

# IMITADORES DE PREECLAMPSIA

## – ONCOHEMATOLOGIA Y

## OBSTETRICIA

Esteban Díaz<sup>a</sup>, Juan Sebastián García<sup>b</sup>.

<sup>a</sup> Médico Obstetra. Titular de guardia, Hospital General de Agudos I. Pirovano

<sup>b</sup> Médico Obstetra. Titular de guardia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Reporte de un caso

### RESUMEN

Las coagulopatías son causa de morbilidad severa en Obstetricia. Se presentan como complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo (Preeclampsia grave, HELLP), Hígado Graso del Embarazo o por consumo en hemorragias graves. Entre los imitadores de preeclampsia, las enfermedades oncohematológicas son raras, pero debemos considerarlas dentro del diagnóstico diferencial inicial.

### OBJETIVO

Describir un caso de Leucemia Mieloide Aguda y Embarazo

### INTRODUCCIÓN

Paciente femenina de 34 años, primigesta. Control prenatal precoz, periódico y de buena adherencia a pautas. Diabetes pregestacional (tratada con dieta) e HTA crónica medicada con Labetalol VO. Cursando embarazo de 37 semanas, se presenta a guardia presentando: epigastralgia, TA 150/100, plaquetopenia y aumento de enzimas

*Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2024;9(1):e1-4*

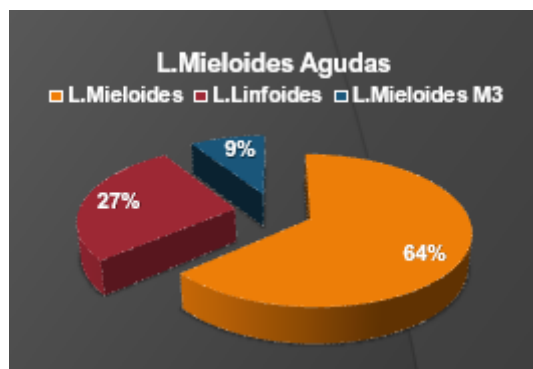
hepáticas. (Laboratorio de ingreso: plaquetas 53.000, TGO 55 TGO 56 Bb total 2.97, Bb directa 2.08). Diagnóstico presuntivo: Síndrome HELLP. Se interna.

## **RESULTADOS**

Se decide realizar Cesárea abdominal de urgencia bajo anestesia general por plaquetopenia severa, naciendo recién nacido vivo sexo masculino, 3160 gr, Apgar 7/8, Capurro 37 semanas. La paciente es trasladada a Internación en UTI, evolucionando con parámetros clínicos y bioquímicos de Coagulación intravascular diseminada (CID) desde primer día postquirúrgico asociada a leucopenia. Por empeoramiento de cuadro clínico y bioquímico (pancitopenia severa), requiere tratamiento de soporte hemodinámico durante 9 días post cesárea continuando internada en UTI. Se realizó punción aspirativa de médula ósea (PAMO) y citometría de flujo, informando como resultado el diagnóstico de Leucemia mieloide aguda (LMA tipo promielocítica M3). En conjunto con equipo de Oncohematología e intensivistas, se inicia terapia con esquema ATRA (ácido todo-trans-retinoico) o tretinoino, evolucionando favorablemente.

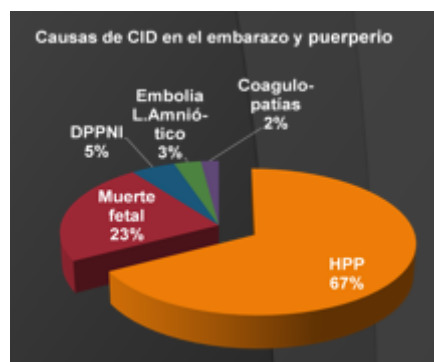
## **DISCUSIÓN**

El diagnóstico de leucemia aguda durante el embarazo es poco frecuente, con una incidencia estimada de 1/100.000 embarazadas, siendo 2/3 de los casos de estirpe mieloide y 1/3 linfoblástica. Ambos tipos predominan en el segundo y tercer trimestre de la gestación.



La Leucemia promielocítica aguda (LMA M3) representa el 10% de todos los casos de leucemia mieloide. Es la de pronóstico más favorable a largo plazo: el 90 % de los pacientes permanece libre de enfermedad. La media de edad al diagnóstico es 47 años, mientras que la media de otras leucemias mieloides es 66 años, por lo que es más probable su aparición en el embarazo que otros subtipos. La incidencia exacta de leucemia promielocítica aguda en embarazadas es desconocida, sin embargo, aproximadamente 50 casos fueron descriptos en la literatura.

Una de sus características distintivas es la aparición de cuadros de coagulación intravascular diseminada (CID), que se presenta en más del 90% de los casos. Esta es la principal causa de muerte en este tipo de leucemias (hasta 10% de los pacientes) y constituye un estado de emergencia hematológica por el riesgo elevado de hemorragias críticas. Esta situación es particularmente grave en pacientes obstétricas.



Debe evaluarse conjuntamente el estado materno, la necesidad de iniciar tratamiento inmediato y la viabilidad fetal priorizando el estado materno. Si los tiempos clínicos y la severidad de la forma de presentación lo permiten, sería promisorio corregir la coagulopatía antes de la finalización del embarazo. Estas conductas están asociadas con riesgo considerable de hemorragia o infección materna severas, peri o postparto con riesgo de vida para la madre.

## **CONCLUSIÓN**

Ante cuadro de CID persistente en pacientes puérperas a pesar del tratamiento adecuado (resolución de la situación clínica desencadenante y sostén hematológico), debemos plantear como diagnóstico diferencial de las coagulopatías propias del embarazo (HELLP; HGAE; PTT) a las enfermedades oncohematológicas. Es fundamental realizar el diagnóstico temprano de LMA de modo de instaurar precozmente el tratamiento; dado que la mortalidad es del 3% en aquellas pacientes diagnosticadas. La causa de muerte habitualmente es hemorragia secundaria a CID antes de iniciar la terapéutica oportuna (frecuentemente por hemorragia cerebral).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Caliguri MA, Mayer RJ. Pregnancy and leukemia. *Seminars in oncology*, 1989;16:388-396.
2. Harrison P, Chipping P, Fothergill PA. Successful use of all-trans retinoic acid in acute promyelocytic leukemia presenting during the first trimester of Pregnancy. *British Journal of Haematology*, 1994;86:681-682.
3. Murrin RJ, ADJETEY V, et al. Acute promyelocytic leukaemia presenting as postpartum Hemorrhage *Clin Lab Haem* 2004;26:233-237
4. Dores GM, Devesa SS, Curtis RE, et al. Acute leukemia incidence and patient survival among children and adults in the United States 2001-2007. *Blood* 2012;119:34-43
5. Morimatsu Y, Matsubara S, Hirose N, Ohkuchi A, Izumi A, Ozaki K, et al. Acute promyelocytic leukemia: an unusual cause showing prolonged disseminated intravascular coagulation after placental abruption. *Arch Gynecol Obstet*. 2008 Mar;277(3):267-70.

6. Catanzarite VA, Ferguson JE. Acute leukaemia and pregnancy: a review of management and outcome. 1972-1982 Obstetrical and Gynaecological Survey, 1984;39:663-678.
7. Sharma S, Pujani M, Tejwan N. iLeucemia promielocítica aguda con una presentación inusual de Hemorragia postparto secundaria. Blood Res 2013;48:292-303.
8. Birada M, Praveen MS. Postpartum diagnosis of AML-M3. A rare case report. JKIMSU Vol. 5, No 3 July-September 2016
9. Massive postpartum hemorrhage in a patient with acute promyelocytic leukemia diagnosed directly before delivery. Takuro Kubo, Takashi Inoue, Tetsuo Ono y cols. 29(1), 21-26, 2016
10. Sanz M.A, Montesinos P, et al. Maternal and fetal outcomes in pregnant women with acute promyelocytic leukemia Ann Hematol, 2015;94:1357-1361
11. Vivek Verma, Smith Giri, Samyak Manandhar, Ranjan Pathak, Vijaya Raj Bhatt. Acute promyelocytic leukemia during pregnancy: a systematic analysis of outcome, Leukemia & Lymphoma, 2016; 57:3, 616-622.