

resgate foi o CyBord (ciclofosfamida- bortezomibe-dexametasona) em 22,5% dos pacientes. A amostra do trabalho contou com 66,3% de pacientes elegíveis ao Transplante autólogo de medula óssea (TMO) sendo realizado apenas em 15,3%. Desta amostra, 2% recaíram após TMO e foram submetidos a terapia de resgate com protocolo CyBord. A sobrevida em 18 meses foi de 80% e a mediana de idade ao óbito foi de 66 anos. **Discussão:** Realizado revisão de literatura onde verificou-se prevalência do sexo masculino, sem comparação de raça, devido grande miscigenação brasileira. Em relação ao mieloma múltiplo, quase todos os pacientes desenvolveram anemia, e tiveram classificação de Durie Salmon III e ISS III. Houve discordância na literatura em alguns critérios de pesquisa devido poucos dados brasileiros, latinos americanos, e por população estrangeira ser muito diferente da brasileira. **Conclusão:** Não é possível consolidar um perfil de estratificação mundial, devido o alto grau de miscigenação e heterogeneidade populacional. A região Norte possui limitações quanto a realização de TMO e o SUS quanto a possibilidade ampliada de terapias, principalmente no que se diz respeito às novas drogas disponíveis. Mesmo com recursos e terapêuticas escassos a sobrevida global encontrada é pareada à mundial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.328>

#### CEFALEIA PROLONGADA E DERRAME CEREBELAR COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO DE TIPO IGA



LGO Correia, FAP Ramos

Hospital Getúlio Vargas, Recife, PE, Brasil

Descrita como possibilidade de sintoma de Mieloma Múltiplo (MM), a cefaleia, quando presente, costuma estar associada a sintomas neurológicos mais exuberantes – como neuropatias cranianas ou espinhais. Cefaleia isolada e de caráter prolongado como sintoma principal é bastante incomum. A paciente do caso foi diagnosticada com Mieloma Múltiplo do tipo IgA que se apresentou com quadro prolongado de cefaleia sem outros sintomas neurológicos e evoluiu com hemorragia cerebelar. Paciente do sexo feminino, 48 anos, queixava-se de cefaleia havia cerca de três meses, de caráter latejante em regiões frontal e occipital associada a moderada fotofobia, tonturas, náuseas e vômitos com frequência de até quatro vezes por semana. Procurou atendimento de urgência por diversas vezes nesse período, apresentando melhora parcial com uso de analgésicos. Três dias antes da admissão, referiu piora súbita da cefaleia, sendo novamente levada a serviço de emergência, onde foi solicitado pela primeira vez hemograma, que evidenciou anemia normocítica e normocrômica (Hb: 7,2 g/dL / VCM: 90,7 fl / HCM: 30,6 fl) e plaquetopenia ( $88.000/\text{mm}^3$ ). Tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste evidenciou imagem compatível com acidente vascular hemorrágico circundado por edema em hemisfério cerebelar direito, medindo aproximadamente 2,7 x 2,3 x 2,3 cm. Paciente manteve-se estável, sendo então optado por tratamento conservador e acompanhamento por ressonância magnética, que revelou regressão espontânea e progressiva da imagem. Após alguns dias, apresentou hipercalemia

aguda (14 mg/dL – valor máximo detectável em laboratório do serviço). Paratormônio (PTH) era < 1,20 pg/mL e vitamina D de 12,43 ng/mL, demonstrando hipercalemia não dependente de PTH ou vitamina D, aventando-se assim as hipóteses de mieloma múltiplo e neoplasia produtora de PTHrp. Ultrassonografia endovaginal demonstrou achados benignos de cisto hemorrágico e mioma subseroso. Exames da função tireoideana bem como USG de tireoide foram normais. Mamografia não tinha alterações significativas, mas apresentou nódulo de 1,4 cm classificado como BIRADS 4 em USG de mama esquerda. No entanto, não havia sinais de lesões líticas em TC com contraste e a fosfatase alcalina era normal. Desse modo, os achados dos exames tornaram a hipótese de neoplasia produtora de PTHrp improvável. Quanto à possibilidade de MM, solicitamos eletroforese de proteínas, que demonstrou pico monoclonal em betaglobulina. Mielograma demonstrou 22% de plasmócitos. Realizou-se então dosagem sérica de IgA (2.936 mg/dL – valor de referência entre 52 e 468 mg/dL), comprovando pico específico e permitindo o diagnóstico de Mieloma Múltiplo do tipo IgA. A paciente se manteve estável clínica e hemodinamicamente, seguindo tratamento ambulatorial em serviço especializado em hematologia. Devido ao prognóstico reservado do MM do tipo IgA em comparação aos demais subtipos, o diagnóstico precoce é fundamental a fim de otimizar o início da terapêutica. Quadro de cefaleia prolongada, embora raro sem associação com sintomas neurológicos mais expressivos, deve alertar o médico à possibilidade de MM antes de evoluções dramáticas como hemorragia cerebelar ocorrido no caso relatado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.329>

#### DARATUMUMAB (DARA), CYCLOPHOSPHAMIDE, THALIDOMIDE AND DEXAMETHASONE: A QUADRUPLT INTENSIFIED TREATMENT FOR TRANSPLANT ELIGIBLE NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE MYELOMA (TE NDMM) PATIENTS



EQ Crusoe<sup>a,b</sup>, J Santos<sup>a,b</sup>, J Leal<sup>b</sup>, H Santos<sup>c</sup>, A Almeida<sup>d</sup>, L Lucas<sup>b</sup>, M Chaves<sup>a</sup>, V Hungria<sup>e</sup>, M Salvino<sup>d</sup>, MG Arruda<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brazil

<sup>b</sup> Rede D'Or Oncologia, Instituto D'Or de Ensino e Pesquisa (IDOR), Salvador, BA, Brazil

<sup>c</sup> Laboratório de Imunologia-Citometria, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brazil

<sup>d</sup> Transplante de Medula Óssea, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brazil

<sup>e</sup> Clínica São Germano, São Paulo, SP, Brazil

**Background:** Newly drugs access for MM treatment still a challenge in some countries. One of the most available inductions for TE NDMM patients (pts) worldwide is cyclophosphamide (C), thalidomide (T) and dexamethasone (d)-(CTd). Dara the first anti- CD38, had been combined with VCD, VTd and