

uma droga imunomoduladora e/ou inibidor de proteassoma, seguida de altas doses de melfalano antes do TACTH. Doadores saudáveis (DS) pareados por idade – 70% homens – foram estudados como controles. As amostras foram processadas em até 24h após a coleta nos dois centros participantes (UFRJ, n = 88; USAL, n = 64), seguindo os procedimentos operacionais padrão Euroflow e marcadas com o painel NGF para DRM em MM. Subtipos de células B identificados: precursores B (BCP - CD19⁺CD45^{lo}CD38^{hi}CD27^{-/+}cyIg⁻), B transicionais/naive (CD19⁺CD45⁺CD38^{-/lo}CD27⁻cyIg⁺), B de memória (CD19⁺CD45⁺CD38^{-/lo}CD27⁺cyIg⁺) e plasmócitos normais (nPC - CD38^{hi}CD138^{lo/hi}CD45⁻hetCD56^{-/+}cyIg⁺CD19^{-/+}). **Resultados:** Cinquenta pacientes (66%) tinham DRM+ no MO. Ainda, 7/50 (14%) tinham plasmócitos clonais circulantes no SP (cPCC+). Os pacientes foram estratificados de acordo com o status de DRM mais cPCC. Na MO, todos os pacientes tiveram um aumento percentual de BCP e redução de B de memória e nPC vs. DS. Os DRM+cPCC+ tiveram menor frequência de nPC CD19- na MO vs. MRD+ou-/cPCC-. No SP, B totais estavam em números normais, pela normalização de B transicionais/naive, mas as B de memória estavam reduzidas em todos pacientes vs. DS. Os nPC CD19+ no SP dos MRD+ou-/cPCC- estavam em número normal, mas reduzidos nos DRM+cPCC+. Não houve associação significativa entre sobrevida livre de progressão (SLP) e a contagem de células B totais e subtipos no SP. As recidivas ocorreram em 28/76 (37%) dos pacientes, a maioria (20/28) DRM+ (71%; 16 cPCC- e 4 cPCC+) e, 8/28 (29%) DRM-cPCC-. A taxa de mortalidade foi de 14% (11/76) em 19 meses de seguimento mediano, sendo 8/11 (72%) DRM+ (6 cPCC- e 2 cPCC+) e 3/11 (27%) DRM-cPCC-. Pacientes DRM+cPCC+ tiveram uma SLP significativamente menor, 9 meses vs. 28 meses para DRM+cPCC- e não alcançada nos pacientes DRM-cPCC-. O mesmo foi visto nos pacientes que atingiram pelo menos remissão completa – 9 meses DRM+cPCC+ vs. 28 meses DRM+cPCC- vs. 36 meses DRM-cPCC-. **Discussão:** A presença de cPCC no D+100 após o TACTH foi associada a uma pior recuperação das contagens de nPC no SP e a uma pior SLP. Tais achados parecem reforçar que a depuração de cPC após o TACTH aumentaria a disponibilidade de nichos na MO para nPC e potencialmente também para BCP, levando a uma recuperação da maturação normal de células B.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.355>

PLASMOCITOMA MAXILAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE CASO

A Silveira ^a, MP Luizson ^a, JBCB Silva ^b

^a Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic, Campinas, SP, Brasil

^b Clínica Medeiros, Campinas, SP, Brasil

Introdução: Os tumores de células plasmáticas são proliferações neoplásicas linfóides agrupadas entre os linfomas periféricos de células B. Podem afetar um único osso, uma condição chamada plasmocitoma solitário ou envolver apenas tecidos moles, plasmocitoma extramedular. O mieloma múltiplo (MM) é a gamopatia monoclonal sintomática mais

importante e representa aproximadamente 1% de todos os cânceres e 10% de todas as neoplasias hematológicas. É caracterizada por muitos plasmócitos anormais na medula óssea e a alta produção de imunoglobulina monoclonal de cadeia leve ou de cadeia pesada. **Materiais e métodos:** Coleta de dados de prontuário e revisão da literatura com busca de artigos no “PubMed”. **Relato de caso:** Trata-se de um paciente do sexo masculino, 58 anos, diabético, hipertenso e com dislipidemia que foi encaminhado do serviço de odontologia há 5 meses devido a massa maxilar dolorosa. O resultado da biópsia maxilar foi plasmocitoma (CD138 e restrições para cadeia lambda, células negativas para AE1/AE3, CD3 e KAPPA, células com positividade local focal para CD20, KI-67>60%). Após avaliação, foram solicitados os seguintes exames, com respectivos resultados: imunofixação: presença de proteína monoclonal IgG/lambda e cadeia leve lambda isolada; proteinúria de 24 horas: 342 mg, imunofixação urinária: monoclonal IgG/lambda; a creatinina no início estava normal mas em menos de duas semanas ultrapassou o valor de 2,0 mg/dL; a albumina estava em torno de 3, g/dL e beta 2 microglobulina em torno de 5.000 ng/mL. Além disso, o mielograma era compatível com mieloma múltiplo (56% de plasmócitos) e a biópsia de medula óssea era hiper celular (75%) às custas de infiltrado plasmocitário multifocal e sólido, intersticial e paratrabecular, perfazendo cerca de 55% dos elementos nucleados, consistente com neoplasia plasmocitária. **Discussão e conclusão:** O MM é uma doença maligna progressiva de clones de plasmócitos em vários estágios de diferenciação. As manifestações orais do MM são as primeiras manifestações da doença em cerca de 14% dos pacientes. Podem incluir inchaço, dor, dormência, sangramento, dentes móveis, xerostomia, depósitos de amiloide, reabsorção e mobilidade radicular, anestesia labial e radiolúcências e fraturas da mandíbula, e a prevalência varia de 2% a 70%. As colorações de imuno-histoquímica devem ser feitas para confirmar o plasmocitoma. O diagnóstico de MM pode ser estabelecido por exames laboratoriais, como achados hematológicos, bioquímicos, análise de urina e levantamento radiográfico esquelético. Os critérios diagnósticos para MM incluem evidências de lesões osteolíticas múltiplas, identificação de uma população de células plasmáticas atípicas na biópsia e anormalidades na produção de imunoglobulinas. O diagnóstico final foi MM, estágio III (ISS). Nesse caso, uma lesão maxilar foi o primeiro sinal de MM, reforçando o papel fundamental do cirurgião-dentista no reconhecimento e encaminhamento à hematologia para o diagnóstico precoce, que confirmava a sua suspeita.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.356>

PLASMOCITOMA RETROPERITONEAL GIGANTE EM PACIENTE PORTADOR DE MIELOMA MÚLTIPLO. RELATO DE CASO

TC Oliveira, IRC Batista, FV Pericole

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

