



Abordaje de la leucemia promielocítica en el contexto de infección aguda por SARS-COV-2

- » Anabeli Coronel Gaviria¹
- » Elizabeth Arrieta López²
- » Joaquín Donaldo Rosales²
- » Fabián Emiliano Ahumada²
- » Raúl Andrés Assad Acosta¹
- » Juan Felipe Giraldo²

¹ Universidad Icesi

² Clínica Fundación Valle del Lili

Introducción: la leucemia promielocítica aguda (LPA) históricamente ha sido caracterizada por tener un comportamiento altamente fatal, debido al trastorno hemorrágico documentado hasta en el 76 % de los casos. Los eventos trombóticos por su parte, son menos comunes (2 %-10 %). La infección por SARS-CoV-2 concomitante en pacientes con LPA tiene un potencial aumento del riesgo de trombosis debido a una respuesta inflamatoria excesiva. Se presenta el caso de un paciente con LPA que recibió manejo con protocolo AIDA (ácido transretinoico/ATRA mas idarrubicina), en contexto de infección aguda por SARS-CoV-2.

Presentación del caso: hombre de 37 años de edad, sin antecedentes, ingresó por tres semanas de gingivorragia, hematuria, hematoquezia, equimosis en extremidades, debilidad y palpitations. Niega fiebre, tos o disnea. Al examen físico: normotenso, FC: 114 lpm, FR: 18 rpm, saturación de O₂: 99 % al ambiente, equimosis en extremidades, sin sangrado activo. Analítica: leucocitos 184.000 cel/uL, blastos 29 %, neutrófilos 123.670 cel/uL, linfocitos 9.830 cel/uL, monocitos 34.870 cel/uL, hemoglobina 6.6 g/dL, hematocrito 19 %, VCM 96 fl, RDW 19%, plaquetas 22.000/uL, reticulocitos 1.1 %, TP 16s, INR 1.4, TTP 24.6s, fibrinógeno 163mg/dL, creatinina 1.33mg/dL, AST 133 U/L, ALT 53.8 U/L, LDH 970 U/L, bilirrubinas, electrolitos y radiografía de tórax normales.

Estudio inmunofenotípico de sangre periférica con blastos mieloides del 96 % compatibles con LPA, confirmada por PCR para t15:17 positiva. Inició protocolo AIDA y cuatro días después presenta fiebre, disnea, desaturación y dolor torácico. Troponina de alta sensibilidad negativa, angiografía coronaria normal, angiotac de tórax negativo para tromboembolismo pulmonar, pero, con opacidades en vidrio esmerilado apicales periféricas, en ambos lóbulos superiores, se tomó una PCR para SARS-CoV-2, con resultado positivo.

Se continuó manejo con AIDA, soporte transfusional, hidroxiurea como citorreductor y enoxaparina

Autor para correspondencia: Anabeli Coronel Gaviria, Universidad Icesi.

Correo electrónico: anitacg88@gmail.com

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

a dosis intermedia (1 mg/kg/día) para disminuir el riesgo trombótico. El paciente logra diferenciación de los promielocitos con recuperación hematológica. A nivel respiratorio, desarrolló consolidaciones pulmonares multilobares, requirió ventilación mecánica prolongada y traqueostomía, con posterior estabilización.

Discusión: la LPA está asociada con alta mortalidad temprana de etiología hemorrágica, secundaria a trombocitopenia, déficit cualitativo de las plaquetas, coagulopatía de consumo, hiperfibrinogénesis y aumento de plasmina. La mortalidad disminuyó con la introducción de ATRA y soporte transfusional. El paciente presentó hemorragia digestiva al inicio del cuadro y requirió soporte transfusional, sin nuevos episodios de sangrado.

El tromboembolismo venoso, eventos cardiacos y cerebrovasculares, constituyen más del 75 % de los eventos trombóticos. El paciente presentó disnea y dolor torácico, pero se descartó evento trombótico como el causante de los síntomas y se atribuyeron al proceso infeccioso por SARS-CoV-2. Si bien, se ha demostrado que el manejo con ATRA reduce el riesgo de sangrado, no parece reducir el riesgo de trombosis. En este sentido, dada la infección viral concomitante, se decidió iniciar manejo con dosis intermedia de enoxaparina.

Conclusión: en el contexto de la pandemia por COVID-19, el diagnóstico y manejo de pacientes con LPA son un desafío debido a la coagulopatía que caracteriza a ambas entidades. En el caso reportado, se requirió soporte transfusional en el manejo inicial, pero dada la infección viral concomitante se modificó el manejo usual, adicionando dosis intermedias de enoxaparina por el riesgo aumentado de episodios trombóticos. El paciente evolucionó sin presentar complicaciones hemorrágicas ni trombóticas. Sin embargo, presentó complicaciones debido al grave compromiso pulmonar.

Palabras Clave

Leucemia promielocítica; SARS-CoV-2; coagulopatía.