

MIELOMA MÚLTIPLO NÃO SECRETOR: UMA RARA APRESENTAÇÃO DA DOENÇA PLASMOCITÁRIA

LD Carvalho^a, AFM Fiorillo^a, WM Almeida^a,
MZ Rodrigues^a, NV Gimenes^a, WO Santos^a,
TA Nunes^a, AB Mingati^a, SMCBP Jesus^b,
AD Pereira^b

^a Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Sírio Libanês de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação anormal de plasmócitos monoclonais na medula óssea que podem levar à produção de uma proteína monoclonal (imunoglobulinas ou apenas cadeias leves das imunoglobulinas) e que podem causar diversas lesões de órgão-alvo (lesão renal, lesões óssea líticas, fraturas patológicas, anemia e hipercalcemia). Em aproximadamente 3 a 5% dos casos da doença, não há secreção de proteínas monoclonais, caracterizando o quadro de MM não secretor. A ausência de produção de proteína monoclonal nessa variante do MM, torna-a uma condição desafiadora tanto do ponto de vista diagnóstico quanto do ponto de vista de monitoramento de resposta ao tratamento. **Relato de caso:** Mulher de 62 anos, previamente hipertensa e diabética, busca atendimento em pronto-socorro com queixa de dor lombar, astenia e perda ponderal de 15 kg em 3 meses. Exames laboratoriais iniciais evidenciaram anemia (Hb 10,1; HCM 31,4; VCM 91,9), sem outras alterações bioquímicas dignas de nota, e tomografia de coluna lombar evidenciou fraturas patológicas de L2 a L5. Investigação ampliada para neoplasia plasmocitária evidenciou: Hb 9,7 g/dL, leucócitos 3430/mm³, neutrófilos 1840/mm³, plaquetas 151000/mm³, creatinina 0,86, cálcio total 9,4, albumina 4,5, desidrogenase láctica 165, IgA 24, IgG 346, IgM 18, eletroforese de proteínas séricas sem pico monoclonal, imunoeletroforese sérica e urinária sem componente monoclonal, cadeias kappa livres 7,4 mg/L, cadeias lambda livres 8,9 mg/L, relação kappa/lambda 0,83, beta-2-microglobulina 3,9 mg/L; RM protocolo mieloma evidencia fraturas patológicas T8, T11, T12 e L2 a L5 além de lesões ósseas infiltrativas difusas em coluna vertebral, arcabouço torácico, escápulas, bacia e ossos longos; mielograma com 64% de plasmócitos displásicos; imunofenotipagem de aspirado medular com 50% de plasmócitos anômalos que expressam CD138, CD38, CD20 e CD45 parciais, com perda de CD19, não sendo possível caracterizar clonalidade das cadeias leves; biópsia de medula óssea com infiltração de 50% de plasmócitos sem evidência de restrição de cadeia leve de imunoglobulina. Diante de tais resultados, conclui-se o diagnóstico de MM não secretor (DS IIA, R-ISS II) e foi iniciado tratamento com esquema tríplice bortezomibe, lenalidomida e dexametasona (VRD). Atualmente, a paciente finalizou o primeiro ciclo de tratamento e aguarda reavaliação de doença. **Discussão:** A rara apresentação do MM não secretor com ausência de produção de proteínas monoclonais pode dificultar o diagnóstico da doença, levando a um início de tratamento tardio com mais lesões de órgão-alvo e mais complicações clínicas. A suspeição de doença plasmocitária em pacientes com características sugestivas deve motivar uma investigação diagnóstica

mais aprofundada, mesmo quando os resultados de eletroforese e imunofixação de proteínas forem normais. Até o presente momento, não há evidências na literatura de diferença na resposta ao tratamento e diferença prognóstica em pacientes portadores desta variante de MM. Tendo em vista a raridade dessa apresentação clínica e escassez de dados na literatura, faz-se mister a descrição de casos clínicos como o apresentado neste relato.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1731>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B HIV-RELACIONADO COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO

GP Gutierrez^a, YAS Ivanoski^a, TA Nunes^a,
MPP Oliveira^a, AB Mingati^a, ESM Almeida^a,
LD Carvalho^a, WM Almeida^a, SMCBP Jesus^b,
VAL Vilela^b

^a Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Sírio Libanês de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é a neoplasia hematológica linfóide mais comum em adultos, com incidência ainda maior em pacientes HIV positivos (cerca de 45% dos linfomas não Hodgkin HIV-relacionados). Esses casos possuem curso clínico mais agressivo, com sintomas B mais frequentes, doença extranodal, envolvimento de locais incomuns e estágio clínico mais avançado ao diagnóstico, tornando-se relevante a descrição de casos clínicos dessa patologia. **Relato de caso:** Homem, 37 anos, diagnosticado com infecção por HIV em 2021, em uso regular de TARV (última carga viral indetectável, CD4 197), busca pronto-socorro com queixa de palpitação, dispneia em repouso e sudorese noturna há 4 dias. Tomografia de tórax com contraste evidenciou massa hiperatenuante e irregular no saco pericárdico com efeito compressivo de câmaras cardíacas direitas, espessamento difuso e leve derrame no pericárdio. Biópsia de massa cardíaca guiada por radiointervenção evidenciou LDGCB padrão centro germinativo, EBV negativo. FISH apontou rearranjo do gene MYC, sem rearranjo IGH/BCL2 e BCL6. Realizado PET CT FDG para estadiamento da doença, evidenciou acentuada atividade metabólica em diferentes locais: extensa lesão infiltrativa envolvendo as câmaras cardíacas direitas (SUV = 18,4); espessamento pericárdico difuso, principalmente na base (SUV = 14,9); na medula óssea do esqueleto apendicular, úmeros proximais e fêmures (SUV = 21,9); aumento do volume do baço com índice esplênico 1618,4. Estadiamento Ann Arbor IVB, CNS-IP1 4 com imunofenotipagem do líquido negativa para infiltração neoplásica. Optou-se por tratamento com esquema R-da-EPOCH e o paciente finalizou o C3 dos 6 ciclos programados. **Discussão:** O presente caso clínico demonstra uma apresentação atípica do LDGCB em um paciente HIV-positivo. O acometimento de saco pericárdico com extensa massa com efeito compressivo sobre as câmaras cardíacas levou a uma apresentação clínica extremamente não usual dessa neoplasia, com manifestações iniciais com palpitações e dispneia.