

principalmente em pacientes sem pico monoclonal e com insuficiência renal, já que o MM de cadeia leve livre é o que mais causa LR. O Bortezomibe, recentemente incorporado ao protocolo do SUS, melhora prognóstico. O foco do tratamento atual se baseia em risco genético e novas terapias, revolucionando combinações de drogas seguras, eficazes em induzir resposta duradoura e completa. Na ausência dessas, o auto-transplante de células tronco hematopoéticas tem seu papel importante de consolidar o tratamento. **Conclusão:** O MM é uma doença sistêmica e heterogênea, muitas vezes negligenciada por médicos generalistas ou de outras especialidades, sendo fundamental o serviço hematológico especializado para correta avaliação diagnóstica, de risco geral e genético. Diagnóstico precoce, como em todo câncer, e acessos a terapias eficazes e seguras são fundamentais para seu sucesso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.340>

MIELOMA MÚLTIPLO COM PLASMOCITOMA SECUNDÁRIO: RELATO DE CASO

ML Puls, CR Duch, HL Carrascossi, FM Duch, TC Ribas

Santa Casa de Araraquara (SCA), Araraquara, SP, Brasil

Relato: Paciente B.A., masculino, 67 anos, pardo, aposentado (ocupação prévia: taxista), sem ensino médio concluído. Histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC (tabagista 1 maço/dia há 55 anos, aproximadamente), obesidade grau III, hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna, fazendo uso irregular de finasterida, doxazosina, ácido acetilsalicílico, hidroclorotiazida, enalapril e salbutamol. Foi encaminhado para hospital terciário originalmente para avaliação cardíaca e pneumológica devido quadro de dispneia persistente ao repouso. Em admissão, chamava a atenção volumosa massa têmporo-parietal á direita, recoberta por lâmina cutânea, de consistência pétrea, aderida à planos profundos, que paciente referiu notar há aproximadamente 3 meses. Também evidenciado dor á abdução do membro superior direito (MSD), incapacitando amplitude do movimento, há aproximadamente 1 mês segundo o paciente, que nunca procurou atendimento específico para esses achados. Observado também a dependência de oxigenoterapia suplementar, com gasometrias seriadas apresentando critérios de hipoxemia e acidose respiratória. Seus exames admissionais demonstraram: Hb: 10,7 g/dL — VCM: 87 fL — Leucócitos totais: 9.470 — Segmentados: 64% — Plaquetas: 334.000 — Reticulócitos: 2,9% — Ácido úrico: 9,7 mg/dL — Cálcio total: 11,4 mg/dL — Creatinina: 1,52 mg/dL — Ureia: 69 mg/dL — RNI: 1,5. Uma suspeita de mieloma múltiplo foi levantada. Eletroforese de hemoglobinas com pico monoclonal de 24% em setor gama (proteínas monoclonais 1,01 g/dL) e B-2-microglobulina de 7,5 mg/L. Sua tomografia (TC) de crânio descreveu a lesão como “expansiva neoplásica, extra-axial, medindo 13,6 x 12,0 x 6,8 cm, densidade e reforço heterogêneo e calcificações de permeio, com áreas centrais de padrão vascular. Há erosão óssea adjacente e efeito de massa local, com discreta compressão do

parênquima cerebral adjacente e do ventrículo ipsilateral”. A TC de tórax demonstrou enfisema panlobular extenso, grau IV, com faveolamento periférico extenso. Ecocardiograma com fração de ejeção de 66% (Teicholz), desempenho sistólico de ventrículo direito deprimido em grau discreto e hipertensão pulmonar. Radiografia de crânio com inúmeras lesões osteolíticas em saca-bocado (a maior, de 9 mm) e ressonância de MSD com formação expansiva, com epicentro na medular da diáfise umeral, insuflativo, ruptura da cortical e volume 7,4 x 3,9cm. Realizado biópsia da lesão craniana e da medula óssea, evidenciando aumento de células plasmocitoides, com medula tomada por aproximadamente 70% de plasmócitos (imunofenotipagem: CD10- CD56+). Paciente diagnosticado com DPOC mMRC 4 — CAT 36 e mieloma múltiplo ISS — III, Durie-Salmon III-A. Para o quadro pulmonar, foi prescrito beclometasona, formoterol e glicopirrônio inalatórios e oxigenoterapia suplementar domiciliar com cateter nasal e máscara *on demand*. Em avaliação ortopédica, optado por manejo conservador da lesão em MSD com analgesia e imobilização. Optado por tratamento com ciclo inicial de talidomida, dexametasona e ácido zoledrônico e, para lesão craniana, realizado ciclo de 5 sessões de radioterapia com 20 GY / 5 FR. Paciente evoluiu a óbito, em vigência de acompanhamento, 8 meses após o diagnóstico. **Discussão:** Paciente com DPOC avançado e diversos critérios de prognóstico sombrio para mieloma múltiplo. Consta que em média, 50% dos mielomas com plasmocitoma secundário evoluem a óbito em 6 meses pós-diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.341>

MIELOMA MÚLTIPLO COM RECIDIVA LINFONODAL

ACB Barros, ATS Rabelo, ECG Oliveira, ISSV Duque, LM Mello, MES Sousa, MM Mendes, DE Silva, FS Camargo, MPS Souza

Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), Pouso Alegre, MG, Brasil

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) corresponde à expansão clonal de plasmócitos na medula óssea e à produção de imunoglobulina monoclonal, o que provoca uma progressiva destruição óssea, frequentes infecções, anemia e falência renal. A maior incidência de Mieloma Múltiplo ocorre em indivíduos do sexo masculino e com faixa etária acima dos 60 anos, sendo raros os casos da doença em pessoas mais jovens. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso de Mieloma Múltiplo, com monoclonalidade para cadeia leve lambda e IgA recidivado com doença linfonodal, em paciente do sexo feminino. **Relato:** Paciente feminina, 59 anos, iniciou com lesão em região esternal associado a dor de grande intensidade com crescimento importante dentro de 15 dias. Ao exame físico apresentava massa palpável em região esternal que diminuiu com uso de corticoide. A ressonância magnética mostrou suspeita de neoplasia. Realizada biópsia que confirmou um plasmocitoma. Exames de sangue e medula óssea diagnosticaram Mieloma Múltiplo IgA/ lambda IIA. Realizou 6 ciclos de Cybord e radioterapia em região

