

## CASUÍSTICA

## UN CASO DE LEUCEMIA AGUDA Y EMBARAZO

María Mabel Oviedo de Albiero, María Isabel Mocciano de Hessel

Laboratorio de Anatomía Patológica  
Hospital Materno Provincial - Córdoba.

La incidencia de Leucemia Aguda durante el embarazo es afortunadamente baja; 1/75.000 embarazos; con una sobrevida nula a los siete meses postparto. De una revisión de la literatura surge que 16 casos resultaron en recién nacidos vivos y sanos, 6 de los cuales eran prematuros. 15 casos resultaron en abortos espontáneos, fetos muertos in útero o recién nacidos que sobrevivieron menos de veinticuatro horas. El aborto terapéutico se realizó en 4 casos, 3 de los cuales podrían haber llegado a término sobre la base de la sobrevida materna (1, 2, 7).

21 pacientes recibieron citostáticos, pocos en el primer trimestre, con un solo caso de anomalía cromosómica no atribuible al uso de las drogas citostáticas. En 28 casos la sobrevida materna fue nula a los 7 meses postparto, con mayor incidencia en las primeras 6 semanas. Un caso tuvo una evolución excepcional con sobrevida postdiagnóstico (3). En un caso, Rigby (9) investigó células leucémicas en placenta, sangre de cordón y sangre fetal mediante la inyección de leucocitos marcados con quinacrina como marcador de DNA; encontrándose las mismas en los sitios señalados, pero con menor cantidad en sangre fetal.

En el presente trabajo se describe el caso de una mujer de 35 años de edad; tercigesta secundípara que fue internada en el Hospital Materno Provincial por hemorragia de la primera mitad, embarazo de 17 semanas por amenorrea, feto vivo. Se realizó uteroinhibición con clorhidrato de etilefrina. A los 2 días no se detectan los LCF con Doppler por lo que se realiza ecografía que informa feto muerto de 18

semanas con desprendimiento parcial de placenta. El laboratorio revela anemia; células blásticas en sangre periférica, coagulopatía con trombocitopenia y aumento de PDF.

El tratamiento consistió en inducción y legrado instrumental; antibioticoterapia, aporte de sangre, plaquetas y heparina para corregir la coagulopatía. La paciente evolucionó con progresivo deterioro clínico; fiebre persistente; petequias en región submamaria, abdomen y miembros inferiores, hepatomegalia; dolor en hipocondrio izquierdo; focos infecciosos (coleción en fondo de Saco de Douglas, flebitis) con hemocultivos positivos. La fórmula sanguínea mostró en ese momento: Hb 10 g/dl; leucocitos, 5.000; Hto./34%; plaquetas, 40.000; mieloblastos, 28% y fosfatasa alcalina, 399 mUI/ml.

A los 17 días del ingreso se realizó punción biopsia de médula ósea que diagnosticó Leucemia Mieloide Aguda. Fue trasladada a un hospital general donde se repitió el medulograma, que informó médula infiltrada con 90% de elementos blásticos, correspondiendo a una Leucemia Mieloblástica Aguda sin maduración. Se indicó tratamiento con corticoides anabólicos, para mejorar el estado general de la paciente y poder iniciar el tratamiento específico. Muere 7 días después por sepsis.

**Anatomía Patológica:** Material constituido por torta placentaria que mide 11 x 9 x 3 cm. Llega parcialmente desgarrada y sin membranas ovulares. Sobre cara materna se advierten extensas áreas de hemorragia y depósitos de



material fibrinoide y calcio. Feto de 21 cm de talla, con maceración de tercer grado, sexo masculino y sin malformaciones externas.

Al examen, las secciones histológicas muestran tejido placentario que estructuralmente corresponde al segundo trimestre de gestación. Vellosidades coriales con llamativa hiperplasticidad. En espacio intervilloso se advierte congestión, destacándose la presencia de abundantes elementos leucocitarios con características blásticas.

Las técnicas especiales de coloración, May Grunwald Giensa y Pappemheun nos permiten corroborar la inmadurez de las células leucocitarias que en forma profusa se observan en espacio intervilloso como así también infiltrando el estroma vellositario.

**Comentario:** Una vez realizado el diagnóstico de LMA, el tratamiento debe comenzar inmediatamente como si la paciente no estuviera embarazada. Las dosis serán suficientes como para lograr la remisión clínica. Si no se realiza con este objetivo, la paciente no sobrevivirá lo suficiente para que el feto alcance su viabilidad.

Las complicaciones más frecuentes como anemia, hemorragias por trombocitopenia e infección, estuvieron presentes en nuestra paciente. La hemorragia fue la primera manifestación clínica y ocasionó la muerte fetal in útero. Lamentablemente la rápida evolución no permitió comenzar la terapéutica específica inmediatamente. Es prudente y razonable aconsejar el aborto terapéutico si el tratamiento debe iniciarse en el primer trimestre por el riesgo de teratogenicidad. Esta es calculada en el 10% antes de las 10 semanas; afortunadamente la mayoría de los casos son encontrados en el segundo y tercer trimestre. Otros autores señalan que el aborto contribuiría a aumentar las complicaciones de la enfermedad como hemorragia e infección porque en el momento de realizarse, la paciente presenta mayor compromiso (3, 6).

Con la enfermedad en remisión el embarazo puede progresar normalmente, por lo que no se discute actualmente que el embarazo afecte la evolución de la enfermedad.

Es aconsejable planear el parto en etapa de remisión con recuentos sanguíneos normales. La cesárea estaría indicada solamente por causa obstétrica. El excesivo sangrado postparto o postcesárea requiere estudios de coagulación seriados y la suficiente disponibilidad de sangre y plaquetas.

Algunas consideraciones quedan por hacerse respecto a la transmisión de leucemia y los efectos a corto y largo plazo de las drogas citostáticas. Nicholson (8) ha reportado un 40% de incidencia de RCIU y un solo caso de falla en el crecimiento normal en la niñez. El mayor temor se ha expresado respecto a enfermedades malignas inducidas por drogas citostáticas, daño cromosómico y esterilidad. Sin embargo, existe poco seguimiento en estos niños.

Los reportes de transmisión de procesos leucémicos son difíciles de evaluar (5, 6). Existen varios reportes de compromiso placentario, como en nuestro caso, pero éstos no pudieron relacionarse con leucemia en el niño. En 2 casos se reportó supresión hematológica fetal por quimioterápicos, pero la médula ósea del niño mostró recuperación en semanas a meses sin otras complicaciones (4).

Queremos destacar que aunque la mortalidad materna es alta, la sobrevivencia postparto ha mejorado en estos últimos 30 años. Sin embargo, la mortalidad perinatal continúa siendo alta, alrededor del 40%.

## REFERENCIAS

1. Boggs DR: The acute Leukemias. Analysis of 322 cases and review of the literature. *Medicine* 41:163-225, 1962.
2. Cramblatt HR: Leukemia in infant born of mother with leukemia. *New Eng J Med* 259:727-729, 1958.
3. De Souza J J, Beznoda W R, Jetham D, Sonnendecker E W: Acute leukaemia in pregnancy. A case report and discussion on modern management. *S Afric Med J* 69(9): 295-296, 1982.
4. Gleicher D: *Medicina Clínica en Obstetricia*, 1989, pp 1193-1197.
5. Lilleyman J S: Consequences of acute Myelogenous leukemia in early pregnancy. *Cancer* 40:1300-1303, 1977.

6. Malkasian G D En: Iffy L, Kaminetzky H A, eds. Obstetricia y perinatología. Enfermedades malignas y embarazo. 1986, pp. 1354-1356.
7. Mc Lain C R Jr: Leukemia in pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynaecology. Vol 17, N° 4, New York, Harper and Row, 1974, pp 185-194.
8. Nicholson H O: Cytotoxic drugs in pregnancy: Review of reported cases. J Obstet Gynaecol Br Commonw 75:307-312. 1968.
9. Rigby P G: Passage of leukemic cells across the placenta. N Engl J Med 271(3):124-127, 1964.