

tivas, medidas de tendência central e de dispersão. O método usado para identificar os casos de leucemias foi baseado na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, capítulo II, a partir dos códigos C90 a C95. Foram considerados casos específicos de LLA e LMA aqueles classificados com os códigos C91.0 e C92.0, respectivamente. **Resultados:** Foram registrados 280 casos de LLA e LMA durante o período analisado, o que corresponde a 40,4% de todos os casos de leucemias relatados, sendo 154 (22,2%) casos de LLA e 126 (18,2%) relacionados à LMA. Quanto ao sexo, para os casos de LLA, a maioria correspondia ao sexo masculino (51,3%). Resultado contrário foi observado para LMA, em que a maioria referia-se ao sexo feminino (56,3%). Entre aqueles com LLA, a idade média em que ocorreu o diagnóstico foi de 19,4 anos (DP = 21,3), e em 31,2% dos casos, até os primeiros cinco anos de vida. Entre os acometidos por LMA, a idade média foi de 43,2 anos (DP = 25,4). No que diz respeito à raça/cor, houve predominância em pardos/pretos em ambas as leucemias (48,0% e 54,8% dos casos de LLA e LMA, respectivamente), seguidos de brancos (34,4% e 34,1%, respectivamente). Em relação ao estado civil, ambos tiveram prevalência em solteiros, com 31,4% dos casos. Contudo, 47,1% dos casos não possuíam essa informação, acontecendo o mesmo com 70,4% no que tange ao grau de instrução. Os anos de maior incidência para os casos de LLA foram 2003 com 14,9% e 2013 com 9,1% dos afetados, enquanto que para os casos de LMA, tal variável se deu em 2015 com 15,3% e em 2008, com 10,3% dos casos. **Discussão:** Segundo a Sociedade Americana de Câncer, cerca de 30% dos casos de leucemias correspondem a LMA, enquanto 10% são LLA, ambos com incidências ligeiramente maiores no sexo masculino do que no sexo feminino. Percebe-se, portanto, que a incidência de casos de LMA durante os anos 2000-2016 em Cuiabá e Várzea Grande apresentou-se abaixo da esperada, assim como a idade média ao diagnóstico. Além disso, houve maior incidência de casos de LMA em indivíduos do sexo feminino comparado ao sexo masculino. Para os casos de LLA, nota-se incidência maior que a média americana, mas com a manutenção de maior número de casos relatados na primeira infância. **Conclusão:** A identificação da ocorrência de Leucemia Linfoblástica Aguda e Leucemia Mieloide Aguda e a caracterização do perfil das populações acometidas auxiliam a identificação precoce e a proposição de medidas para o manejo e o tratamento dos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.264>

263

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA LEUCOSE AGUDA, DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA: RELATO DE CASO

M.R. Costa, R.E.O. Guimarães, N.D.P.Y. Caro, I.O. Dias, M.A. Carneiro, F.S.D. Santos, G.V.C. Freire

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Homem de 72 anos, atendido em outubro/2019 na urgência do Hospital Felício Rocho de Belo Horizonte com quadro de síndrome coronariana aguda (SCA) sem supra-ST. Revisão

laboratorial evidenciou troponina positiva, hiperleucocitose (GL 106.700/mm³, 72% blastos), anemia (Hb 10,4 g/dL) e plaquetopenia (13.000/mm³). Aventura hipótese de IAM tipo 2 secundário a leucostase. Transferido à UTI, onde foi submetido a estudo medular: Mielograma com MO acentuadamente hiper celular, infiltrada por 76,5% de blastos mielóides grandes, citoplasma moderado, basofílico com grânulos, núcleo arredondado e raros bastonetes de Auer. Imunofenotipagem detectou 33,8% de blastos mielóides, compatível com Leucemia Mieloide Aguda. Cariótipo de medula 46, XY. Biópsia de Medula óssea com achados compatíveis com quadro leucêmico agudo (hiper celular 90%, celularidade imatura/blástica 40%). Análise citogenética- FLT3 não mutado, BCR-ABL negativo, NPM1 negativo. Não foi possível realizar cineangiogramografia no primeiro momento devido severa plaquetopenia, sendo optado iniciar tratamento quimioterápico com o agente hipometilante, Azacitidina. Apresentou congestão sistêmica e pulmonar após o primeiro ciclo de QT, decorrente de cardiotoxicidade, ecocardiograma transtorácico antes da QT com fração de ejeção 56% e após QT 45% associado a piora do Strain (-25,5% para -18,2%). Otimizado tratamento para insuficiência cardíaca com melhora clínica global, normalização da FE (65%) e do Strain (-21,2%). No segundo ciclo foi associado ao hipometilante o inibidor de BCL-2, Venetoclax, sem intercorrências e com boa tolerância. Posteriormente realizou AngioTC de coronárias, que evidenciou lesão não calcificada em 1/3 proximal de artéria descendente anterior (DA), com obstrução grave. Cateterismo revelou DA com obstrução luminal grave (80%) em terço proximal e obstrução luminal moderada (50%) em terço médio. Submetido em fevereiro/2020 a angioplastia com implante de stent farmacológico na DA com bom resultado angiográfico final. Estudo medular de controle em junho/2020, evidenciou medula normocelular. Realizou total de 04 ciclos de azacitidina e está em uso contínuo de venetoclax até o momento. Segue em assistência com equipes de Hematologia e Cardiologia. **Discussão:** Nas leucemias agudas nem sempre os sintomas iniciais serão clássicos como fadiga, anemia, infecções ou sangramentos. Nesse caso o diagnóstico de leucemia mielóide aguda foi com manifestação inicial de síndrome coronariana aguda secundário a leucostase, que se caracteriza por contagem extremamente elevada de células blásticas e sintomas de perfusão tecidual diminuída. De acordo com a 4ª definição universal de infarto, o IAM tipo 2 ocorre no contexto de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio para o miocárdio e, pode ocorrer na presença de doença coronariana aterosclerótica subjacente, como foi evidenciando nesse paciente. Nas leucemias agudas, sobretudo no subtipo mielóide, deve-se considerar maior risco coronário, pois além da hiperleucocitose, os blastos mielóides apresentam morfologia de tamanho elevado, demandando maior volume intra-luminal. Evidências sugerem que apresentações leucostáticas, como IAM, pode ocorrer na LMA com hiperleucocitose extrema, particularmente se houver aterosclerose preexistente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.265>

