

Estabilidade de 24 h em temperatura ambiente. Pomalidomida Uso off-label oral Pomalidomida 4 mg (1), Veículo Suspensor Oral (4 mL). Estabilidade de 24 h sob refrigeração. Fórmula do veículo suspensor oral: carboximetilcelulose (0,5 g), tween 80 (0,25 g) e água para injeção qsp...100 mL. Talidomida 100 mg (12), Veículo Suspensor Oral qsp...60 mL. Modo de preparo Triturar os comprimidos de talidomida. Adicionar 20 mL do veículo e misturar até formar uma pasta. Adicionar o veículo em porções, misturando após cada adição e completar o volume. Estabilidade de 35 dias sob refrigeração. Fórmula do veículo suspensor oral Goma xantana (0,05 g), sorbitol 70% (25 mL), glicerina (10 mL), sacarina (0,1 g), metilparabeno (0,1 g), ácido cítrico monohidratado (1,5 g), citrato de sódio dihidratado (2 g), sorbato de potássio (0,1 g) e água purificada qsp...100 mL. **Discussão:** O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna ainda incurável caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea que secretam proteína monoclonal no sangue e/ou urina (97%) e pode associar-se à disfunção de órgãos. Representa 1% dos tumores malignos e 10% a 15% das neoplasias hematológicas. Embora seja mais comum em pacientes idosos, há cada vez mais jovens desenvolvendo a doença. A talidomida é usada por pacientes com hanseníase, lúpus e mieloma múltiplo. A lenalidomida é utilizada por pacientes com mieloma múltiplo e síndrome mielodisplásica. Pomalidomida é utilizado no tratamento de adultos com mieloma múltiplo. É utilizado em associação com bortezomibe e dexametasona em adultos que tenham recebido pelo menos um tratamento que incluiu lenalidomida. É também utilizado em associação com dexametasona em adultos que tenham recebido pelo menos dois tratamentos que incluíram tanto lenalidomida como bortezomibe, e cuja doença se tenha agravado. **Conclusão:** Os pacientes usam estas fórmulas preparadas a partir de cápsulas e nossa experiência com o preparo e a administração destas formulações extemporâneas, comprova que temos obtido resultados similares a outros hospitais nacionais e internacionais, cujos dados foram publicados na literatura médica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.337>

MIELOMA MÚLTIPLO COM LESÃO OSTEOBLÁSTICA EM PACIENTE JOVEM: UM CASO ATÍPICO

CH Dosualdo, KLL Souza, ALJ Silva

Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José
do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP,
Brasil

Objetivo: Relatar um caso de mieloma múltiplo em uma paciente jovem, associado a perda de funcionalidade e quadro familiar positivo. **Metodologia:** Os dados foram obtidos de forma sistemática por meio de entrevista e revisão de prontuário. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 45 anos, previamente hígida, com história familiar positiva (tia) para mieloma múltiplo. Iniciou quadro de dor de padrão ósseo em região de ombro direito, de forte intensidade, progressiva, com evolução para impossibilidade de movimentação do

membro. A paciente prosseguiu com quadro consumptivo, difusão da dor de padrão ósseo e incapacidade total para atividades de vida diária. O quadro clínico, de 18 meses de evolução, levou a paciente à imobilidade. Procurou serviço de emergência devido a dor refratária, onde constatou-se anemia importante e manifestações clínicas de hipercalcemia. Em exame radiográfico de ombro direito, observou-se grande imagem de caráter expansivo associada a destruição da cortical, acometendo a diáfise proximal de úmero. A cintilografia óssea evidenciou lesão osteoblástica na região. Após estabilização inicial, realizou-se correção de hipercalcemia com bifosfonado. Raio X de ossos longos sem alterações, porém, evidenciado lesões líticas em raio X de crânio. Solicitado eletroforese de proteínas séricas com identificação de pico monoclonal em beta2. A imunofixação evidenciou padrão monoclonal IgG/kappa. O mielograma evidenciou plasmocitose > 10%, sendo confirmado o diagnóstico de mieloma múltiplo. **Discussão:** O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia hematológica caracterizada por proliferação plasmocitária clonal, associada à capacidade de produção de imunoglobulina monoclonal. Corresponde a cerca de 1 a 2% das neoplasias malignas e cerca de 17% das neoplasias hematológicas, sendo mais comum em faixas etárias mais avançadas, com somente 10% dos casos ocorrendo antes de 50 anos. Clínica e laboratorialmente, caracteriza-se por manifestações como dor óssea, lesões ósseas líticas disseminadas pelo corpo (padrão radiológico de lesão em saca-bocado), hipercalcemia, insuficiência renal aguda, anemia, aumento de proteínas séricas associado a pico monoclonal em eletroforese de proteínas plasmáticas (frações gama, beta ou alfa-2) ou urinárias, síndrome consumptiva, dentre outras manifestações mais infrequentes como plasmocitoma. O diagnóstico é firmado através de mielograma, sendo requerida a presença de mais de 10% de plasmócitos e lesões de órgãos-alvo. O tratamento consiste em quimioterapia associada a corticoide em altas doses e, sempre que possível, consolidação com transplante de células tronco hemapoéticas, do tipo autólogo. O mieloma múltiplo associa-se à limitação da funcionalidade e perda de qualidade de vida nos pacientes com doença agressiva e avançada. **Conclusão:** O caso relatado abriu-se com surgimento de lesão óssea blástica, não característica de mieloma múltiplo, doença associada ao aumento da atividade osteoclástica e lesões líticas. Tal quadro, associado a idade atípica, levantou a muitos diagnósticos diferenciais. Entretanto, após admissão em serviço de referência, a investigação foi realizada e iniciado tratamento adequado, almejando controle da doença e melhora da qualidade de vida da paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.338>

MIELOMA MÚLTIPLO COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS – RELATO DE CASO

PC Ricardo ^a, LF Ricardo ^b, RC Bressa ^{a,b},
JAN Bressa ^{a,b}

^a Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP),
Presidente Prudente, SP, Brasil

^b Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE),
Presidente Prudente, SP, Brasil



Introdução: Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica resultante de uma proliferação clonal plasmocitária maligna associada ao surgimento de uma produção defeituosa de proteínas monoclonais. Representa 1% das neoplasias totais e 13% das hematológicas. Idade média de 70 anos, sendo mais comum nos homens e negros. Somente 0,6% de todos os casos são diagnosticados antes dos 35 anos. **Objetivos:** Relatar caso clínico e alertar quanto às possibilidades de manifestações atípicas de MM em pacientes mais jovens, visando diagnóstico precoce. **Materiais e métodos:** Levantamento de prontuário, descrição e discussão de relato de caso clínico, por meio de uma revisão integrativa utilizando bases de dados PUBMED, MEDLINE, BVS e SCIELO. **Relato de caso:** Homem, 34 anos, pardo, queixa de inapetência, epigastralgia, perda ponderal, redução da acuidade visual e turvação visual. Exame físico evidenciava mucosas hipocoradas, sem outras alterações. Biópsia de lesões planas em fundo gástrico evidenciou extensa proliferação plasmocitária atípica, com restrição de cadeia leve de imunoglobulina *lambda* e proliferação linfóide B e T mistas. Laboratoriais com anemia normocítica-normocrômica, plaquetopenia e elevação de escórias nitrogenadas, aumento de beta-2-microglobulina e cadeia leve *kappa*, presença de proteínas de Bence Jones em análise de urina de 24 horas. O perfil imunofenotípico do mielograma demonstrou a presença de 0,7% de linfócitos B maduros policlonais, com uma relação entre as cadeias leves *kappa*/*lambda* = 2:1; 16,5% de linfócitos T maduros; e 52,08% de plasmócitos (0,2% correspondiam a plasmócitos policlonais, com uma relação entre as cadeias leves de imunoglobulina de citoplasma *kappa*/*lambda* = 1,5:1; e 99,8% se referiam a plasmócitos anômalos). Tomografia computadorizada da coluna evidenciou focos osteolíticos em corpos vertebrais e demais estruturas ósseas. Ressonância magnética de órbitas sem alterações e avaliação da oftalmologia forneceu a hipótese diagnóstica de neuropatia carencial óptica, no entanto, diante da suspeita de MM, foi aventado a possibilidade da relação com síndrome de hiperviscosidade. **Discussão:** No MM, a partir de alterações genéticas e mudanças no microambiente da medula óssea, tem-se a geração de um plasmócito neoplásico e inicia-se a secreção de somente um tipo protéico, resultando em acúmulo de proteínas monoclonais e produção de imunoglobulinas formadas sempre pela mesma cadeia leve e pesada – que determinam a clínica da doença. Além das manifestações clínicas e laboratoriais típicas de MM (dor óssea ou grau de disfunção óssea, alteração da função renal e anemia normocítica-normocrômica, o caso relatado apresenta manifestações atípicas - menos de 5% dos pacientes com MM dispõem da síndrome de hiperviscosidade, levando ao surgimento de púrpuras, perda de visão, síndromes neurológicas centrais, neuropatia periférica, insuficiência cardíaca e alteração da função plaquetária. Suspeita-se de síndrome de hiperviscosidade em detrimento não só da trombocitopenia, como também da redução da acuidade visual. Pequena porcentagem apresenta infiltrações extramedulares na forma de plasmocitoma, sendo a afecção gastrointestinal uma das mais raras. **Conclusão:** A clínica do MM se torna mais evidente quando 30% ou mais das células plasmáticas se encontram atingidas pela doença e, por isso, mais frequentemente, é diagnosticado mediante uma avaliação laboratorial mais profunda de situações comuns e

inespecíficas. No presente caso, seu diagnóstico deu-se a partir de uma queixa de inapetência e síndrome consumptiva, sendo primordial a investigação etiológica das queixas e alterações laboratoriais apresentadas pelos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.339>

MIELOMA MÚLTIPLO COM PICO DE CADEIA LEVE LIVRE SÉRICA LAMBDA: UM RELATO DE CASO

JFM Pedreiro^a, JMGG Oliveira^a, JP Dantas^a,
ALPL Bezerra^a, FCB Filho^b

^a Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

^b Hospital Rio Grande, Natal, RN, Brasil



Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia de linfócitos B maduro (plasmócitos) que acomete aleatoriamente a medula óssea (MO), produzindo imunoglobulina monoclonal. Corresponde a 1% dos tumores e mais de 17% das neoplasias hematológicas, mais comum em idoso, sexo masculino e na raça negra. Os fatores de risco incluem alto índice de massa corporea e gamopatia monoclonal de significado indeterminado. Geralmente cursa com anemia, doença óssea (dor, fratura, lesão lítica), hipercalcemia, lesão renal (LR) e pico monoclonal. A estratificação de risco é feita através do Revised International Staging System (R-ISS), determinando prognóstico e tratamento. **Caso clínico:** Mulher, 61 anos, grande tabagista, apresentou lombalgia progressiva e intensa em dezembro 2020, que a levou a realizar uma ressonância magnética de coluna lombar (medular óssea difusamente heterogênea, imagens nodulares de baixo sinal, realce intenso sobretudo no osso ilíaco direito e fratura patológica no corpo vertebral de T12). Após 2 meses, procurou o ambulatório de hematologia, onde realizou mielograma que não evidenciou a plasmocitose medular necessária, sendo, portanto, realizado um estudo morfológico e imunohistoquímico da MO, confirmando MM por plasmocitose medular clonal e restrição de cadeia leve. A avaliação da eletroforese (EPF) e imunofixação (IF) de proteínas séricas e urinárias foi negativa, mas a pesquisa da cadeia leve livre sérica revelou 922 mg/L (VR: 8,3-27) as custas de cadeia *lambda* leve livre (MM de cadeia *lambda* livre). Laboratório: hemograma normal, desidrogenase lática 511,2 U/L (VR: 230-460), albumina 4,4 g/dL, globulinas 3,95 g/dL, creatinina sérica: 2,35 mg/dL, cálcio normal e beta2 microglobulina aumentada (4,5), caracterizando um estágio ISS II. A paciente foi incluída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no protocolo VCD (Bortezomibe, Ciclofosfamida e Dexametasona). Pelo histórico de tabagismo, foi realizada tomografia de tórax, que descartou neoplasia pulmonar. **Discussão:** O MM tem quadro clínico heterogêneo por sua natureza sistêmica. No aspirado medular em 90% dos casos é encontrado plasmocitose >10% sendo o critério morfológico necessário para o diagnóstico. Porém, nesse caso, a biópsia de MO que foi conclusiva. A paciente abriu o quadro com fratura, LR, sem anemia ou hipercalcemia e, excepcionalmente, sem pico monoclonal na triagem com EPF e IF séricas e urinárias, necessitando de ampliação com pesquisa de cadeia leve livre sérica, fundamental para avaliação diagnóstica e estadiamento, onerosa e nem sempre disponível. Deve-se solicitá-la