

quimioterapia intratecal isolada (MADIT) por 4 semanas, com desaparecimento das células anormais, seguida de irradiação de neuroeixo. **Discussão e comentários:** Pacientes com discrasias de células plasmáticas podem apresentar complicações neurológicas da hipercalcemia, uremia e hiperviscosidade, ou devido a neuropatia periférica, compressão da medula espinhal e infiltração de nervos cranianos. Entretanto, a infiltração leptomeníngea diretamente pelo mieloma múltiplo ou células plasmáticas é considerada muito rara, muito menor do que a relatada em outras malignidades hematológicas. Além disso, nos casos relatados na literatura a infiltração ocorreu em pacientes com mieloma múltiplo em estágio final de doença, associada a leucemia de células plasmáticas ou com infiltração contígua por células de um plasmocitoma craniano. **Conclusão:** Relatamos um caso raríssimo de infiltração leptomeníngea por células plasmáticas anormais e clonais isolada, confirmada por citometria de fluxo, no qual não foi confirmada presença de mieloma múltiplo ou outra discrasia de células plasmáticas que pudesse ser responsável pela doença em SNC.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.424>

RELATO DE CARDIOTOXICIDADE POR BORTEZOMIB.

MB Teixeira, LC Moretti, MCFR Calil, FL Sousa, CP Alves, JPC Araujo

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

Objetivos: Relato de cardiotoxicidade por bortezomib. **Resultados:** Paciente, MIL, 85 anos, do lar, sabidamente cardiopata, em seguimento na cardiologia devido a Fibrilação atrial em anticoagulação, e insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada, apresentou, em março de 2021 diagnóstico de mieloma múltiplo, classificado como estágio 2 apresentando status performance e funcionalidade preservados apesar da idade. Iniciado primeiramente tratamento com melfalano e prednisona e posteriormente transicionado para bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona, com primeiro ciclo iniciado 24 de abril de 2022. Conforme administrado os ciclos, foi observado exacerbação dos sintomas de edema em membros inferiores de caráter vespertino, simétrico e sem sinais flogísticos, evolução da dispneia para aos pequenos esforços, tosse seca e piora da função renal. Passou em consulta na especialidade de cardiologia quando foi constatado piora da insuficiência cardíaca, passando de classe II de insuficiência cardíaca da New York Heart Association para classe IV. Foi proposto então, suspensão da medicação bortezomib, devido a hipótese de cardiotoxicidade. Após intervenção, paciente evoluiu com melhora dos sintomas e retorno para a classe II de insuficiência cardíaca da New York Heart Association. **Discussão:** O bortezomib atua como inibidor reversível da atividade quimiotripsina similar do proteossomo. Está presente nos protocolos mais utilizados para o tratamento de mieloma múltiplo. Observa-se como efeitos colaterais trombocitopenia, fadiga, neuropatia periférica, neutropenia, anemia, vômitos, diarreia, desidratação, náuseas e fraqueza. Do ponto de vista

cardiovascular, hipotensão arterial durante sua infusão é o mais comum, com necessidade de controle adequado da volemia e ajuste cautelosos em medicações anti-hipertensivas. Pode causar insuficiência cardíaca, sendo a principal manifestação disfunção ventricular direita. Não há relatos de tromboembolismo relacionado ao uso da droga isoladamente, sendo presente apenas com associação a talidomina e ciclofosfamida. Além disto a medicação pode causar bradicardias e taquicardia ventricular. O paciente alvo deste trabalho, já em acompanhamento cardiológico devido a fibrilação atrial paroxística, apresentou piora do edema de membros inferiores, dispneia aos pequenos esforços e piora da função renal após início do bortezomib, tendo como principal hipótese diagnóstica a cardiotoxicidade por bortezomib. Após suspensão da medicação houve melhora dos sintomas e retorno da mesma à classe funcional de base. **Conclusão:** O avanço da terapêutica para mieloma múltiplo proporcionou um aumento considerável na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes. O bortezomib configura uma das medicações mais utilizadas nos protocolos atuais para tratamento dessa doença devido a sua comprovada eficácia. Sintomas cardiovasculares podem se desenvolver nestes pacientes devido a sua conhecida cardiotoxicidade. Hipotensão arterial é o mais frequente deles, seguido de insuficiência cardíaca. Sendo assim, destaca-se a importância de monitorização adequada destes pacientes quanto a indicação e seguimento do tratamento com uso do bortezomib.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.425>

GAMOPATIAS MONOCLONAIS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO: EXPERIÊNCIA DE SEIS ANOS EM DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM HEMATOLOGIA

ML Puls^a, AAL Puls^b

^a Hospital Nove de Julho (H9J), São Paulo, São Paulo, Brasil

^b Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic, Araras, SP, Brasil

Objetivo: Descrição da experiência dos últimos 6 anos de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com gamopatias monoclonais de significado indeterminado (GMSI) em serviço médico de hematologia no interior do estado de São Paulo. **Material e métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e observacional realizado a partir de dados obtidos por meio da análise de prontuários eletrônicos de portadores de GMSI admitidos e atendidos de janeiro de 2016 a dezembro de 2021 em serviço médico especializado em hematologia do interior paulista. Incluídos pacientes vivos, com confirmação laboratorial e avaliação medular. Excluídos pacientes que perderam seguimento. Dados comparados com informações disponíveis na literatura científica especializada, obtida nas bases de dados Medline (acessada via PubMed). **Resultados:** Acompanhamos, durante tempo variando de 2 a 6 anos, 15 pacientes, 10/15 femininos (66,66%) e 5/15 (33,33%) masculinos. Mediana de idade de 65 anos (extremos etários de 45 a 88 anos). Todos

os pacientes foram triados por encaminhamento de outras especialidades. 6/15 pacientes encaminhados por reumatologistas, 3/15 por geriatras, 2/15 por cardiologistas, 2/15 por otorrinolaringologistas, 1/15 por médico da atenção primária e 1/15 por ortopedista. A proteína anômala evidenciada em 14/15 casos foi de componente IgG e, em um caso, diagnosticado GMSI por cadeias leves, com imunofixação sem expressão de cadeias pesadas. 12/15 pacientes apresentaram anemias durante a evolução, com valores de hemoglobina atingindo até 10.2 g/dL. Todos os pacientes foram submetidos à biópsia de medula óssea em algum momento, seja pelo desenvolvimento de anemia sem outra causa clara ou sintomas inespecíficos sem explicação evidente. Em nenhum caso foi observado plasmocitose superior a 10% na celularidade medular, com achados variando de 1 a 8%. O diagnóstico diferencial revelou 1 paciente com artrite reumatoide concomitante e 1 paciente com exposição prévia ao vírus da hepatite B, sem doença ativa. **Discussão:** Em nosso serviço, realizamos seguimento de GMSI trimestral nos primeiros dois anos após o diagnóstico com, preferencialmente, quantificação de proteína M, IgG, IgA, IgM, cálcio, creatinina, hemograma, cadeias leves livres e urina-1. Em pacientes com níveis de proteína M inferior a 1,5 g/dL, GMSI por proteína IgG, relação de cadeias leves livres inferior a 8, assintomáticos, níveis normais e estáveis de função renal e eletrólitos, hemograma sem citopenias, não solicitamos de rotina avaliação medular, indicando tal exame e avaliação imageológica óssea para pacientes que não se enquadram nos requisitos acima ou que apresentam evolução clínica ou laboratorial digna de atenção para possibilidade de evolução clonal. Em admissão, realizamos diagnóstico diferencial com sorologias para hepatite B, C e HIV e pesquisa para amiloidose e colagenoses (lúpus e artrite reumatoide, por exemplo) se quadro clínico sugestivo. A evidência científica mantém a recomendação, já evidenciada em estudos clínicos desde 2002, de que as GMSI sem critérios de risco ou sinais de alarme podem ser acompanhadas com segurança, com publicações descrevendo risco de evolução para mieloma múltiplo em taxas inferiores a 1% ao ano. **Conclusão:** Nossos pacientes em algum momento realizaram avaliação medular invasiva. Conforme descrito na literatura científica especializada, o seguimento clínico constitui estratégia segura para pacientes com GMSI classificadas como baixo risco.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.426>

MIELOMA PLASMABLÁSTICO COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

LV Carvalho, GG Lima, RCB Melo, EM Rego, V Rocha, GA Martinez, FS Seguro

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As neoplasias de diferenciação plasmablastica são doenças hematológicas raras e de apresentação agressiva. Mieloma Plasmablastico (MPL) e Linfoma Plasmablastico (LPB) são dois dos subtipos possíveis, e como podem ter perfis

morfológicos e imunofenotípicos idênticos, a diferenciação diagnóstica pode ser difícil. **Objetivos:** Relato de caso de paciente com neoplasia plasmocitária de diferenciação plasmablastica, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo- ICESP. **Materiais e métodos:** Coleta de dados de prontuário clínico. **Resultados:** Homem de 21 anos, previamente hígido, HIV negativo, evolui há 6 meses com linfadenomegalias em região cervical e submandibular medindo até 3cm, sem lesões palato ou região paranasal, sem sintomas B associados, sem hepatoesplenomegalia. Apresentava anemia (Hb 10,6 g/dL) sem outras alterações em hemograma, e com função renal e níveis de cálcio normais, sem lesões ósseas líticas. Apresentava pico monoclonal sérico de 3,1mg/dL IgG kappa, além de pico monoclonal urinário de 360 mg/24 horas com presença de proteína de Bence Jones. Avaliações medulares iniciais (mielograma, imunofenotipagem e cariótipo) prejudicadas por aspirado seco, achado justificado por biópsia de medula óssea com fibrose medular grau 4 de Bauermeister. Biópsia evidenciou infiltrado celular difuso de aspecto imaturo e caracteres hematolinfoides/plasmocitoides, representando 95% dos elementos nucleados. Na imunohistoquímica (IHQ), células positivas para CD138, negativas para CD20, CD30, MUM-1, ALK1, ki67 de 20%. A pesquisa para EBV e HHV-8 foi negativa. Em biópsia de linfonodo cervical, vista proliferação de células plasmocitoides com citoplasma amplo e alto grau citológico, positivas para CD138, MUM-1, com restrição kappa. A pesquisa para CD56, PAX5, CD20, EBV e HHV8 resultaram negativas, e ki67 foi de 10,85%. Em PET CT, achados de linfonodos hipercaptantes com SUV de 9,8, e hipercaptação difusa em medula óssea, com SUV máximo de 13,1. FISH de material de linfonodo demonstrou amplificação do cromossomo 1q e deleção do cromossomo 1p. O paciente foi então diagnosticado com mieloma plasmablastico double hit, iniciou tratamento com esquema VDT-PACE, sem intercorrências, e segue com programação de ser avaliado para transplante de medula alogênico. **Discussão:** A diferenciação entre mieloma e linfoma plasmablasticos é difícil de ser feita apenas pela morfologia e IHQ. O fato do paciente ser HIV negativo, associada à pesquisa negativa para Epstein Barr, eram indícios que tornavam a hipótese de LPB menos provável. Por fim, os achados de FISH de alterações citogenéticas associadas a mieloma múltiplo que vieram a confirmar o diagnóstico de mieloma plasmablastico, apesar da idade muito jovem. **Conclusão:** Este caso ilustra a dificuldade no diagnóstico diferencial entre as neoplasias plasmablasticas com base apenas em características clinicohistopatológicas, ressaltando a importância da pesquisa citogenética e de infecções virais latentes associadas (EBV e HHV8) para o diagnóstico e tratamento mais adequados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.427>

LEUCEMIA PLASMOCITÁRIA - RELATO DE CASO

MC Silva, MB Carneiro, FC Domingos, JVP Cunha, IA Siqueira, NS Castro, IZ Gonçalves, GF Colli

Fundação Pio XII, Hospital de Amor de Barretos, Barretos, SP, Brasil