



CAMPINAS - SP
08 A 11
DE OUTUBRO
2021



16º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
CLÍNICA MÉDICA 2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E VIRTUAL

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência

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

Figueiredo EG¹, Santos AFAE², Costa MR³

¹ Autora e médica residente de Clínica Médica do Hospital Mater Dei;

² Co-autora e médica residente de Clínica Médica do Hospital Mater Dei

³ Co-autora e médica preceptora de Clínica Médica do Hospital Mater Dei

Introdução

Uma forma atípica, porém não tão rara de sintomas iniciais de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) secundária à leucostase. Os pacientes que não apresentam alteração no seguimento ST no eletrocardiograma (ECG) mas que apresentam sintomas e alterações laboratoriais compatíveis com SCA representam no grupo das síndromes coronarianas agudas sem supradesnívelamento do segmento ST (SCASSST). A SCASSST acontece em um contexto de desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio para o miocárdio e pode ocorrer na presença de doença coronariana aterosclerótica subjacente.

Objetivos

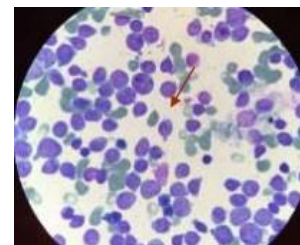
O objetivo desse estudo é exemplificar a investigação e o diagnóstico de SCASSST secundário a leucemia mieloide aguda com leucostase.

Descrição do caso

Homem, 72 anos, atendido em outubro/2019 em um Pronto Socorro em Belo Horizonte/MG, com quadro de SCASSST. Revisão laboratorial evidenciou troponina positiva, hiperleucocitose (GL 106.700/mm³, 72% blastos), anemia (Hb 10,4g/dl) e plaquetopenia (13.000/mm³). Aventada hipótese de SCASSST secundária à leucostase. Transferido à UTI, onde foi submetido a estudo medular: mielograma com medula óssea acentuadamente hiperclular, 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 LMA. Cariótipo de medula 46, XY. Biópsia de Medula óssea com achados compatíveis com quadro leucêmico agudo (hiperclular 90%, celularidade imatura/blástica 40%). Análise citogenética- FLT3 não mutado, BCR-ABL negativo, NPM1 negativo. Não foi possível realizar cineangiogramia 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 quimioterapia (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 angiotomografia de coronárias, que evidenciou lesão não calcificada em 1/3 proximal de artéria descendente anterior (DA), ocasionando 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 (remissão). Realizou 04 ciclos de Azacitidina e está em uso contínuo de Venetoclax até o momento. Segue em assistência ambulatorial com equipes de Hematologia e Cardiologia.

Foto: medula óssea infiltrada por blastos mielóides. Seta evidenciando blasto com Bastonete de Auer.
Fonte: arquivo pessoal.



Conclusões

Nas LMAs nem sempre os sintomas iniciais serão clássicos como fadiga, anemia, infecções ou sangramentos. Nesse caso o diagnóstico de LMA foi com manifestação inicial de SCA secundário a leucostase, que se caracteriza por contagem extremamente elevada de células blásticas e sintomas de perfusão tecidual diminuída. 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 SCA, pode ocorrer na LMA com hiperleucocitose extrema, particularmente se houver aterosclerose preexistente.

Referências Bibliográficas

1. Yulanka Castro-Dominguez, Kumar Dharmarajan and Robert L McNamara, Predicting Death after Acute Myocardial Infarction, Trends in Cardiovascular Medicine, <http://dx.doi.org/10.1016/j.tcm.2017.07.011>.
2. Geoffrey T. Jao, MD Mary Ann Knovich, MD Rodney W. Savage, MD, FACC David C. Sane, MD, FACP. ST-Elevation Myocardial Infarction and Myelodysplastic Syndrome with Acute Myeloid Leukemia Transformation. 2014 by the Texas Heart Institute, Houston. <http://dx.doi.org/10.14503/THU-12-2905>. Volume 41, Number 2, 2014234.
3. Thomas J. Cahill, MA, MBBS, MRCP; Oni Chowdhury, MBBCh, MRCP; Saul G. Myerson, MBBCh, MD. Myocardial Infarction With Intracardiac Thrombosis as the Presentation of Acute Promyelocytic Leukemia. 2011 American Heart Association, Inc. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.986208



16º CONGRESSO BRASILEIRO
DE CLÍNICA MÉDICA 2021

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência
Campinas, SP - 08 a 11 de outubro/2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E ONLINE