

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,