

# Abdômen agudo hemorrágico em paciente com leucemia

## *Acute Hemorrhagic Abdomen in patient with leukemia*

Giselle Oliveira Silva<sup>1</sup>, Marco Antônio Marçon<sup>1</sup>, Iure Kalinine Ferraz de Souza<sup>2</sup>, Hugo Correa de Andrade Urbano<sup>3</sup>, Frederico Anselmo<sup>4</sup>, Keyla Chiristy C. Mendes Sampaio Cunha<sup>5</sup>

### RESUMO

O abdômen agudo hemorrágico (AAH) manifesta-se por dor abdominal de início súbito e intensidade moderada, sem sinais de irritação peritoneal e de choque hipovolêmico. Este trabalho relata a evolução do AAH em paciente com leucemia pró-mielocítica aguda (LPMA), subtipo da leucemia mieloide aguda (LMA). Trata-se de paciente feminino, 25 anos de idade, com diagnóstico recente de LPMA, admitida no Hospital Vila da Serra.

**Palavras-chave:** Abdome Agudo; Hemorragia; Leucemia Promielocítica Aguda; Leucemia/ imunologia; Período Pós-Operatório; Infecção.

<sup>1</sup>Acadêmico do 10º período do curso de Medicina da UNIFENAS-BH;  
<sup>2</sup>Endoscopista, Médico do Corpo Clínico do Hospital Vila da Serra, Nova Lima, MG e Professor da Faculdade de Medicina da UNIFENAS-BH;  
<sup>3</sup>Coordenador da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Vila da Serra, Nova Lima, MG;  
<sup>4</sup>Intensivista, Médico do Corpo Clínico do Hospital Vila da Serra, Nova Lima, MG;  
<sup>5</sup>Mestre, médica, professora do curso de Medicina da UNIFENAS-BH.

### ABSTRACT

*Acute Hemorrhagic Abdomen (AHA) appears with a sudden abdominal pain, with moderate intensity, without symptoms of peritoneal irritation and/or hypovolemic shock. Acute Promyelocytic Leukemia (APL) is a subtype of Acute Myeloid Leukemia (AML). Here we describe a case of a 25 years old female patient with AHA and APL. The patient was recently diagnosed with APL, and was admitted to the Vila da Serra Hospital with AHA.*

*Key words: Abdomen, Acute; Hemorrhage; Leukemia, Promyelocytic, Acute; Leukemia/ immunology; Postoperative Period; Infection.*

## INTRODUÇÃO

O abdômen agudo (AA) associa-se à dor abdominal súbita, de evolução aguda, que requer diagnóstico urgente e tratamento geralmente cirúrgico. O abdômen agudo hemorrágico (AAH) manifesta-se, habitualmente, com dor abdominal de início recente, de intensidade moderada, sem sinais de irritação peritoneal e presença de choque hipovolêmico, diretamente proporcionais à intensidade do sangramento.<sup>1</sup>

A leucemia pró-mielocítica aguda (LPMA) constitui-se em subtipo da leucemia mieloide aguda (LMA). Representa 5 a 8% dos casos de LMA em adultos. É caracterizada, algumas vezes, pela translocação cromossômica, que envolve o gene receptor alfa do ácido retinoico no cromossomo 17 (*RARα*). Como ocorre redução das três séries sanguíneas, manifesta-se frequentemente com anemia, risco aumentado de sangramentos e infecções.<sup>2</sup>

*Instituição:*  
Hospital Vila da Serra, Nova Lima, MG

*Endereço para correspondência:*  
Giselle Oliveira Silva  
Rua dos Aimorés, 2631 – apto 1102 -  
Bairro: Santo Agostinho  
Belo Horizonte, MG - Brasil  
CEP: 30.140-072  
Email: belinha-luz@hotmail.com

## OBJETIVO

Apresentar a descrição clínica de AAH em paciente com LPMA e discutir as suas possíveis complicações pós-operatórias.

## METODOLOGIA

Os dados foram coletados a partir dos registros da internação. A discussão foi realizada à luz de revisão da literatura, com ênfase nas possíveis complicações pós-operatórias relacionadas a AAH e leucemia.

## RELATO DE CASO

LFAR, 25 anos de idade, feminino, admitida no Pronto-Atendimento do Hospital Vila da Serra com AAH, com diagnóstico recente de LPMA. Foi submetida à laparotomia de urgência logo após sua internação, que identificou cisto ovariano roto e bridas. O pós-operatório imediato foi realizado no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), com pancitopenia e neutropenia febril. Recebeu antibioticoterapia constituída por linezolida, cefepime, ácido transretinoico (ATRA) e transfusão de concentrado de hemácias, de plaquetas (ambos deleucotizados) e de plasma fresco. Evoluiu com queda nos níveis hematimétricos, radiografia de tórax com extenso derrame pleural à direita e lesões alveolares bilaterais (Figura 1). O exame ultrassonográfico afastou a possibilidade de hemotórax e confirmou a síndrome ATRA. A terapêutica foi ainda constituída por quimioterapia, diurético e corticoide (Figura 2). Recebeu alta do CTI após o 30º dia de internação hospitalar. Permaneceu por 10 dias em regime de internação em cuidado intermediário. Retornou ao CTI devido ao desenvolvimento de febre, palidez cutâneo-mucosa (+2/+4), dispneia, taquicardia, sem edema, jugulares planas, lesões em cavidade oral compatíveis com mucosite, herpes e candidíase. Iniciou o uso de fluconazol e aciclovir. Recebeu alta após 60 dias de internação, em bom estado geral.

## DISCUSSÃO

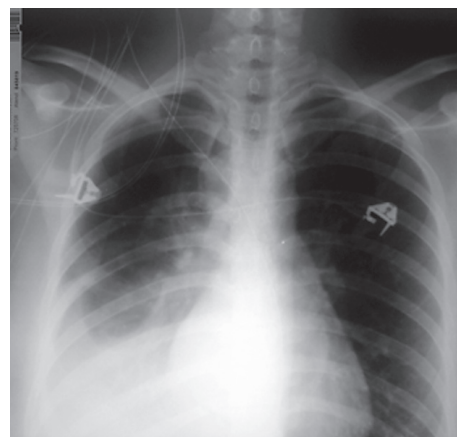
A LPMA reduz a produção de células sanguíneas normais, mas seus níveis são reduzidos ainda mais pelos efeitos colaterais da quimioterapia. A intensidade da quimioterapia necessária para destruir as células

leucêmicas que resulte na remissão da doença promove redução na produção de hemácias, leucócitos (neutrófilos e monócitos) e plaquetas. A quimioterapia associa-se a risco aumentado de sangramento devido à plaquetopenia; e de infecção devido à neutropenia. O risco dessa complicação está presente em paciente submetido à cirurgia, entretanto, nos leucêmicos esse risco é mais alto e devem ser tomados cuidados mais específicos. As transfusões de plaquetas e de hemácias são utilizadas como medidas de suporte ao tratamento. A antibioticoterapia é usada quando surgem os primeiros sinais de febre em neutropênicos, mesmo sem a localização da infecção.



**Figura 1** - Radiografia de tórax com extenso derrame pleural à direita e infiltrado alveolar bilateral. Início da síndrome atra-símile.

Fonte: SAME Hospital Vila da Serra (publicação autorizada pela paciente).



**Figura 2** - Radiografia de tórax com melhora do quadro de síndrome atra-símile após suspensão do ácido transretinoico e início de dexametasona.

Fonte: SAME Hospital Vila da Serra (publicação autorizada pela paciente).

O aumento da temperatura e os calafrios podem ser os primeiros sinais de infecção em paciente com nível muito baixo de leucócitos no sangue. Podem também ser sinais de infecção: tosse, dor e vermelhidão orofaríngea, alterações urinárias ou diarreia. Todo esforço deve ser feito para reduzir o risco de infecção a partir da lavagem rigorosa das mãos dos visitantes e da equipe médica e pelo cuidado meticuloso dos locais de inserção do cateter. É importante a prevenção de infecção na cavidade oral, principalmente na área das gengivas, local de acúmulo de bactérias.

A terapia da LPMA é baseada no uso do ácido transretinoico (ATRA), agente que induz, na maioria dos pacientes, a diferenciação molecular. O ácido all-transretinoico, derivado da vitamina A, é administrado com a quimioterapia. O ácido retinoico pode promover o desenvolvimento de células maduras. Ele diminui significativamente a concentração de células blásticas leucêmicas na medula, levando frequentemente à remissão. Para que a remissão seja duradoura, a quimioterapia deve ser associada ao tratamento<sup>3</sup>.

Os efeitos colaterais do ATRA são denominados síndrome do “atra-símile”, que consiste em febre, edema de membros, pericardite, edema pulmonar e derrame pleural, podendo causar insuficiência respiratória e pseudotumor com dor de cabeça aguda e vômitos. O tratamento da síndrome do ácido transretinoico centra-se na descontinuidade da medicação e no início da terapia com dexametasona.

## CONCLUSÃO

As possíveis complicações pós-operatórias em paciente leucêmico são significativamente mais graves e frequentes, em comparação com aquelas em pacientes não leucêmicos.

Este fato ocorre devido à quimioterapia, ao uso de corticoide e à presença da própria LPMA, que debilita a imunidade do paciente e diminui sua produção de células sanguíneas. Consequentemente, verifica-se mais susceptibilidade às complicações infecciosas e hemorrágicas, com aumento de morbidade e letalidade pós-operatórias.

## REFERÊNCIAS

1. Consensos do XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia; 2005, Rio de Janeiro. Algoritmo no diagnóstico do abdome agudo. Bol CBC. 2006; (ed esp):40-3.
2. Estey E, Dohner H. Acute myeloid leukaemia. *Lancet*. 2006; 368(9550):1894-907.
3. Cortes JE, Kantarjian H, O'Brien S, Robertson LE, Koller C, Hirsh-Ginsberg C, et al. All-trans retinoic acid followed by chemotherapy for salvage of refractory or relapsed acute promyelocytic leukemia. *Cancer*. 1994; 73(12):2946-52.
4. Wilcox MC. Apendicite, diverticulite e outros distúrbios inflamatórios intestinais. In: Cecil R, Goldman L, Ausiello D. Tratado de Medicina Interna. 22ª ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier; 2005. p. 1005-7.