

com pico monoclonal de gamaglobulina (37,8%) e betaglobulina (6,3%). Iniciada quimioterapia com Ciclofosfamida e Dexametasona semanal, enquanto aguardava-se a liberação de Bortezomibe via judicial. Evoluiu com quadro insidioso e progressivo de melena intermitente e fezes em aspecto de geleia de morango, além de parada do trânsito intestinal, vômitos biliosos, febre e distensão abdominal. Iniciada investigação com angiotomografia de abdome que mostrou espessamento parietal difuso de alças intestinais, com leve distensão, sem ponto de obstrução e sem obstruções vasculares. Estudo endoscópico exibiu gastrite hemorrágica difusa e pancolite hemorrágica; em biópsia, observou-se deposição de material amorfo eosinofílico na lâmina própria substituindo estruturas glandulares em duodeno, corpo gástrico e cólon descendente - achados histopatológicos compatíveis com amiloidose. Pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa. Devido a complicações infecciosas secundárias à quimioterapia, progrediu com disfunção de múltiplos órgãos e óbito. **Discussão e conclusão:** A amiloidose caracteriza-se pela deposição extracelular de proteína anormal. Dentre seus subtipos, a primária está associada a cadeias leves monoclonais no soro e/ou urina, ocorrendo em até 15% dos pacientes com mieloma múltiplo. É comum o acometimento gastrointestinal ser assintomático, entretanto, há risco de má absorção, obstrução, sangramento gastrointestinal e perfuração. A biópsia tecidual fecha o diagnóstico nesses casos. No caso descrito, o diagnóstico de amiloidose se deu logo em seguida ao de mieloma múltiplo, evoluindo com complicações hemorrágicas e parada do trânsito intestinal enquanto aguardava-se o bortezomibe. Na literatura, a lenalidomida tem sido considerada superior ao bortezomibe nesses casos. Em conclusão, é incomum que a amiloidose abra um quadro de hemorragia de tubo digestivo em pacientes com mieloma múltiplo, todavia, o reconhecimento precoce pode nortear o tratamento, obtendo melhores resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.321>

AMILOIDOSE NODULAR PULMONAR: UMA ABORDAGEM CUIDADOSA.

LF Soares, TDS Baldanzi, AVCDS Gasparine, AC Ronconi, MC Guedes, LMC Borges, R Galli, BFB Spinelli

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Paciente feminina, 68 anos, aposentada. Encaminhada da UBS em fevereiro de 2020 devido ao achado de múltiplos nódulos pulmonares sólidos esparsos bilaterais, não calcificados, de contornos irregulares e espiculados medindo até 1,9 cm, durante investigação de quadro de perda ponderal há 1 ano. Histórico de internamento em novembro de 2019 em serviço externo para realização de biópsia pulmonar, quando apresentou pneumotórax após procedimento com necessidade de drenagem torácica e hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal, controlada por hemostasia endoscópica e suporte transfusional. Portadora de HAS, Hipotireoidismo e relato de quadro de dor articular difusa de longa data há 15 anos,

porém sem definição diagnóstica de doença reumatológica. Assintomática respiratória. O resultado da biópsia pulmonar à Anatomia Patológica evidenciou tecido pulmonar com Amiloidoma, confirmado pelas colorações especiais Vermelho Congo e Cristal Violeta, sendo descartado infecção granulomatosa ou fúngica associada. Pela Hematologia, em exames de investigação revelou-se presença de elevação de imunoglobulina G – 3.457 e de B2microglobulina – 3.593, pico de base ampla na região das gamaglobulinas (3,16 g/dl) em eletroforese de proteínas sérica, presença de banda monoclonal IgG/lambdas à imunoeletroforese e ausência de proteinúria. Em avaliação de medula óssea, 1,3% de células plasmáticas, sendo que 0,2% destas apresentam fenótipo anormal (CD56 forte com CD19 e CD45 negativos), porém policlonais. Ecocardiograma, ventrículo esquerdo pouco hipertrofiado com disfunção diastólica grau I, VHS moderadamente elevado, radiografia de mãos apenas demonstrando desmineralização óssea e redução de espaço articular único. Feito biópsia de gordura abdominal, descartando-se quaisquer alterações histológicas e também não houve achados de focos neoplásicos nos estudos de extensão com tomografias de abdome e pelve. Durante o acompanhamento, ocorreu estabilização espontânea do peso corporal. Relevância clínica: A Amiloidose é um grupo heterogêneo de doenças relacionadas a deposição extracelular de fibrilas compostas por subunidades de baixo peso molecular de uma variedade de proteínas. A primeira descrição de Amiloidose localizada no trato respiratório inferior foi feita pelo alemão Lesser em 1887, podendo a apresentação pulmonar ser traqueobrônquica, nodular parenquimatosa (amiloidoma) ou septal alveolar, com idade média de acometimento de 67 anos. Usualmente no tipo nodular, as lesões possuem contornos lobulados em localizações subpleurais bilaterais de tamanhos diferentes (0,5-15 cm) e crescimento lento sem regressão, sendo frequente um curso assintomático e de bom prognóstico. Em aproximadamente 20% de tais casos uma proteína monoclonal é detectada. Na paciente encontramos lesões nodulares difusas em parênquima pulmonar, juntamente com sintomas sistêmicos, podendo tratar-se de Amiloidose reativa (AA). A diferenciação entre Amiloidose AL devido à discrasia de células plasmáticas, já que há imunoeletroforese com componente monoclonal, poderia ser confirmada com a determinação precisa da proteína amiloide envolvida por espectrometria de massa, exame que não é disponível no nosso serviço. O manejo é dependente da gravidade dos sintomas e do tipo da proteína amiloide acometida; na forma primária intervenções são pouco recomendadas enquanto houver ausência de sintomas respiratórios.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.322>

AMILOIDOSE PULMONAR SECUNDÁRIA À SÍNDROME DE SJÖGREN: UMA ENTIDADE RARA

LF Soares, TDS Baldanzi, AVCDS Gasparine, AC Ronconi, MC Guedes, LMC Borges, R Galli, BFB Spinelli

