

410

### TROMBOCITOPENIA AGUDA INDUZIDA POR RITUXIMABE EM PACIENTE COM LINFOMA NÃO-HODGKIN DE ZONA MARGINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

G.M. Sales, V.L.P. Figueiredo, J.B.A. Neto, F.R. Cardoso, V.F. Paiva, I.L. Arce, P. Vicari

Serviço de Hematologia, Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Rituximabe é um anticorpo monoclonal quimérico direcionado contra a proteína CD20 utilizado para o tratamento de diversas patologias, tais como os Linfomas de células B, em monoterapia ou parte do esquema quimioterápico. Além disso, também é considerado, em segunda linha, opção terapêutica de trombocitopenia imune. A ocorrência de trombocitopenia aguda induzida após Rituximabe é rara. **Objetivo:** Relatar um caso raro de trombocitopenia aguda pós Rituximabe em paciente com diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin (LNH) de Zona Marginal. **Relato de caso:** Mulher, 71 anos, previamente hígida com histórico de perda ponderal não aferida e esplenomegalia. Na investigação apresentou os seguintes exames: hemoglobina de 10,1 g/dL; leucócitos 1.980/mm<sup>3</sup>; Plaquetas 112.000/mm<sup>3</sup>; Ressonância Nuclear Magnética abdominal com linfonodomegalias e baço de dimensões aumentadas medindo 22 cm no maior eixo; PET-CT evidenciando aumento de atividade metabólica em esplenomegalia compatível com infiltração linfomatosa com SUV 3,1; estudo medular compatível com Linfoma de Zona Marginal. Paciente foi submetida a tratamento com Rituximabe 375 mg/m<sup>2</sup>. Durante infusão, a paciente apresentou desconforto respiratório e dessaturação leves, sem demais intercorrências e cessaram ao pausar a infusão e retorná-la em seguida. Em hemograma de rotina, realizado logo após término da infusão de Rituximabe, paciente apresenta plaquetas de 7.000/mm<sup>3</sup>, repetida e confirmada, sendo optado por transfusão de plaquetas 01 UI/10kg/peso. Durante seguimento apresenta melhora progressiva, redução da massa tumoral, sem sangramentos, sem necessidade de terapia específica para a plaquetopenia e atingindo plaquetas de 86.000/mm<sup>3</sup> após 10 dias da infusão do Rituximabe. No ciclo subsequente de Rituximabe, a paciente não apresentou o quadro de plaquetopenia, ainda em programação de receber mais duas doses. **Discussão:** Rituximabe é um agente altamente efetivo utilizado no tratamento em Linfomas de células B e, geralmente, bem tolerado. A neutropenia aguda induzida por ele já foi descrita em alguns casos, no entanto, trombocitopenia aguda é um efeito colateral raro que já foi descrito em poucos casos de pacientes com neoplasias, bem como Linfoma Folicular, Leucemia linfocítica crônica, LNH Zona Marginal, Linfoma do Manto, Tricoleucemia, além de casos como Granulomatoses com poliangeíte, e permanece com sua patogenia incerta, podendo estar associada a carga tumoral. Na literatura estão descritos dispneia, febre, náusea, vômito, cefaleia e flushing como efeitos adversos ao uso de Rituximabe. Pancitopenias também podem ocorrer de semanas a meses após a infusão, porém com uma evolução mais lenta, e normalmente, auto limitada. Dentre os efeitos adversos possíveis ao



uso desta medicação, a trombocitopenia é um evento raro, de fisiopatologia ainda não elucidada, porém podendo estar relacionada com altas cargas tumorais. O diagnóstico precoce desta complicação, em geral, evolui com estabilidade clínica, sem consequências graves. A plaquetopenia aguda induzida por Rituximabe pode ser um evento subestimado na literatura, pois o controle com hemograma após a infusão da droga não é usual em pacientes sem repercussões clínicas, sendo neste caso um achado. **Conclusão:** Com este relato, acreditamos que a contagem plaquetária deve ser considerada em casos selecionados, principalmente quando associados a alta carga tumoral e pacientes com reação ao Rituximabe.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.412>

### MIELOMA MÚLTIPLO

411

### ACOMETIMENTO CUTANEO PRECOCE EM PACIENTE COM MIELOMA MULTIPLO: UM RELATO DE CASO

M.B. Nunes<sup>a</sup>, E.D.C. Viana<sup>b</sup>, F.L. Nogueira<sup>a</sup>, E.A.S. Carvalho<sup>a</sup>, J.M.T.P.D. Nascimento<sup>a</sup>, P.N.R.J. Faria<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Luxemburgo, Instituto Mario Penna, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>b</sup> Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

**Introdução:** O mieloma múltiplo (MM) compreende 1% de todos os tumores malignos e 10% das neoplasias hematológicas, afetando principalmente os idosos. Manifesta-se geralmente por citopenias, disfunção renal, hipercalcemia e lesões líticas ósseas. Raramente pode ocorrer infiltração de plasmócitos clonais em partes moles devido a disseminação hematogênica. Trata-se da chamada doença extramedular (EM), uma entidade extremamente agressiva, caracterizada pela resistência ao tratamento e que confere mau prognóstico aos pacientes. O envolvimento cutâneo é raro, e geralmente se apresenta na forma de plasmocitoma ou lesões nodulares que envolvem uma área bem demarcada da pele. Relatamos o caso de uma paciente com lesões cutâneas relacionadas ao MM, sem acometimento ósseo subjacente, após transplante de medula óssea (TMO) autólogo. **Apresentação do caso:** Paciente sexo feminino, 67 anos, diagnosticada com mieloma múltiplo IgG/Kappa, estadiamento ISS III e DS IIIA em abril/2019, durante propedêutica de anemia hipoproliferativa, hipercalcemia e lesões ósseas líticas difusas em tomografia computadorizada. Mielograma revelou infiltração por 62% de plasmócitos. Submetida a tratamento com 7 ciclos de CTD (ciclofosfamida, dexametasona e talidomida), atingindo resposta parcial muito boa. Foi então encaminhada para transplante autólogo de medula óssea. Quatro meses após a interrupção da quimioterapia, enquanto aguardava o TMO, a paciente evoluiu com o pequenas lesões nodulares eritematosas em membros inferiores. Não se suspeitou que tais lesões pudessem ser secundária ao MM e procedeu-se com o condicionamento do TMO, com resolução das lesões. Após 50 dias do transplante, a paciente intercorreu novamente com

