

245

CARDIOTOXICIDADE AGUDA GRAVE POR ANTRACICLINA NA INDUÇÃO DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA



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

^a Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b 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/m²/dia por 30 dias e Idarubicina 12 mg/m² 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

retirada do tratamento comumente resulta em exacerbação da doença, a terapia imunossupressora de longo prazo parece ser obrigatória para a melhora sustentada. O diagnóstico de CLIPPERS é desafiador e requer a exclusão cuidadosa de diagnósticos alternativos. No caso apresentado, foi fundamental a investigação exaustiva da possibilidade de recidiva leucêmica, enfatizando a importância da imunofenotipagem na identificação de clonalidade celular no líquido. **Conclusão:** Os médicos, em especial radiologistas, devem estar cientes dessa condição e de seus diagnósticos diferenciais, visto que CLIPPERS constitui uma condição tratável e que os pacientes podem se beneficiar da introdução precoce de corticóide seguida de imunossupressão de longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.248>

247

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ACUTE PRESENTATION LEUKEMIA IN THE PEDIATRIC POPULATION CONFIRMED BY FLOW CYTOMETRY FROM A HOSPITAL IN MEDELLIN, COLOMBIA, 2012-2017

G. Coronado-Magalhães^a, L.M. Martínez-Sánchez^a, G.S. Mejía^b, L. López^a, L.F. Álvarez^a, C. Ruiz^a, L.I. Jaramillo^a, J.D. Villegas^a, F. Hernández^a, R.A. Cardona^b

^a Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^b Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

Objective: characterize clinically and epidemiologically pediatric patients diagnosed with leukemia of acute presentation confirmed by flow cytometry from a hospital in Medellín, Colombia between 2012-2017. **Methods:** A retrospective analytical study was carried out, which included pediatric patients diagnosed with acute leukemia confirmed by flow cytometry at a hospital in Medellín. A non-probability sampling of consecutive cases was carried out. The information was secondary, through medical records. The analysis was carried out through the IBM SPSS version 25 program. This work had the ethical approval of the institution. **Results:** 54 pediatric patients were included; Regarding sociodemographic characteristics, it was found that 57.4% (31) were male, 48.1% (26) were <5 years old, 27.8% (15) between 5 and 9 years old and 24.1% (13) were ≥ 10 years old. Regarding the personal history, the main one was the presentation of acute infections with lymphocytosis with 18.5%; 9.3% of the patients had a family history of leukemia. 74.1% presented a diagnosis of lymphoma/lymphoblastic leukemia of B cells. 29.6% of the patients were admitted to the Intensive Care Unit, 59.3% had remission and 22.2% of the population died. **Conclusion:** The pediatric population represents a high percentage of diagnoses of hematologic malignancies, although their diagnosis and management have state-of-the-art technological aids, it's still a disease with high mortality.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.249>

248

DA TURVAÇÃO VISUAL A LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: UM CASO ATÍPICO

P.R.T. Cunha^a, G.L.Q. Felix^a, M.P.R.D. Bezerra^a, E.G.A. Cortez^a, B.K. Gushiken^b, R.A.C. Pereira^a, L.C.S. Junior^c, R.D.A. Soares^a, F.A.A.E.S. Júnior^c

^a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

^b Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

^c Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide aguda (LMA) pode infiltrar quase todos os órgãos do corpo, incluindo linfonodos, baço, fígado, pele, gengivas, sistemas nervoso central e periférico, e coração. A incidência de envolvimento extramedular na LMA não é bem estabelecida, sendo relatados valores entre 2,5% e 30% de todos os casos, variando conforme o sub-tipo. A suspeita diagnóstica de envolvimento extramedular em pacientes com LMA documentada é bastante simples. No entanto, casos com envolvimento extramedular como primeira manifestação clínica frequentemente são difíceis, potencialmente levando a desfechos desfavoráveis em uma lesão possivelmente tratável. Aqui, nós relatamos o caso de uma paciente com múltiplas manifestações extramedulares, inclusive sarcoma granulocítico, sendo feito o diagnóstico apenas após o descolamento bilateral de retina. **Relato do caso:** Mulher, 27 anos, apresentou lesão tumoral endurecida com centro hiperemiado em região frontal à esquerda com 5 cm de extensão 20 meses antes da admissão, que progrediu até 15 cm. Há 12 meses, notou tumorações em mamas e adenomegalias difusas, todos com aspecto endurecido, aderido, com aumento gradual de diâmetro. Procurou serviço médico por perda progressiva da acuidade visual bilateral iniciada há 19 dias em olho esquerdo, acompanhada de estrabismo, exoftalmia e eritema conjuntival; além de perda de peso importante, cefaleia frontal intensa com febre diária, fotofobia, náuseas e vômitos há 15 dias. Ademais, o exame físico mostrou diversas tumorações em nuca, arcada dentária, mama, axila e parede abdominal. Foi internada por descolamento seroso bilateral de retinas, com hipótese de câncer de mama metastático. Hemograma mostrou bicitopenia com 25.550 leucócitos sendo 85% de "linfócitos". Revisão de lâmina confirmou 75% de blastos e imunofenotipagem mostrou CD13 98%, CD33 38%, CD117 98% e CD64 11% com diagnóstico de LMA sem maturação. A citogenética não estava disponível. Análise de líquido cefalorraquidiano revelou 21% de blastos. Biópsia de nódulo mamário e axilar descartou neoplasia primária. Realizado quimioterapia intratecal e de indução com Idarrubicina e associação de Antraciclina com Citarabina. No momento deste relato, encontra-se no segundo ciclo com recuperação quase total da visão, regressão completa do cloroma em região frontal e de demais tumorações, visto em exames de imagem. **Discussão:** O caso acima relata uma paciente que recebeu diagnóstico de LMA através das manifestações extramedulares da doença, normalmente

