



Nome: **Roberta Vieira Garcia Diniz e Mariana Mundim Rocha Oliveira**
Instituição: Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira/UFRJ
Cidade: Rio de Janeiro

Grupo de Trabalho: Acesso ao tratamento do câncer infantojuvenil.

Resumo do trabalho

DIFICULDADE NO ACESSO AO TRATAMENTO DE LLA EM PACIENTE DO MARANHÃO

Introdução

O câncer infantojuvenil é a primeira causa de morte por doença na faixa de 5 a 19 anos, perdendo apenas para causas externas. Dados divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer indicam que para o período de 2012 a 2013 as estimativas de incidência apontam a ocorrência de 11.530 casos novos de câncer em crianças e adolescentes no país, correspondendo a 2 a 3% do total de neoplasias. O tipo mais comum é a Leucemia Linfoblástica Aguda. O diagnóstico precoce e a quimioterapia, juntos, representam a principal arma contra a doença e permitem índices de cura que chegam a 80%.

Objetivo do trabalho é relatar o caso de uma paciente proveniente do Maranhão, com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda e atraso de 1 mês para início de tratamento, por ausência de condições de tratamento em seu local de origem.

Relato do caso

Paciente M.M.S., 5 anos e 8 meses, sexo feminino, branca, natural do Maranhão, residente na cidade de Mata Roma, Maranhão, iniciou em janeiro de 2013 dor articular em cotovelos e joelhos, edema em membros inferiores, palidez cutâneo mucosa associada a febre intermitente que cedia após uso de antitérmico. Procurou Hospital Tales Ribeiro situado em sua cidade de origem e foi encaminhada para Hospital da Criança em São Luiz do Maranhão onde ficou internada aguardando transferência para o Hospital Universitário Materno infantil em São Luiz do Maranhão. Neste hospital foi realizada biópsia de medula óssea em 14/02/2013 que foi compatível com Leucemia Linfóide Aguda(LLA)de células precursoras da linhagem B. Porém, este serviço hospitalar não tinha estrutura para iniciar tratamento. A criança ficou internada por um mês aguardando transferência para hospital de referência em tratamento oncohematológico. Após esse período, sem resolução do caso e piora clínica progressiva, a mãe retirou criança à revelia e veio por meios próprios para o Rio de Janeiro. Chegando aqui, procurou o Hospital Geral de Bonsucesso, onde foi solicitada transferência para o Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira , sendo admitida em 18/03/2013.

Nesse momento, a paciente foi internada no IPPMG em grave estado de doença: Desnutrida grave, hipocorada (4+/4+), em anasarca, taquicárdica, taquidispneica, hipoxêmica, com hepatoesplenomegalia volumosa, petéquias e equimoses difusas.

Exames laboratoriais mostravam leucometria Inicial: 111.300; Imunofenótipagem compatível com LLA de precursor B (CD10+) com presença de 63% de células com fenótipo anormal; citogenética e biologia molecular negativas para rearranjos de mal prognóstico; sistema nervoso central negativo para doença. Apresentou boa resposta ao corticóide (D8 < 1000 blastos), D15 com medula M1/M2 e DRM (doença residual mínima) positiva, D33 em remissão completa, com DRM negativa. Diante dos achados, foi classificada como risco médio de recaída. No momento, encontra-se na fase de Protocolo M, de acordo com BFM 2009.

2º Fórum de **Oncologia Pediátrica** do Rio de Janeiro



Discussão

O câncer na infância geralmente tem progressão rápida, porém silenciosa e oligossintomática. Entre os sintomas mais frequentes estão: palidez cutâneo-mucosa, adenomegalia, visceromegalias, cefaléia, vômitos, massa abdominal ou aumento do volume em partes moles, dor óssea ou articular, febre, emagrecimento e sangramento (petéquias, hematúria, epistaxe ou sangramento gengival). A leucemia linfoblástica aguda é altamente curável com a abordagem do tratamento contemporâneo e suporte adequado. Uma série de doenças pode ser confundida com as leucemias agudas sendo, portanto, necessário o diagnóstico precoce, de boa qualidade e a escolha do tratamento apropriado em centros especializados enquanto a carga de doença ainda está em seus estágios iniciais.

Conseqüentemente, o prognóstico melhora e a cura pode ser alcançada com tratamento menos agressivo e menores efeitos colaterais e tardios. A dificuldade de acesso aos serviços especializados, associada a fatores sócio-econômicos e a precária estruturação dos Serviços de Oncohematologia no Brasil colaboram para o diagnóstico tardio, estadiamento avançado e mau prognóstico.

Conclusão A taxa de cura de crianças e adolescentes com câncer depende de uma cadeia de ações que se inicia com a suspeição do diagnóstico. Primeiro é necessário que os profissionais da rede básica (atenção primária) estejam capacitados a suspeitar da doença. Em segundo lugar, é preciso fazer valer o propósito do SUS e das regionais de saúde, cuja lógica contempla o planejamento integrado, conformando redes articuladas que ofereçam acesso a todos os níveis de complexidade, inclusive a Alta Complexidade, como é o caso da assistência ao câncer. Com a intercomunicação dessas redes articuladas, o acesso de pacientes dos recantos mais longínquos do Brasil poderia acontecer com rapidez e, conseqüentemente, com maiores chances de cura.