

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<sup>a</sup>, VHM Melo<sup>b</sup>, LR Souto<sup>a</sup>,  
MBES Borges<sup>a</sup>, AA Sousa<sup>a</sup>, PHR Farina<sup>a</sup>,  
DMD Carmo<sup>a</sup>, EF Goulart<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal de Uberlândia (UFU),  
Uberlândia, MG, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
(UFMTM), Uberaba, MG, Brasil

**Objetivos:** Relatar o caso de uma apresentação incomum de Mieloma Múltiplo em paciente sem comorbidades preexistentes e destacar a relevância de incluir tal entidade nos diagnósticos etiológicos diferenciais. **Material e métodos:** Foi realizada avaliação inicial e acompanhamento contínuo de uma paciente do Hospital de Clínicas de Uberlândia com investigação clínica e laboratorial, e instituído tratamento, bem como feita revisão da literatura na base de dados Scielo e PubMed. **Resultados:** M.A.A, 58 anos, branca, previamente hígida e assintomática, admitida com relato de que em dezembro/2021 iniciou com dor abdominal de moderada a forte intensidade, recorrente associada principalmente com ingestão de alimentos ricos em gordura, submetida a EDA na ocasião sendo constatada gastrite enantematosa leve e tratada com sintomáticos. Referiu persistência do quadro e evolução com astenia, hiporexia, náuseas, piora da dor abdominal “em faixa” e perda ponderal não intencional de cerca de 5kg no período, negava febre, uso de bebidas alcoólicas e medicamentos. Realizou por facultativo exames laboratoriais sendo evidenciado elevação importante de enzimas pancreáticas (amilase: 780, lipase: 856) e tomografia de abdome com sinais de inflamação aguda no pâncreas. Durante propedêutica laboratorial e radiológica para elucidação etiológica, foi constatada anemia do tipo de doença crônica (hemoglobina 7,9), elevação de escurias nitrogenadas (creatinina 8,62 e ureia 147) e estudo das vias biliares com ausência de cálculos que justificassem quadro pancreático. Realizada eletroforese de proteínas e imunofixação com presença de proteína monoclonal IgG/Lambda e cadeia leve lambda isolada com beta-2-microglobulina elevada; mielograma com evidência de 20,4% de plasmócitos com presença de atípicas e biópsia de medula óssea com quadro morfológico e perfil imuno-histoquímico compatível com mieloma múltiplo com restrição de cadeia leve lambda. Afastada doença de depósito associado com biópsia de gordura abdominal negativa para coloração vermelho do congo. Instituído tratamento com dexametasona, talidomida e bortezomibe com boa resposta. **Discussão:** O mieloma múltiplo é uma neoplasia relativamente rara e tem como apresentação clínica mais conhecida a hipercalemia, anemia, disfunção renal e dor óssea, porém pode cursar com diversos sinais e sintomas variados e segundo estudos, as apresentações clássicas podem chegar a apenas 20% dos casos diagnosticados já em fase tardia. Logo, conhecer as manifestações atípicas dessa neoplasia torna-se relevante na prática clínica. **Conclusão:** A taxa de sobrevivência dos pacientes portadores de mieloma múltiplo é diretamente associada ao diagnóstico e tratamento precoce e por ser responsável por cerca de 1% de todas as mortes por câncer e capaz de acometer diversos órgãos, incluir tal patologia nos diagnósticos diferenciais etiológicos de doenças relativamente comuns, como a pancreatite, é imprescindível para instituir a propedêutica e intervir de maneira adequada o mais rápido possível, mudando o curso da doença.

## LOMBALGIA COMO QUEIXA PRINCIPAL NA INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE MIELOMA MÚLTIPLA - RELATO DE CASO

RS Laine, JAFR Oliveira, MWN Souza, H Baida,  
MCG Assis

Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo,  
SP, Brasil

**Objetivos:** O mieloma múltiplo é a segunda neoplasia onco-hematológica mais frequente no mundo. O presente trabalho tem como objetivo elucidar os métodos diagnósticos do mieloma múltiplo a partir de achados clínicos, muitas vezes ignorados no pronto atendimento, a partir de um relato de caso. **Material e métodos:** As informações contidas neste relato de caso foram obtidas através da revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registros dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Resultados:** Pacientes que chegam ao pronto atendimento referindo lombalgia sem trauma anterior e sem melhora com analgesia, perda ponderal significativa sem dieta e exercícios associados, devem ser investigados a partir da realização de hemograma com o intuito de investigar possível anemia e radiografia de coluna para descartar quadro de fratura patológica. **Relato de caso:** Homem, branco, 59 anos, procurou o pronto atendimento com queixa de dores nas costas há cerca de 6 meses, negando traumas ou quedas com piora progressiva e intensificação dolorosa naquela data. Referiu ainda perda de peso (cerca de 11 quilos em 2 meses), sem mudanças na dieta ou exercícios físicos. O exame físico constatou regular estado geral, prostração, desidratação e palidez. Em seu prontuário havia a descrição de três outras visitas ao mesmo serviço, com queixas semelhantes. O paciente foi internado e encaminhado ao serviço especializado, onde foram solicitados exames laboratoriais e tomografia da coluna toracolombar, que apresentaram os seguintes resultados: Anemia macrocítica e normocrômica (hemoglobina: 9,1g/dl), Imunoglobulina G - IgG: 10116 mg/dL (valor de referência 650 a 1600 mg/dL), Eletroforese de proteínas em soro, por capilaridade - Albumina: 2,36 (VR: 3,57 a 8,55 g/dL), Beta 1 Globulinas: 0,29 g/dL (VR: 0,30 a 0,64 g/dL), Gama Globulinas: 9,45 g/dL (VR: 0,71 a 1,67 g/dL) e pico monoclonal: 8,94 g/dL. Presença de pico monoclonal na região de gamaglobulinas. Pesquisa de proteína de Bence Jones: Negativa. Imunofenotipagem - Pannel proliferativo: Identifica-se 12,9% de células plasmocitárias com fenótipo anômalo e monoclonalidade de cadeia leve Kappa. Neoplasia de células plasmocitárias (Mieloma Múltiplo). Mielograma: Série Mononuclear: Presença de 22% de plasmócitos displásicos. Tomografia: Heterogeneidade óssea difusa, com áreas líticas difusas, sem efeito expansivo ou ou rotura cortical, inespecífico, devendo-se considerar a possibilidade de mieloma múltiplo. Sabe-se que, o diagnóstico do mieloma múltiplo, pode ser dado através da presença de Células plasmáticas clonais na medula óssea  $\geq 10\%$  ou biópsia comprovando plasmocitoma ósseo ou extramedular, evidência de lesão de órgão-alvo que possa ser atribuída à doença proliferativa de células plasmáticas subjacente, hipercalemia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas vistas em radiografia do esqueleto, TC ou PET-TC. Diante do exposto e dos resultados adquiridos através dos exames listados,