

BMJ Best Practice

Visão geral da leucemia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	6
Aviso legal	8

Introdução

A leucemia é uma doença maligna progressiva dos órgãos formadores de sangue caracterizada por proliferação e desenvolvimento distorcidos de leucócitos e seus precursores no sangue e na medula óssea. Ela pode ser classificada como aguda ou crônica, de acordo com o grau de diferenciação celular (e não com a duração da doença), e como mielogênica ou linfocítica, de acordo com o tipo predominante de célula envolvida (mieloide ou linfoide). Vários subtipos foram identificados. A causa exata da leucemia é desconhecida, mas fatores de risco genéticos e ambientais foram identificados para vários subtipos. Os sinais e sintomas típicos podem incluir fadiga, perda de peso, febre, palidez, equimose, petéquias, dispneia, tontura, palpitações, sangramento e infecções recorrentes, embora cada subtipo tenha características distintas. Diagnósticos definitivos muitas vezes exigem biópsia da medula óssea e/ou análise de sangue.

Doenças

◇ Leucemia linfocítica aguda

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Leucemia linfocítica aguda](#)

Doença clonal maligna que se desenvolve quando uma célula progenitora linfóide do estágio precursor T/B é geneticamente alterada por meio de mudanças somáticas e sofre proliferação descontrolada. A leucemia linfocítica aguda (LLA) é o tipo mais comum de leucemia em pacientes pediátricos, representando mais de 80% dos casos de leucemia nesse grupo e 20% dos casos em adultos.[1] O quadro clínico é heterogêneo e reflete o subtipo biológico. A maioria dos casos apresenta sinais e sintomas associados às citopenias. Linfonodos aumentados também são frequentemente a causa inicial para que o paciente procure atendimento médico.[2] A LLA de linhagem T é caracterizada por início em idade avançada, preponderância entre o sexo masculino e desfecho inferior em comparação com LLA-B.[1] A anormalidade citogênica traz implicações prognósticas.

◇ Leucemia linfocítica crônica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Leucemia linfocítica crônica](#)

Um câncer dos linfócitos B. A incapacidade dos linfócitos B de passar pela maturação e diferenciação completa ocasiona uma população monoclonal de linfócitos B disfuncionais que se autorrenovam. Esses linfócitos podem infiltrar os tecidos linfáticos e os órgãos hematopoiéticos como o fígado, o baço e a medula óssea. O principal fator de risco é a idade superior a 60 anos. Linfadenopatia, esplenomegalia (em 50% dos casos), dispneia e fadiga são os principais fatores de diagnóstico.[3] [4] [5] Diagnosticada por hemograma completo com diferencial, esfregaço de sangue exibindo manchas de Gumprecht e citometria de fluxo.[3] [4] [5] A maioria dos casos é diagnosticada como um achado incidental em um hemograma completo de rotina, solicitado por um motivo não relacionado.

◇ Leucemia mielogênica aguda

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Leucemia mielogênica aguda](#)

Expansão clonal de blastos mielóides na medula óssea, no sangue periférico ou nos tecidos extramedulares. Ocorre predominantemente em adultos mais velhos.[6] Achados comuns são palidez, equimoses e petéquias. A leucemia promielocítica aguda (LPA) é uma forma de leucemia mielogênica aguda com características citológicas e clínicas distintas, que tem um manejo específico.[7]

◇ Leucemia mielogênica crônica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Leucemia mielogênica crônica](#)

Distúrbio clonal maligno da célula-tronco hematopoiética que resulta em hiperplasia mieloide evidente da medula óssea.[8] Também pode ser chamada de leucemia granulocítica crônica, leucemia mielocítica crônica ou leucemia mieloide crônica. A idade mediana na apresentação é de aproximadamente 53 anos, e o único risco conhecido é a exposição à radiação ionizante.[9] [10] Muitos casos são assintomáticos, mas os possíveis sintomas incluem febre, calafrios, mal-estar, perda de peso e sudorese noturna. Cerca de 75% dos pacientes têm esplenomegalia;[11] todos os pacientes terão contagem leucocitária elevada. O diagnóstico deve ser confirmado pela presença do cromossomo Filadélfia e/ou pelo rearranjo BCR-ABL no sangue periférico ou nas células da medula óssea.[12]

◇ Crise blástica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Crise blástica](#)

Crise blástica se refere à passagem da leucemia mielogênica crônica (LMC) da fase crônica ou de aceleração para a fase blástica. Queixas comuns da LMC na fase blástica são anemia, infecções, sangramento anormal, dor óssea e sintomas constitucionais (sudorese noturna, perda de peso, febre). O objetivo é obter a remissão hematológica completa ou, pelo menos, voltar para a fase crônica para que se realize transplante de células-tronco.

◇ Leucemia de células pilosas

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Leucemia de células pilosas](#)

Neoplasia de células B geralmente caracterizada por sintomas de fadiga, baço acentuadamente aumentado e aparência histológica distinta no esfregaço do sangue periférico e na biópsia da medula óssea. A leucemia de células pilosas (LCP) é caracterizada por células B com projeções citoplasmáticas delicadas que se assemelham a cabelos. Existem variações geográficas acentuadas na frequência da LCP (também conhecida como reticuloendoteliose leucêmica) e ela é relativamente incomum. A idade mediana dos pacientes é de 50 anos e a LCP afeta mais homens que mulheres.[13] Geralmente se apresenta com desconforto ou plenitude abdominal. Isso é atribuído à esplenomegalia, presente em aproximadamente 60% a 90% dos pacientes.[13] [14] A doença não tem cura. No entanto, apresenta alta resposta clínica à terapia e pode ser controlada por uma década ou mais.

◇ Avaliação da pancitopenia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação da pancitopenia](#)

Leucemias podem causar pancitopenia como resultado da diminuição na produção ou aumento da destruição, além de sequestro de eritrócitos.

◇ Avaliação da neutropenia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação da neutropenia](#)

A neutropenia contribui para alguns dos sintomas típicos da leucemia, incluindo infecções recorrentes.

Artigos principais

Referências

1. Zuckerman T, Rowe JM. Pathogenesis and prognostication in acute lymphoblastic leukemia. F1000Prime Rep. 2014;6:59. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Pui CH, Relling MV, Downing JR. Acute lymphoblastic leukemia. N Engl J Med. 2004;350:1535-1548. [Resumo](#)
3. Hallek M. State-of-the-art treatment of chronic lymphocytic leukemia. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2009:440-449. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Hallek M, Cheson BD, Catovsky D, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IWCLL) updating the National Cancer Institute-Working Group (NCI-WG) 1996 guidelines. Blood. 2008;111:5446-5456. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Eichhorst B, Robak T, Montserrat E, et al. Chronic lymphocytic leukaemia: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015;26(suppl 5):78-84. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al, eds. Table 13.13: Myeloid leukemia: SEER Incidence rates, age-adjusted and age-specific Rates, by race and sex. In: SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2014. Based on November 2013 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2014. [Texto completo](#)
7. Chen Y, Kantarjian H, Wang H, et al. Acute promyelocytic leukemia: a population-based study on incidence and survival in the United States, 1975-2008. Cancer. 2012;118:5811-5818. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. Sawyers C. Chronic myeloid leukemia. N Engl J Med. 1999;341:1330-1340. [Resumo](#)
9. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2006. CA Cancer J Clin. 2006;56:106-130. [Resumo](#)
10. Faderl S, Talpaz M, Estrov Z, et al. The biology of chronic myeloid leukemia. N Engl J Med. 1999;341:164-172. [Resumo](#)
11. Savage DG, Szydlo RM, Goldman JM. Clinical features at diagnosis in 430 patients with chronic myeloid leukaemia seen at a referral centre over a 16-year period. Br J Haematol. 1997;96:111-116. [Resumo](#)
12. Baccarani M, Pileri S, Steegmann JL, et al. Chronic myeloid leukemia: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2012;23(suppl 7):vii72-vii77. [Texto completo](#) [Resumo](#)

13. Jones G, Parry-Jones N, Wilkins B, et al. Revised guidelines for the diagnosis and management of hairy cell leukaemia and hairy cell leukaemia variant*. Br J Haematol. 2012;156:186-195. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Hoffman MA. Clinical presentations and complications of hairy cell leukemia. Hematol Oncol Clin North Am. 2006;20:1065-1073. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.