

^a Universidade Federal de Uberlândia (UFU),
Uberlândia, MG, Brasil

^b Universidade Federal do Triângulo Mineiro
(UFTM), 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 escuras 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 hipercalcemia, 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 sobrevida 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 MÚLTIPLO - 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 toracolumbar, 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, hipercalcemia, 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,

pode-se confirmar o diagnóstico de mieloma múltiplo. **Conclusão:** O caso clínico descrito, oferece um alerta ao serviço médico do pronto atendimento hospitalar, quanto à origem das dores lombares. É necessário ser cauteloso e criterioso na anamnese, uma vez que ela direciona o diagnóstico. A narrativa pessoal em relação a sensação dolorosa, o tempo que fora instalada, a quantidade de vezes que o mesmo se apresentou no serviço médico, sem a resolução do caso, a perda ponderal não intencional, todos estes fatores, devem ser considerados e avaliados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.436>

MIELOMA MÚLTIPLO COM DOENÇA EXTRAMEDULAR DISSEMINADA AO DIAGNÓSTICO

JO Martins, MCG Assis, LLM Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
- Hospital Brigadeiro, São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Relatar caso de mieloma múltiplo com doença extramedular disseminada ao diagnóstico, bem como descrever abordagem terapêutica utilizada. **Relato de caso:** Paciente feminina de 51 anos, previamente hígida, com história de nódulo na região anterior da coxa direita há 1 ano, de crescimento progressivo e dor local intensa. Associado a isso, notou aparecimento de pequenos nódulos em região de mamas e subcutâneo de membros superiores e inferiores. Realizou biópsia de pele e partes moles de coxa direita, compatível com plasmocitoma produtor de cadeia leve lambda (CD138 positivo, Kappa negativo, Lambda positivo, CD20 negativo, CD3 negativo, Ki-67 positivo 50%, CD30 negativo, ALK-1 negativo, EBV negativo, c-Myc negativo, MUM-1 positivo, HHV8 negativo). Exames laboratoriais com hemograma, função renal, cálcio e DHL dentro da normalidade, eletroforese de proteínas com 2 picos em gama (total de 1,38 g/dL), imunofixação sérica IgG lambda, beta2-microglobulina 2,4 mg/L, avaliação urinária de 24h com componente monoclonal de 0,35 g/dL IgG lambda. PET-CT ao diagnóstico apresentava captação de nódulos mamários de até 3,5cm (SUV máx 4,2); nódulos esparsos pelo subcutâneo e musculatura de membros superiores e inferiores, tórax e glúteo de até 3,5cm (SUV máx 5,4); lesões em adrenais de até 5,2cm (SUV máx 7,9); linfonodomegalias em cadeias mediastinal e inguinal de até 2,5cm (SUV máx 5,6); além de múltiplas lesões osteolíticas em esqueleto apendicular, destacando-se lesão em tibia direita com componentes de partes moles (SUV máx 6,1). Biópsia de medula óssea normocelular e normomaturativa, sem infiltração neoplásica (CD138 positivo em menos de 10%, kappa e lambda positivo focal). Concluído diagnóstico de mieloma múltiplo IgG lambda (ISS I, DSS IIIA). Iniciado tratamento com CyBORd, em atual resposta parcial, com PET de reavaliação após 4 ciclos mostrando redução importante da carga metabólica tumoral. Em programação de transplante autólogo de medula óssea. **Discussão:** O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia plasmocitária caracterizada pela presença de 10% ou mais de plasmócitos clonais na medula óssea ou biópsia de osso ou tecido mole compatível com

plasmocitoma, associada a 1 ou mais lesões de órgãos-alvo (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia, lesões osteolíticas). No caso relatado, paciente apresentava biópsia de partes moles compatível com plasmocitoma, com comprometimento extramedular disseminado (mamas, subcutâneo, músculos, linfonodos e adrenal), além de lesões osteolíticas. O acometimento extramedular representa uma forma agressiva do MM, caracterizada pela capacidade de um clone e/ou subclone crescer independentemente do microambiente da medula óssea. É representado pelos plasmocitomas de partes moles que surgem devido à disseminação hematogênica e não têm contato com estruturas ósseas. Em pacientes com MM recém-diagnosticado, essa incidência varia entre 0,5% e 4,8%. Os dados disponíveis mostram pior prognóstico quando comparado ao MM sem envolvimento extramedular. A maioria dos estudos que avaliam tratamento neste subgrupo de pacientes são estudos retrospectivos. **Conclusão:** O acometimento extramedular no mieloma múltiplo é uma apresentação rara, caracterizada por doença mais agressiva e pior desfecho em estudos clínicos. São necessários estudos prospectivos que incluam este subgrupo de pacientes, a fim de avaliar qual seria a abordagem terapêutica mais eficaz neste contexto.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.437>

GAMOPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO CLÍNICO (RENAL, CUTÂNEO E NEUROLÓGICO) RELATO DE 3 CASOS

S T, M D, K J, A A, V J, N F, O Ep, N F, P M

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Objetivos: Relatar casos de Gamopatia Monoclonal de Significado Clínico (GMSC), condição que pode estar sendo subdiagnosticada e as vezes confundida com Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI). O termo GMSC foi criado para descrever gamopatias monoclonais (GM) não malignas que causam acometimento clínico, principalmente em órgãos como rins, pele e sistema nervoso periférico. Esta condição deve ser diferenciada de GMSI, em que não há acometimento clínico pela proteína clonal e de situações neoplásicas como o mieloma múltiplo, em que a terapia para tal é prioritária. Pode apresentar-se acometendo difusamente órgãos, como na Amiloidose AL e na Síndrome de POEMS ou localizada, como nos casos a seguir **Material e métodos:** Relato de 3 casos clínicos **Resultados:** CASO 1 Gamopatia Monoclonal de Significado Renal: AFN, masculino, 47 anos, hipertenso, em investigação de síndrome edemigênica, disfunção renal e proteinúria de 18g. Em biópsia renal havia glomerulonefrite membranoproliferativa mediada por imunocomplexos com restrição de cadeia leve Kappa, esclerose global dos glomerúlos (27%) e marcação para IgG, C3, C1q, kappa. Apresentava também pico monoclonal (PM) IgG kappa e na medula óssea 5% de plasmócitos não clonais. Foi iniciado tratamento com Bortezomib, Ciclofosfamida e Dexametasona e após 3 meses vem evoluindo com melhora da função renal CASO 2 Gamopatia Monoclonal de Significado Cutâneo: JLN,