

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 colestatia. 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

