

245

### CARDIOTOXICIDADE AGUDA GRAVE POR ANTRACICLINA NA INDUÇÃO DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA



M.R. Costa<sup>a,b</sup>, H.M. Oliveira<sup>a</sup>, A.L.C. Rodrigues<sup>a</sup>, T.F.L. Fonseca<sup>a</sup>, I.G. Nobre<sup>a</sup>, R.E.O. Guimarães<sup>a,b</sup>, I.O. Dias<sup>a,b</sup>, M.A. Carneiro<sup>a,b</sup>, F.S.D. Santos<sup>a</sup>, G.V.C. Freire<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>b</sup> Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Paciente masculino, 55 anos, hipertenso, apresentou astenia, sangramento gengival e petéquias, sem febre. Pancitopenia (hemoglobina 8,3/leucócitos global 1.080/neutrófilos 151/plaquetas 16.000). Mielograma: 48% de promielócitos atípicos e bastonetes de Auer. Imunofenotipagem: 51,2% de blastos mielóides. PML-RARa positivo, BCR-ABL e NPM1 negativos. Cariótipo: 46, XY, t (15;17)(24;q21)[12]/46,XY[8]. Diagnóstico de Leucemia Aguda Promielocítica. Indução com ácido transretinóico (ATRA) 45 mg/m<sup>2</sup>/dia por 30 dias e Idarubicina 12 mg/m<sup>2</sup> D2, D4, D6, D8. Profilaxia para síndrome do ATRA com prednisona 80 mg/dia. Avaliação cardiológica pré-tratamento: troponina I ultrasensível 3,6 ng/mL, NT-pro-BNP 366,6 ng/mL, fração de ejeção do VE (FEVE) 72%, strain longitudinal do VE (SLVE) - 21,6%. ECG mostrava ritmo sinusal, bloqueio completo de ramo direito, bloqueio da divisão anterossuperior esquerda, QRS alargado (130 ms) e intervalo QT corrigido (iQTc) normal (448 ms). No D15 da indução, paciente intercorreu com flutter atrial 2:1 (frequência ventricular 136 bpm), sendo realizada cardioversão elétrica com retorno ao ritmo sinusal; iniciada amiodarona 200 mg TID; realizado ecocardiograma (ECO) transesofágico na ocasião, com FEVE 60%, sem trombos ou novas alterações. No D17, apresentou taquidispnéia súbita, ortopnéia, esforço respiratório, escarro róseo, e crepitações pulmonares difusas. Novo ECO mostrou FEVE 26%, hipocinesia difusa grave e insuficiência mitral importante; NT-pro-BNP 9.366 ng/mL; troponina 1.802 ng/mL. Diagnóstico de insuficiência cardíaca aguda por cardiotoxicidade. Manejo inicial com VNI intermitente, dobutamina e diuréticos; iniciados posteriormente captopril, espirolactona e carvedilol. Evoluiu com melhora clínica, porém recorreu com flutter atrial, mantendo FC alta (130-140 bpm) em uso de amiodarona; anticoagulado com edoxabana. Mielograma pós indução com remissão medular completa. Proposto regime de consolidação com ATRA 50 mg VO BID (15 dias, 7 blocos) e trióxido de arsênio (ATO) 15 mg EV MID (5 dias por semana por 4 semanas, 4 blocos). Paciente mantendo iQTc alargado (495 ms); reduzida a dose de amiodarona e realizado monitoramento diário do iQTc e de íons durante o uso de ATO. Após 3º bloco de ATRA, realizado estudo eletrofisiológico que confirmou flutter atrial, realizada ablação por radiofrequência com sucesso. Paciente tolerou bem restante do tratamento. Manteve remissão medular e ritmo sinusal. Apresentou melhora gradual da função cardíaca; ECO 3 meses após término da consolidação mostrando FEVE 70% e SLVE - 20,6%. **Discussão:** Cardiotoxicidade aguda secundária à antraciclina caracteriza-se habitualmente por arritmias supraventriculares (ASV) e

disfunção ventricular sistólica. Este caso exemplifica a ocorrência de ASV e documenta a instalação hiperaguda de disfunção ventricular sistólica. 25 a 60% dos pacientes em uso de ATO apresentam iQTc > 500 ms, com incidência de torções de pointes de 2,5%. Recomenda-se monitorar o iQTc e suspender outras drogas que prolongam o iQTc durante o uso de ATO. Flutter atrial com necessidade de amiodarona (que alarga o iQTc) para controle de FC complicou o manejo deste paciente. O cuidado interdisciplinar (hematológico e cardiológico) foi essencial para a conclusão do tratamento oncológico em vigência de cardiotoxicidade grave.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.247>

246

### CASO DE CLIPPERS EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA



M.M. Langhi, J.F. Bombonatti, S.R. Loss, L.M. Carvalho, A.N.R. Abdo, J.O. Bordin, J.P.Z. Filho, O.C.C.G. Baiocchi, P. Bachour, I.M.E.S.A. Granja

Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil

**Relato de caso:** Feminino, 57 anos, diagnosticada em 2017 com Leucemia mieloide aguda de alto risco FLT3+, submetida a transplante alogênico não aparentado em setembro de 2017, atingindo remissão completa. Em janeiro/2019 iniciou quadro agudo de desequilíbrio e leve disartria. Ressonância magnética (RM) descreveu tecido infiltrativo difuso com hipersinal em T2/FLAIR e realce anômalo ao contraste envolvendo os aspectos anterolaterais da ponte, com extensão aos pedúnculos cerebelares médios, de aspecto alongado e mal delimitado, admitindo inicialmente as possibilidades de infiltração pela doença de base (leucemia) e CLIPPERS - Inflamação linfocítica crônica com realce perivascular pontino responsivo a esteróides. Líquor com baixa celularidade e presença de blastos na morfologia, não confirmado por imunofenotipagem (negativa em 3 amostras). Avaliação laboratorial e medular completa mantinham resultados normais. Diante da principal suspeita diagnóstica incorrer sobre recidiva da leucemia exclusiva em SNC, foi iniciado quimioterapia intratecal. Após 3 aplicações não houve melhora clínica e a RM de controle apresentava piora das lesões iniciais, apesar de novo líquido normal. Optado então por início de tratamento empírico com corticóide, pela possibilidade de CLIPPERS. Houve boa evolução clínica com resolução dos sintomas neurológicos e RM indicou regressão progressiva das lesões cerebelares, que não mais realçam pelo contraste. Após terapia prolongada, paciente suspendeu uso de prednisona em janeiro/2020, assintomática e sem sinais de recidiva da leucemia. **Discussão:** CLIPPERS é um distúrbio inflamatório do sistema nervoso central recentemente definido, envolvendo de forma proeminente o tronco cerebral, em especial a ponte. Apresenta uma combinação de sintomas clínicos essencialmente relacionados à patologia do tronco cerebral e imagem característica na RM, com realce de gadolínio pontilhado e curvilíneo 'salpicando' a ponte. Outra característica central é a responsividade clínica e radiológica à imunossupressão baseada em corticóide. Como a