

# Sintomas inespecíficos no diagnóstico de leucemia na infância

## *Vague symptoms in leukemia diagnosis in childhood*

Ana Carolina Cunha Garcez<sup>1</sup>, Bernardo Magalhães Espíndola<sup>1</sup>, Maria Elvira Anastásia<sup>1</sup>, Mariana Ferreira Colares<sup>1</sup>, Marília de Souza Vilela<sup>1</sup>, Nathália Vianna Santos<sup>1</sup>, Nazareno Antonio Alves da Costa<sup>1</sup>, Yves Cabral de Almeida Alves dos Reis<sup>1</sup>, Mariza Leitão Valadares Roquete<sup>2</sup>

### RESUMO

As manifestações clínicas de extenso número de doenças, sejam benignas, de curso auto-limitado, ou malignas, podem ser caracterizadas por sintomatologia inespecífica, como: febre, cefaleia e fadiga. Essas manifestações requerem atenção acurada para serem surpreendidas e valorizadas para que o diagnóstico da doença que expressam seja feito precocemente. A leucemia mieloblástica aguda (LMA) também pode se apresentar com sintomatologia inespecífica, exigindo diagnóstico com base na anamnese e exame físico minuciosos. Os principais exames complementares são o hemograma e o mielograma. Este caso descrito ilustra a maneira como o paciente com LMA se apresentou ao Pronto Atendimento e como sua condução foi realizada pela equipe de saúde que o atendeu.

**Palavras-chave:** Leucemia/diagnóstico; Leucemia Mielóide Aguda; Sintomas Gerais; Criança.

<sup>1</sup> Acadêmicos do décimo período, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais;  
<sup>2</sup> Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

### ABSTRACT

*Vague signs and symptoms as fever, headache and fatigue compose the clinical presentation of an extensive number of diseases, from the benign ones, with a self-limited course, to the severe ones. Thus, a proper medical attention is indispensable for early diagnosis of the affections that begins with vague signs and symptoms. The inespecific clinical manifestations also permeates the diagnosis of acute myeloblastic leukemia - AML, whose diagnosis is based on history taking and physical examination. The hemogram and the myelogram are the major exams complementaires. The clinical case described in this article illustrates how the patient with AML has presented himself to the emergency care and the conduction to the case proportionated by the health team that attended him.*

**Key words:** *Leukemia/diagnosis; Leukemia, Myeloid, Acute; Symptoms, General; Child.*

## INTRODUÇÃO

O câncer é doença rara na infância. Os tipos mais comuns de câncer infantil, no Brasil, são as leucemias (29,0%), os linfomas (15,5%), e os tumores do sistema nervoso central (13,4%) (Instituto Nacional do Câncer, Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica).<sup>1</sup>

O câncer é, no Brasil, a segunda maior causa de morte em crianças e adolescentes, superado pelas causas externas, como acidentes e violência. A sobrevida dos pacientes com neoplasia maligna depende, dentre outros fatores, da rapidez do

*Instituição:*  
Faculdade de Medicina da UFMG

*Endereço para correspondência:*  
Avenida Professor Alfredo Balena 190, Santa Efigênia.  
Cep: 30130-100  
E-mail: marycolares@hotmail.com

diagnóstico. O câncer na infância apresenta-se com sintomatologia inespecífica: febre, massa abdominal, linfadenomegalia, cefaleia e dor óssea, que mimetizam outras doenças.<sup>1</sup> Não é raro o ortopedista ou o reumatologista serem os primeiros a avaliar pacientes nessas condições.

O caso a ser descrito refere-se a uma criança atendida no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (PA/HC/UFMG) apresentando febre, cefaleia e astenia. Seu diagnóstico definitivo foi LMA.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 12 anos de idade, com história pregressa de asma brônquica, procurou atendimento médico no Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) porque apresentava há duas semanas febre, cefaleia, e tonteira. Seus exames laboratoriais revelaram: Hb: 3,4g/dL; Ht: 9,8%; plaquetas: 16.000/mm<sup>3</sup>; leucócitos: 12.700/mm<sup>3</sup> (84% de blastos). Recebeu transfusão de concentrado de hemácias e de plaquetas. O hemograma e o coagulograma mostraram 24 horas após: Hb: 5,33g/dL; Ht: 15%; plaquetas: 85.000/mm<sup>3</sup>; Atividade de Protrombina (AP): 61,4%; Tempo de Protrombina (TP): 15,7s; Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPa): 41,5 s (controle: 26 s); reticulócitos: 0,8%. A bioquímica sérica e a radiografia simples do tórax eram normais. Recebeu outro concentrado de hemácias e de plaquetas e, 24 horas depois, foi transferido para o HC/UFMG para prope-dêutica e tratamento de leucemia.

Foi admitido afebril, hipocorado, com tosse seca persistente, sem linfadenomegalias, dados vitais normais; sibilos expiratórios à ausculta torácica, fígado a três cm do rebordo costal direito e baço a 3,5 cm do rebordo costal esquerdo. Foi realizada micronebulização com  $\beta_2$  agonista, com melhora da tosse. Também foram iniciados mebendazol, tiabendazol, alopurinol e hiperhidratação como preparação para quimioterapia. Foi submetido, 24 horas após a sua internação no HC/UFMG, a outro hemograma, que revelou: Hb:6,4g/dL; Ht:18,1%; plaquetas: 72.000/mm<sup>3</sup>; leucócitos: 12.630/mm<sup>3</sup> (63% de blastos); AP: 65%; TP: 15,4s; TTPa: 44 s (controle: 33 s); ácido úrico: 2,6 mg/dL, LDH: 991U/L. O mielograma, realizado no mesmo dia, diagnosticou LMA tipo M2 (classificação franco-americano-britânica – FAB).<sup>2</sup> O paciente foi internado para tratamento hospitalar.

## DISCUSSÃO

A LMA é doença caracterizada pela proliferação clonal e maturação aberrante de um dos precursores hematopoiéticos da linhagem mieloide. Nos países ocidentais, ocorrem cerca de cinco a seis casos em um milhão de crianças de até 14 anos. Representa aproximadamente 20% das leucemias na infância. Pode se apresentar de forma insidiosa ou aguda.<sup>1</sup> As manifestações mais expressivas são febre, hemorragia e palidez que refletem a infiltração da medula óssea pelas células leucêmicas, bem como a redução dos progenitores mielóides, eritroides e plaquetários. As infecções secundárias à neutropenia, dores articulares e ósseas, fadiga (às vezes desproporcional ao grau de anemia), hepatoesplenomegalia, envolvimento do sistema nervoso central (SNC), sarcoma granulocítico, infiltrações cutâneas, gengivais e testiculares são outras manifestações dessa afecção.<sup>3</sup>

A febre na criança é dos sinais mais comuns que motivam a busca pelo atendimento primário, sendo a queixa principal em 30% das visitas aos consultórios pediátricos. A causa mais comum de febre é infecciosa e, com frequência, de etiologia viral. Porém, uma febre prolongada, de duração maior que 14 dias, sem causa óbvia, pode e deve ser considerada sinal para malignidade, a despeito de as infecções ainda serem a causa mais comum. Os exames recomendados para avaliar a febre prolongada são hemograma, radiografia de tórax, hemossedimentação, proteína C reativa, e, na suspeita de malignidade, dosagem de ácido úrico e de desidrogenase láctica.<sup>4</sup>

A cefaleia é outra queixa frequente. No Brasil, estudo avaliando 538 estudantes com idade entre 10 e 18 anos, encontrou 82,9% de prevalência de cefaleia. A cefaleia aguda é definida como um evento isolado, sem história prévia semelhante, cujo início data de oito semanas ou menos. Nas cefaleias agudas acompanhadas de febre, deve-se sempre afastar a possibilidade de doenças infecciosas graves – como a meningite e a encefalite. A causa da cefaleia deve ser investigada com base na história clínica pessoal e familiar, no exame físico e, eventualmente, nos exames complementares.<sup>5</sup> Na LMA, pode haver comprometimento do SNC revelado pelo exame do líquido, o que ocorre em 14% dos pacientes, apesar de apenas 5% apresentarem sintomas neurológicos no momento do diagnóstico. No caso descrito, não foi realizada punção líquórica na abordagem inicial. Uma explicação plausível para a cefaleia e a tonteira do paciente seria a hipóxia decorrente da anemia grave.

A pancitopenia pode estar relacionada a algumas infecções e outras condições reumatológicas. Deve ser sempre investigada tendo em vista a possibilidade do diagnóstico de leucemia aguda na infância. Apesar de a leucemia ser o tipo de câncer que mais ocasiona essa anormalidade, quaisquer células tumorais que causam metástase para medula óssea podem provocar citopenia. A biópsia de medula óssea está indicada se blastos ou células atípicas são identificadas no sangue periférico, quando ocorre declínio significativo de duas linhagens celulares periféricas sem razão aparente, ou se uma causa infecciosa não é constatada.<sup>4</sup>

Como os sintomas das neoplasias malignas da criança são vagos em sua fase inicial, é essencial obter uma história extensa do curso da doença. Se houver perda de peso, sensação de empachamento, fadiga, dor óssea, cefaleia, palidez, feridas, dor nas articulações ou extremidades, ou linfadenomegalia, há que considerar a doença maligna no diagnóstico diferencial. O passado médico também é importante, pois uma criança com tumor prévio tem maior chance de desenvolver um segundo episódio. Da mesma maneira, uma história familiar positiva pode ser fator de risco. Algumas síndromes genéticas ou cromossômicas podem predispor uma criança a algum tipo de câncer, tal como ocorre com a síndrome de Down, que pode estar associada à leucemia.<sup>4</sup>

O diagnóstico completo da LMA é feito a partir de um quadro clínico agudo, caracterizado pelos sintomas já descritos, assim como a presença, no hemograma, de alterações na contagem de células sanguíneas e mieloblastos circulantes. A caracteriza-

ção desses blastos é feita pelo exame citológico da medula óssea com base no aspecto morfológico, de citoquímica e técnicas de imunofenotipagem.

## CONCLUSÃO

A relevância do caso relatado advém da necessidade de uma abordagem adequada aos pacientes pediátricos que apresentam sinais e sintomas inespecíficos em um serviço de urgência, já que podem tanto estar relacionados a doenças comuns e benignas quanto a doenças graves. A evolução da doença depende de diversos fatores, tais como a percepção da família aos primeiros indícios apresentados, a demora na procura de serviços médicos e a perspicácia e a sabedoria dos médicos em não subestimar tais sintomas e em suspeitar de doenças como o câncer.

## REFERÊNCIAS

1. Raab CP, Gartner JC. Diagnosis of Childhood Cancer. *Primary Care*. 2009; 36(4):671-84.
2. Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Kasper DL, Jameson JL. *Harrison Medicina Interna*. 17ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2008.
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
4. Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. *Hematologia: Fundamentos e prática*. São Paulo: Atheneu; 2005.
5. Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MV. *Pediatria ambulatorial*. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.