

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 à 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



esternal. Paciente não conseguiu realizar transplante de medula óssea autólogo (ATMO) de consolidação por dificuldade de acesso ao serviço. Manteve manutenção com talidomida. Após 1 ano do término do tratamento, paciente apresentou icterícia progressiva por síndrome colestática. Exames bioquímicos eram negativos para recidiva de Mieloma Múltiplo, sendo realizada laparotomia exploratória com biópsia de uma lesão em cauda de pâncreas e linfonodo retroperitoneal, enviado para anatomopatológico e Imunohistoquímica, que evidenciou pancreatite crônica e infiltração em linfonodo retroperitoneal por Mieloma Múltiplo. Realizado 4 ciclos de quimioterapia DCEP e encaminhada para ATMO. **Discussão:** Este caso apresenta uma paciente com Mieloma Múltiplo de cadeia leve Lambda e IgA, classificado como IIA, tendo como primeira apresentação uma massa em região esternal de crescimento súbito, cuja biópsia apontou a neoplasia e exames de medula confirmaram a doença sistêmica. O tratamento foi feito com quimioterapia e radioterapia, sem consolidação com ATMO. Após 1 ano de estabilidade da doença, paciente abriu quadro de icterícia com lesão pancreática e adenomegalia retroperitoneal, na ocasião os exames bioquímicos eram negativos para Mieloma Múltiplo. A biópsia linfonodal confirmou uma recidiva de Mieloma Múltiplo como uma manifestação incomum da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.342>

MIELOMA MÚLTIPLO COM TRANSFORMAÇÃO PARA LINFOMA PLASMABLÁSTICO: RELATO DE CASO

JS Fujishima, JCPS Filho, AVSVD Berg, TX Carneiro, LFSK Pantoja, MA Pinto, BLSA Lima, VS Siqueira, EA Fonseca, JRM Barros

Hospital Ophir Loyola (HOL), Belém, PA, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia de células plasmocitárias, que acomete principalmente indivíduos com mais de 50 anos, tendo variada apresentação clínica e abordagem terapêutica. O linfoma plasmablastico (LPB) é um linfoma não Hodgkin de células B, raro e agressivo, correspondendo a menos de 2% dos linfomas, tendo íntima relação com o vírus HIV. **Relato:** Paciente do sexo feminino, 34 anos, portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) há cerca de 10 anos, em uso de terapia antirretroviral, porém sem bom controle de doença, evoluiu com tumoração frontoparietal da direita, cujo anatomopatológico e IHQ sugeriu neoplasia de plasmócitos, sendo referenciada ao Hospital Ophir Loyola. Evidenciado, nos exames iniciais, os seguintes achados: Mielograma: ausência de plasmocitose; Eletroforese de proteínas séricas: Presença de múltiplas bandas monoclonais na região das gamaglobulinas, Pico monoclonal: 9,2 g/dL; Imunofixação de proteínas séricas: Presença de componentes monoclonais IgG/Kappa, IgG/ Lambda e cadeia leve Lambda; hemoglobina: 7,5 g/dL; ureia: 160; creatinina: 6,68; DHL 277; e beta-2-microglobulina: 50,84; tomografias de coluna vertebral demonstraram lesões líticas em colunas cervical e lombar. Desta forma, definido diagnóstico de MM IgG/Lambda ISS III.

Iniciado protocolo VCD (velcade- ciclofosfamida-dexametasona) e ácido zoledrônico, tendo realizado apenas 4 ciclos, sendo mantida conduta conservadora quanto a disfunção renal. Nesse interim, evoluiu com surgimento de lesão expansiva em região cervical direita, medindo 7,3 x 4,8cm, com invasão de canal medular. Foi avaliada pela neurocirurgia que indicou descompressão medular, não realizada devido descompensação clínica importante da paciente, a saber: dor intensa em nova lesão cervical, perda de força em membro superior, hipoacusia ipsilateral, náuseas e vômitos incoercíveis, sendo então encaminhada a internação hospitalar, onde apresentou intercorrências infecciosas e piora de função renal. Submetida a biópsia em massa cervical, cuja imunohistoquímica revela linfoma de alto grau com morfologia plasmablastica, com co-expressão de CD138, MUM1 e restrição de cadeia Kappa, sendo apoiado diagnóstico de LPB transformado ou em transformação de MM. Foi prescrito protocolo VTD PACE e radioterapia, entretanto antes de iniciar o tratamento, paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência e piora clínica, evoluindo a óbito. **Discussão:** O LPB é um desafio diagnóstico e terapêutico. Apesar de muito raro, tem íntima relação com infecção pelo HIV e/ou imunodeprimidos, o que corrobora com o quadro da paciente descrita, tendo como fator de mau prognóstico baixas contagens de linfócitos T CD4, além de baixo tempo de sobrevida. Devido ambos se tratarem de neoplasias com morfologia plasmocitária, pode haver certa dificuldade no diagnóstico, sendo imprescindível o estudo imunohistoquímico para definição e início de tratamento. **Conclusão:** Devido a minoritária incidência entre as doenças oncohematológicas, o LPB não está entre as principais hipóteses diagnósticas. A literatura é escassa quanto a casos de transformação de MM em LPB, em contrapartida são descritas transformações em pacientes portadores de Leucemia Linfocítica Crônica e Linfoma Folicular.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.343>

MIELOMA MÚLTIPLO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO NEUROLÓGICA

CA Martins^a, JF Fernandes^a, MVSP Cirilo^a, LC Marques^b, JPR Cavalcante^b, EMMB Bariani^b, LCO Bariani^b, C Bariani^b, FS Miranda^b, NMA Freitas^b

^a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil

^b Hospital Araújo Jorge (HAG), Goiânia, GO, Brasil

MRS, 76 anos, feminino, queixa de cefaleia há mais de 30 dias, de forte intensidade, frontal à direita, associada a ptose palpebral e diminuição da acuidade visual ipsilateral. Ao exame físico apresentava dor ocular, paresia do III nervo, proptose à direita. Em ressonância magnética de crânio visualizou-se lesão sólida de aspecto infiltrativo na asa maior do esfenoide, 4,2 x 3,3 x 3,2 cm, com destruição do osso temporal, comprimindo as estruturas do cone orbitário e em contato músculos oculares, nervo óptico e glândula lacrimal, além de exoftalmia à direita. Realizado tratamento cirúrgico de ressecção de tumor cerebral, intracraniano, extradural, invadindo a fossa

