

mos uma paciente com diagnóstico confirmado de amiloidose, porém cujo subtipo não pode ser confirmado. O diagnóstico foi feito de forma tardia, uma vez que as manifestações clínicas são pouco específicas, além da paciente ter múltiplas comorbidades justificando o quadro clínico inicial. Observamos no caso alterações hepáticas, cardíacas e renais, todos devido ao acúmulo amiloide nos tecidos. O subtipo mais comum de amiloidose, a AL ou primária, apresenta padrão semelhante observado no presente caso. Embora o depósito amiloide no fígado seja comum, as manifestações de doença clínica hepática são relativamente raras. A colestase é encontrada em aproximadamente 5% dos casos na amiloidose primária e quando presente é um achado de prognóstico sombrio, que cursa com sobrevida média de 3 meses. A insuficiência cardíaca surge na maioria dos doentes, inicialmente na forma de disfunção diastólica, o que resulta em dispnéia ao esforço. Com a progressão da doença, surge também disfunção sistólica, culminando com edema periférico e ascite, decorrentes de disfunção do ventrículo direito. O rim manifesta-se clinicamente como síndrome nefrótica associada a diminuição da função renal em 50% dos casos. O diagnóstico requer a identificação de proteína amiloide, que pode ser feita através da coloração com vermelho do Congo na biópsia. A biópsia da gordura abdominal subcutânea é positiva em aproximadamente 85% dos doentes com amiloidose AL. O tratamento dos pacientes com amiloidose AL inclui quimioterapia e transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas a depender do risco e performance status do paciente. Notamos no caso descrito uma apresentação multissistêmica com vários marcadores de prognóstico reservado, como acometimento cardíaco e hepático apresentando-se com colestase. Além disso houve um retardo no diagnóstico devido múltiplas comorbidade como fatores de confusão, impossibilitando tempo hábil para tratamento específico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.418>

417

AMILOIDOSE: REVISÃO DE CASOS DO AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR DO HOSPITAL DE BASE/FAMERP

A.L.J. Silva, J.C. Oliveira, C.R. Camargo, C.O. Borges, G.M. Raitz, I. Garbin, L.N. Farinazzo, M.S. Urazaki, N.F. Beccari, C.E. Miguel

Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivo: Revisar casos de amiloidose do ambulatório multidisciplinar de amiloidose do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (HB/FAMERP), classificar os subtipos e enfatizar a importância de se realizar diagnóstico e tratar adequadamente. **Método:** Os dados foram obtidos de forma sistemática, por meio de entrevista e revisão do prontuário, com autorização prévia dos pacientes. **Resultados:** O ambulatório multidisciplinar de amiloidose do HB/FAMERP tem por objetivo centralizar pacientes com diagnóstico da referida doença e oferecer abordagem multidisciplinar, com tratamento adequado. Envolve

as disciplinas de Hematologia, Transplante de Medula Óssea, Nefrologia, Cardiologia e Neurologia. Desde seu início, em Out/19, 12 pacientes foram encaminhados para seguimento. A média de idade é de 68 anos (56-85 anos), sendo 2/3 do sexo masculino. Oito pacientes receberam diagnóstico de amiloidose de cadeias leves (AL), sendo que destes, 1 paciente apresentou a necessidade da espectrometria de massa para definição. Destes 8 pacientes, 3 receberam tratamento com melfalan/dexametasona (1 realizou TCTH, 1 mantém seguimento e 1 foi à óbito por complicações de cirrose por infiltração amiloide); 3 foram tratados com melfalan/bortezomibe/dexametasona (1 aguarda transplante de medula óssea, 1 transplantado e outro foi a óbito por causa não-associada); outros 2 receberam esquema VCD (1 transplantado e outro foi à óbito por causa não-associada). Dois casos são amiloidose associada à transtirretina wild type (ATTRwt) e 2 são amiloidose AA (adenocarcinoma pulmonar; micose fungoide). **Discussão:** A amiloidose é uma doença sistêmica caracterizada pelo depósito anormal de proteína amiloide em órgãos-alvo, levando à sua disfunção, sendo identificada nas biópsias pela birrefringência cor verde-maçã com luz polarizada, após coloração com corante vermelho-congo. O tipo de proteína amiloide precursora define o subtipo. A amiloidose AL é a mais comum, causada pela deposição de cadeias leves de imunoglobulina, produzidas por clones de plasmócitos; pode acometer rim, fígado, coração, medula óssea e nervos. Já a amiloidose AA resulta de deposição de proteína amiloidose A em vigência de quadros inflamatórios crônicos (ex.: Artrite Reumatoide). A Amiloidose ATTR decorre do depósito de transtirretina; pode ser dividida em hereditária ou tipo selvagem. No geral, a incidência de todas as formas aumenta com a idade, conforme evidenciado pela faixa etária dos pacientes descritos. A definição do tipo de amiloidose, em alguns casos, é desafiadora. A presença de um componente monoclonal encontrado no sangue não define, necessariamente, AL amiloidose, por exemplo; afinal, a incidência de Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado na velhice não é incomum, o que torna o diagnóstico mais complexo. **Conclusão:** A amiloidose é doença incomum, ainda subdiagnosticada devido a baixa suspeição clínica. A abordagem multidisciplinar facilita o diagnóstico, tratamento e seguimento, com melhora nos desfechos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.419>

418

ANÁLISE DA REDUÇÃO DE DOSE EM PACIENTES EM TRATAMENTO COM LENALIDOMIDA PARA TRATAMENTO DE MIELOMA MÚLTIPLO

C. Moneró, R. Cunha, P.N. Silva

Grupo Oncoclínicas, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Devido à heterogeneidade das alterações genético-moleculares envolvidas na sua fisiopatologia, o mieloma múltiplo (MM) é uma doença extremamente variável do ponto de vista de apresentação clínica e evolução, sendo a sobrevida mediana dos pacientes de aproximadamente três anos a partir do diagnóstico. Em pacientes com

