

saneamento básico e aumenta a morbimortalidade em pacientes imunossuprimidos. O uso mais frequente do Bortezomibe como primeira linha em pacientes com Mieloma Múltiplo e Amiloidose no nosso serviço e no Brasil traz à tona este agente como diagnóstico diferencial nas suspeitas clínicas infecciosas de diversos órgãos e sistemas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.358>

RECAÍDA DE MIELOMA MÚLTIPLO COM PLASMOCITOMA NODAL

SS Fernandes, PMM Garibaldi, AHA Resende,
LS Oliveira, PCC Bariani, RMS Soares, RS Melo,
ACON Luz, NCR Cunha, LB Lanza

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São
Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo é uma neoplasia maligna dos plasmócitos e representa a segunda neoplasia hematológica mais comum, atrás apenas dos linfomas não-Hodgkin. Os plasmócitos neoplásicos habitam primariamente a medula óssea, mas também podem ser encontrados no sangue periférico e em outros sítios extramedulares. Na maioria dos pacientes, o mieloma múltiplo é caracterizado pela secreção de uma proteína monoclonal produzida pelos plasmócitos neoplásicos. Esta proteína, juntamente às células neoplásicas e às citocinas por elas produzidas, leva às principais manifestações clínicas da doença, que incluem hipercalcemia, anemia, doença renal e lesões ósseas. **Objetivo:** Relato de caso de recaída mieloma múltiplo com plasmocitoma nodal. **Caso:** Homem, 53 anos, iniciou acompanhamento ambulatorial no HCFMRP-USP no ano de 2020 para seguimento de Mieloma Múltiplo IgG Lambda diagnosticado em serviço externo no ano de 2018. O mesmo já recebera tratamento quimioterápico consolidado com transplante autólogo de medula óssea nos meses que seguiram ao diagnóstico e obteve resposta parcial muito boa ao término da terapia. Após alguns meses de acompanhamento, o mesmo relatou em consulta ambulatorial o surgimento de lesões cervicais à direita, de consistência pétrea, móveis e com crescimento progressivo. Realizou ultrassonografia de região cervical que evidenciou linfonodos hipoecoicos em cadeia VA. A biópsia da maior lesão demonstrou tecido fibroconjuntivo infiltrado por plasmócitos, cujo estudo imuno-histoquímico revelou positividade das células neoplásicas para CD138, lambda, CD56 e negatividade para lambda, compatível com infiltração por mieloma múltiplo. A eletroforese de proteínas, bem como a dosagem sérica de cadeias leves e imunoglobulinas, corroborando também a recaída laboratorial da doença. **Discussão:** A maioria dos pacientes portadores de mieloma múltiplo irá recair após a terapia inicial e necessitará de estratégias terapêuticas adicionais. Para a escolha do melhor tratamento nestes casos, é necessária a avaliação de alguns fatores, como o tempo decorrido entre o último tratamento e a recaída, os sintomas, as alterações laboratoriais relacionadas e a ocorrência de plasmocitoma extramedular, este último associado a uma menor sobrevida global. Desta forma, deve ser realizada uma

avaliação clínica criteriosa destes pacientes, especialmente pela possível ocorrência destes plasmocitomas em sítios poucos usuais. **Conclusão:** Sabe-se que a recaída extramedular do mieloma múltiplo está associada a um pior prognóstico e que pode haver de acometimento em sítios pouco comuns. O hematologista, portanto, deve ter atenção redobrada aos sinais e sintomas deste grupo de pacientes, de forma a orientar uma melhor abordagem terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.359>

RELATO DE CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO VARIANTE NÃO SECRETOR, NÃO PRODUTOR

ET Calvache, V Predebon, JP Portich,
AA Hofmann, F Dortzbacher, VR Siqueira,
XH Condori, RS Ferrelli, CS Weber, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto
Alegre, RS, Brasil

Descrição do caso: Paciente masculino, 76 anos, sem comorbidades, transferido de unidade básica de saúde por choque hipovolêmico devido a lesão vascular após punção arterial. O mesmo tinha sido levado por tosse, febre e alteração do estado de consciência. Foi iniciado antibiótico, reposição volêmica, afastado Covid e angioTc de membros inferiores com extravasamento do contraste em artéria femoral direita e infiltração difusa na medula óssea. Exame físico: Taquicardia, SO₂ 95% com O₂ 2 litros/min, Glasgow 11 sem déficit focal, roncos pulmonares bilaterais e presença de hematoma em região inguinal à direita com extensão para área lombar, glútea e escrotal sem palpação de frêmito. Exames: Hb 6.2 g/dL, plaquetas 67.000/uL, leucócitos totais 17.810/uL, creatinina 4.42 mg/dL, cálcio 10.6 mg/dL, albumina 2.6 g/dL, TP 63%, TTPa 50.9s, D-dímeros 3.34 ug/mL, LDH 443 U/L, fibrinogênio 240 mg/dL. RNM do neuroeixo com infiltração difusa na medula óssea da coluna vertebral e fraturas em T3, L1 e L3. Eletroforese de proteínas com imunofixação sérica e urinária sem banda monoclonal, cadeias leves Lambda 2.66 mg/L, cadeias leves kappa 2.62 mg/L, relação Kappa/Lambda 0.98, IgG 269 mg/dL, IgM 13 mg/dL, IgA mg/dL e B2-microglobulina 6.441 ng/mL. Demais exames sem alterações significativas: perfil hepático, reumatológico, metabólico, punção lombar, tomografias crânio, tórax e abdominal. Mielograma com infiltração por plasmócitos de aspecto neoplásico (78%), imunofenotipagem 57.51% de células plasmáticas totais (57.5% compatíveis com plasmócitos neoplásicos). BMO hiperplasmocelular (80%), infiltração difusa e multifocal por plasmócitos. IHQ CD138+, CD38+, ciclina+, CD3+, CD20-, CD56-, Kappa-, Lambda-, vermelho congo negativa, sugerindo Mieloma múltiplo (MM) não secretor, não produtor - ISS III. Ante ECOG de 4 e idade foi optado por palição. Na alta hospitalar o paciente estava com resolução da coagulopatia, melhora da anemia e normalização da função renal. **Discussão:** O MM é uma neoplasia de células plasmocitárias caracterizada pela produção de imunoglobulina monoclonal, representa 10 a 15% das malignidades hematológicas com predomínio no sexo masculino. Incidência aumenta com idade, sendo 90% em pacientes > 50 anos. Critérios diagnósticos são resumidos

