

eletroforese de proteínas, a qual apresentou pico monoclonal por cadeia leve Kappa; além da biópsia renal, que demonstrou nefropatia crônica por depósito de cilindros de cadeia leve. A tomografia computadorizada sem contraste de controle para a biópsia evidenciou lesões líticas na coluna vertebral e na bacia, além de lesões hipodensas em grande parte do fígado. Diante da correlação dos exames e da clínica da paciente, foi elencado como principal hipótese diagnóstica um Mieloma Múltiplo com acometimento extramedular, neste caso hepático e renal. Paciente permaneceu internada em terapia intensiva por 9 dias e por 19 dias em enfermaria, realizando hemodiálise em dias alternados, apresentando melhora clínico-laboratorial e recebendo alta hospitalar com programação de tratamento quimioterápico. Após 3 meses, paciente faz nova tomografia abdominal com redução substancial das lesões hepáticas. **Discussão:** O MM é uma neoplasia de células B pautada na proliferação clonal de plasmócitos. Há produção excessiva de imunoglobulinas e infiltração das células neoplásicas na medula, podendo apresentar supressão hematopoiética, lesão óssea, injúria renal. Ainda, é possível que os plasmócitos clonais aglomerados formem plasmocitomas, os quais raramente podem se depositar em tecidos moles, trazendo grave acometimento clínico do paciente. A configuração extramedular da doença é identificada em 0,5% a 4,8% dos casos de Mieloma Múltiplo ao diagnóstico. Pela raridade, há escassez de estudos direcionados ao manejo desse quadro. Alguns esquemas quimioterápicos mostram certa eficácia, todavia, menor quando comparados aos esquemas direcionados ao MM sem envolvimento extramedular. No caso relatado, houve redução importante dos nódulos hepáticos após 3 ciclos do esquema quimioterápico, composto por Bortezomibe 2 mg e Ciclofosfamida 500 mg, sistematizados em ciclos de 28 dias com intervalos de 7 dias entre as aplicações, além de suporte com Ácido Zoledrônico e Eritropoetina. **Conclusão:** A limitação de propostas terapêuticas, diante de casos de MM extramedular, demonstra a relevância da descrição e conhecimento de tratamento com satisfatória resposta clínica e radiológica do caso em questão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.433>

MIELOMA MÚLTIPLO COM INVASÃO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UM RELATO DE CASO

WS Valente-Júnior, E Graciot-Souza,
SEBJ Neves, LMB Batista, NM Bernardes,
F Bahia-Coutinho, PCRE Ferreira,
JL Vendramini, JSS Soares

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Mieloma Múltiplo (MM) é uma desordem plasmocitária que corresponde a aproximadamente 10 % de todas as neoplasias hematológicas. Pode-se apresentar de forma heterogênea com acometimento de diversos órgãos e sistemas. Dentre as apresentações clínicas o acometimento de sistema nervoso central (SNC) é uma complicação rara. **Objetivos:** Relatar caso de paciente diagnosticado com MM e acometimento de SNC. **Relato**

de caso: Masculino, 52 anos, iniciou quadro de lombalgia mecânica progressiva com necessidade de atendimento ortopédico. Realizada ressonância magnética de coluna lombar com evidência de lesões líticas extensas e achatamento vertebral de L1 a L4. Avaliação laboratorial adicional revelando anemia, hipercalcemia, disfunção renal e elevação de Beta 2 microglobulina. Eletroforese e imunofixação de proteínas séricas com componente monoclonal IgA / kappa. Diagnóstico de Mieloma Múltiplo confirmado por mielograma com presença de 52 % de plasmócitos. FISH ao diagnóstico apresentando t(4,14), del 11 q, del 13q e ganho de 1q caracterizando R – ISS III. Abordado em primeira linha com Bortezomibe, Talidomida e Dexametasona evoluindo com resposta parcial muito boa. Procedido transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) autólogo após o 5º ciclo do tratamento. Necessidade de nova infusão de células progenitoras hematopoiéticas por falha de enxertia, atingindo resposta completa. Impossibilidade de início de terapia de manutenção em função de citopenias. Seis meses após TCTH autólogo evoluiu com dor neuropática em membro inferior esquerdo de início súbito associada a hemiplegia ipsilateral. Nova ressonância com evidência de espessamento de raízes neurais cervicais, torácicas e lombares bilateralmente e extensão epidural a nível de T3 – T4. Análise líquórica revelando infiltração por plasmócitos atípicos. Iniciado tratamento em segunda linha com DRD (Daratumumab, Lenalidomida e Dexametasona) associada a quimioterapia intra-tecal semanal (MADIT: Metotrexato, Citarabina e Dexametasona). Após o primeiro ciclo de DRD e MADIT, análise líquórica sem presença de infiltração. Quimioterapia intratecal suspensa após duas análises do líquido negativas. Evoluiu com melhora progressiva do quadro neurológico, resolução da hemiplegia mantendo redução de força à esquerda. Segue em uso de DRD com proposta de TCTH alogênico. **Discussão:** A infiltração de SNC por MM é uma complicação rara da doença, acometendo menos de 1 % dos pacientes. Apesar de incomum, tal manifestação implica em pior prognóstico com mediana de sobrevida global de 7 meses após o diagnóstico. O acometimento de SNC pode ocorrer por contiguidade ou por via hematogênica. A apresentação clínica pode ser ampla de acordo com o sítio acometido. O diagnóstico se baseia em exames de imagem e análise por citologia e citometria de fluxo do líquido. No caso em questão o paciente iniciou quadro de radiculopatia de evolução súbita com diagnóstico firmado por achados de imagem e análise líquórica. O tratamento ideal ainda é desconhecido, assim como os fatores de risco citogenéticos. **Conclusão:** Apesar de rara, a invasão de SNC em pacientes portadores de MM implica em piores desfechos e representa um desafio terapêutico. Estudos adicionais são necessários para melhor avaliação dos fatores de risco, assim como para aprimoramento do manejo terapêutico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.434>

PANCREATITE AGUDA COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE CASO

RBD Santos^a, VHM Melo^b, LR Souto^a,
MBES Borges^a, AA Sousa^a, PHR Farina^a,
DMD Carmo^a, EF Goulart^a