eventos adversos. O acompanhamento médio foi de 4 meses. **Resultados:** Foram incluídos 10 pacientes, todos do sexo masculino, com idade média de 76,4 anos (64–86). Oito apresentavam MF primária e dois MF pós-trombocitemia essencial. A mutação JAK2 foi identificada em 60%, CALR em 20% e 20% eram triplo-negativos. Em relação à variação de hemoglobina (Hb), após 4 meses de tratamento, 44% apresentaram aumento igual ou superior a 1 g/dL. Entre os quatro pacientes inicialmente dependentes de transfusão, dois tornaram-se independentes e dois mantiveram dependência, mas com redução na frequência transfusional. Eventos adversos grau 1–2 incluíram tontura (n=1), diarreia transitória (n=1) e epigastria (n=1). Dois pacientes apresentaram eventos grau 3 (neutropenia e plaquetopenia), com resolução após redução da dose para 150 mg/dia. Três pacientes foram a óbito durante o seguimento: evolução para leucemia mieloide aguda após quatro meses de tratamento (n=1), neurocriptococose após 45 dias de tratamento (n=1) e choque séptico de foco pulmonar após dois meses de tratamento (n=1). Todos apresentavam comorbidades relevantes. **Discussão e conclusão:** Em cenário de vida real, o momelotinibe demonstrou benefício hematológico precoce, com aumento dos níveis de hemoglobina e redução da carga transfusional em pacientes idosos e de alto risco. O perfil de segurança foi compatível com a literatura, embora eventos graves e óbitos tenham ocorrido em pacientes com doença avançada e comorbidades graves. O seguimento prolongado será necessário para avaliar a durabilidade da resposta e a segurança em longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104448>

ID - 928

PERFIL DO TESTE DE DETECÇÃO QUANTITATIVA BCR-ABL E SUA CORRELAÇÃO COM OS RESULTADOS DO CARIÓTIPO EM BANDA G EM UM LABORATÓRIO DE GRANDE PORTE

PY Nishimura^a, KT Igari^a, FHMMd Oliveira^a,
AAGd Silva^a, LMR Janini^b, CAMd Aschoff^a