

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