

ascórbico, que favorecem a absorção do ferro não heme. O tratamento oral da ADF inclui: sais ferrosos, ferro aminoquelato e ferripolimaltose. Os sais ferrosos são de rápida absorção, eficazes em corrigir a hemoglobina e os estoques de ferro, no entanto, podem provocar danos celulares, tem alto poder de toxicidade, absorção influenciada pela ingestão alimentar e elevada frequência de efeitos adversos. Já o ferro aminoquelato tem menos efeitos adversos e uma biodisponibilidade variável. A ferripolimaltose tem baixo risco de toxicidade e sua absorção não sofre influência dos alimentos, além de conferir ótimos resultados na correção da ADF e reestabelecimento dos estoques de ferro. A ferripolimaltose apresentou a melhor tolerância e os menores efeitos colaterais. A terapia parenteral, utilizada nos casos em que o tratamento oral não é indicado, compreende principalmente a aplicação de ferro por via endovenosa e da carboximaltose férrica (FCM). O ferro endovenoso é administrado na forma de gluconato e sacarato que apresentam excelente perfil de eficácia e segurança. Já a FCM, é indicada nos casos de anemia associada a inflamação crônica e em casos de não adesão ao tratamento, pois pode ser administrada em dose única. Por fim, o ferro polimaltosado aplicado por via intramuscular não é muito utilizada devido os efeitos adversos. **Conclusão:** Os resultados deste estudo propiciam a conscientização dos profissionais de saúde em relação à importância do controle e tratamento efetivo da ADF. O paciente ferropênico necessita de um atendimento multiprofissional, para que as consequências negativas sejam minimizadas e, até mesmo, extinguidas. Além disso, é imprescindível que novos estudos sejam realizados voltados para prevenção, diagnóstico e tratamento da temática em questão, tendo em vista que o Brasil, segundo o relatório de 2018 da Organização das Nações Unidas (ONU), é um país com grande suscetibilidade à desnutrição, devido a alterações climáticas e a desigualdade social, o que potencializa o número de pessoas com uma dietética deficiente em ferro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.040>

40

PLASMOCITOMA EXTRA-MEDULAR EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

E.J.W. Franco, A.T.B. Santos, L.A. Tatakawa

Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Neoplasias de células plasmocitárias são caracterizadas por proliferação clonal anormal de plasmócitos com produção monoclonal de imunoglobulina. Podem se apresentar na forma de múltiplas lesões (mieloma múltiplo) ou lesão única (plasmocitoma solitário). Plasmocitomas solitários frequentemente ocorrem em osso, porém também podem ser encontrados em outros tecidos (plasmocitoma extra-medular). **Objetivo:** Relatar um caso de plasmocitoma extra-medular em sistema nervoso central e revisão bibliográfica formal sobre o tema. **Relato do caso:** JSJ, sexo feminino, 52 anos, com quadro de primeira crise convulsiva da vida. Negava outros sintomas, exame clínico e laboratorial de entrada sem alterações significativas. Tomografia de crânio

com área hipertenuante ao nível da fissura inter-hemisférica com 3,2 cm de espessura. Ressonância magnética de crânio com lesão expansiva medindo cerca de 8,0 × 2,8 × 2,5 cm, localizada junto a foice inter-hemisférica. Optado por exérese do tumor via microcirurgia e exame histopatológico sugestivo de Plasmocitoma. Revisão de prontuário com anemia discreta (Hemoglobina de 11,7 g/dL), níveis de cálcio iônico dentro da normalidade (Cai 1,20 mmol/L), função renal normal (creatinina 0,7 mg/dL). Solicitado mielograma, com ausência de material imunofenótipo anômalo, ausência de pico monoclonal em eletroforese de proteínas, radiografia de ossos longos e coluna sem lesões líticas. Exames de imagens pós-operatórios sem lesão tumoral remanescente e paciente foi encaminhada para centro hematológico para acompanhamento. **Discussão:** Plasmocitoma extra-medular isolado representa aproximadamente 3% das neoplasias malignas de células plasmocitárias. Média de idade do diagnóstico é de 55 a 60 anos e 66% dos pacientes são do sexo masculino. A apresentação clínica são relacionados ao “efeito de massa” provocado a estruturas adjacentes. O diagnóstico de plasmocitoma isolado é dado por biópsia evidenciando tumor com evidência de células plasmocitárias com proliferação monoclonal e ausência de: anemia, hipercalemia, insuficiência renal ou lesões líticas. O tratamento de primeira linha para plasmocitoma isolada é radioterapia curativa. Caso a ressecção cirúrgica for realizada como parte do diagnóstico, a radioterapia seria indicada somente se há suspeita de doença local residual. Pacientes com diagnóstico de plasmocitoma isolado devem manter acompanhamento hematológico, uma vez que 10 a 15% dos paciente irão desenvolver mieloma múltiplo e menos que 7% irão apresentar recidiva local do plasmocitoma.

Referências

1. Caers J, Paiva B, Zamagni E, Leleu X, Bladé J, Kristinsson SY, et al. Diagnosis, treatment, and response assessment in solitary plasmacytoma: updated recommendations from a European Expert Panel. *J Hematol Oncol.* 2018;11:10.
2. Kilciksiz S, Karakoyun-Celik O, Agaoglu FY, Haydaroglu A. A review for solitary plasmacytoma of bone and extramedullary plasmacytoma. *ScientificWorldJournal.* 2012;2012:895765.
3. Soutar R, Lucraft H, Jackson G, Reece A, Bird J, Low E, et al. Guidelines on the diagnosis and management of solitary plasmacytoma of bone and solitary extramedullary plasmacytoma. *Br J Haematol.* 2004;124:717-26.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.041>

41

SOBRE A HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

D.A. Neumann, A. Bayerl, G.C. Friedrich, G.J. Graebin

Curso de Graduação em Medicina, Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville, SC, Brasil

