

Localizador
10-046

Leucemia mielóide aguda aleucémica

Caso clínico

Os autores reportam o caso clínico de um doente sexo masculino, de 62 anos, caucasiano, observado por múltiplos nódulos eritematosos de consistência dura, assintomáticos com dimensões



Figura 1a. Presença de nódulos eritematosos de consistência dura, assintomáticos, localizados na face.



Figura 1b. Presença de nódulos de cor violácea, que se tornaram confluentes e evoluíram para tumores.



Figura 1c. Presença de hiperplasia gengival, hemorrágica.

entre 1-3 cm de diâmetro localizados na face e couro cabeludo, com cerca de 1 mês de evolução (Figura 1A). Sem outras alterações no exame objectivo.

Foi internado no Serviço de Dermatologia com as hipóteses clínicas de Linfoma cutâneo, Leucemia cutânea e Metástases cutâneas.

Analicamente, presença de leucocitose sem neutrofilia e ligeira anemia normocítica normocrômica, sem evidência de outras alterações, nomeadamente marcadores tumorais e serologias. O medulograma não mostrou alterações de infiltração por células linfóides.

O exame anátomo-patológico inicial de uma das lesões nodulares da face foi inconclusivo e o estudo imunohistoquímico revelou positividade focal apenas para CD68.

Durante o internamento, que teve a duração de 1 mês, observou-se generalização dos nódulos subcutâneos, que se tornaram confluentes e violáceos e evoluíram para tumores (Figura 1B). Na mucosa oral, aparecimento de hiperplasia gengival associada a hemorragia (Figura 1C).

A tomografia axial computadorizada (TAC) cabeça e pescoço mostrou múltiplas adenopatias látero-cervicais e posteriores, bilaterais, de pequenas dimensões. A TAC toraco-abdomino-pélvica: sem alterações

Analicamente, observou-se agravamento progressivo da anemia com evidência de trombocitopenia. O estudo morfológico do sangue periférico mostrou linfopenia e monocitose, com imunofenotipagem: CD2-85%, CD3- 70%, CD4-53%, CD7-77%, CD19-6%, CD16+56-18%, HLA DR negativo nos linfócitos

A nova biópsia cutânea cujo exame anátomo-patológico mostrou positividade focal infiltração linfóide nodular, densa, de toda a derme, constituída por linfócitos de grandes dimensões e abundante número de mitoses (Figura 2A). O estudo imunohistoquímico foi inconclusivo, com positividade focal apenas para CD68 e CD56 e Ki 67 de 40% (Figura 2B, 2C). Negatividade para CD1a, CD3, CD15, CD20, CD30, CD34, CD117, AE1/AE3, CK7, CK20, AKL, S100 E HMB45.

Efectuou novo medulograma, que revelou celularidade aumentada com invasão de blastos (65% do total) com diagnóstico compatível com Leucemia Mielóide Aguda, subtipo M4.

Não foi efectuado qualquer tratamento por falecimento do doente.

Comentário

A leucemia mielóide aguda (LMA) é uma doença maligna hematológica que



Figura 2a. Infiltração linfóide nodular, densa, de toda a derme, até ao limite inferior do fragmento (H-E).

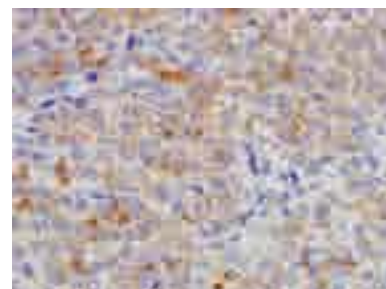


Figura 2b. O índice de proliferação Ki67 foi de 40%.

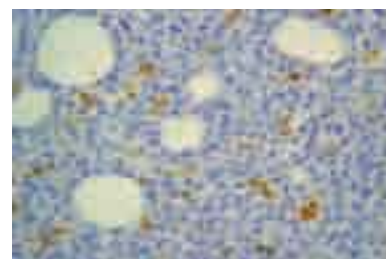


Figura 2c. Positividade focal para CD68.

se caracteriza pela retenção de precursores hematopoiéticos na medula óssea. As manifestações cutâneas são complicações frequentes (20%) deste tipo de patologia[1, 2]. Em 7% dos casos, as lesões cutâneas leucémicas podem preceder ou surgir concomitantemente com o diagnóstico de leucemia sistémica[3, 4]. O diagnóstico é estabelecido com o recurso a análises sanguíneas, estudo morfológico e imunofenotipagem do sangue periférico, biópsia cutânea (exame histopatológico e imunohistoquímico), biópsia de medula óssea e citogenética.

A leucemia mielóide aguda aleucémica é uma manifestação rara de leucemia[1, 4] na qual a infiltração cutânea por células leucémicas precede o aparecimento

de alterações no sangue periférico ou medula óssea.

Na presença de um síndrome mielo-displásico (SMD), a leucemia cutânea pode ser o sinal de transformação para uma leucemia aguda[3]. O prognóstico é reservado e está associado a uma elevada mortalidade: a maioria dos doentes morre poucos meses após o diagnóstico. No caso do nosso doente, as lesões cutâneas precederam em 2 meses as alterações hematológicas.

Por este motivo os autores salientam a importância deste tipo de manifestações cutâneas, de modo a que o diagnóstico e o tratamento possam ser efectuados o mais precocemente possível, mesmo na ausência de manifestações sistémicas.

**R. Alves¹, J. Marote¹, B. Pereira¹,
F. Capelinha², I. Viana³, A. Faria¹**

¹Serviço de Dermatologia.
Hospital Central do Funchal

²Serviço de Anatomia Patológica.
Hospital Central do Funchal.

³Centro de Dermatologia Médico-Cirúrgica
de Lisboa.

Correspondencia:

Rubina Alves
Serviço de Dermatologia
Hospital Central do Funchal
C/ Estrada Monumental, 364, 3º F
9000-150 Funchal, Madeira, Portugal
e-mail: rubinaalves@gmail.com

Referências bibliográficas

1. DeschJK, SmoUer BR. The spectrum of cutaneous disease in leukemias. *J Cutan Pathol* 1993; 20: 407-10.
2. WP Su, SA Buechner, CY Li. Clinicopathologic correlations in leukemia cutis. *J Am Acad Dermatol* 1984; 11: 121-8.
3. Cibull TL, Thomas AB, O'Malley DP, Billings SD. Myeloid leukemia cutis: a histologic and immunohistochemical review. *J Cutan Pathol* 2008; 35: 180-5.
4. Martínez-Poventud G, Fradera J, Pérez S, Fernández A, Pacheco E, Acabá L, López-Enriquez A, Román-Díaz A, Castro-Montalvo J, Vélez-García E. Aleukemic leukemia cutis preceding acute monocytic leukemia: a case report. *P R Health Sci J* 2008; 27: 256-8.