

sobre o tratamento, algumas literaturas sugerem toracocentese terapêutica, inserção de dreno torácico e regimes de quimioterapia mais agressivos. **Conclusão:** O derrame pleural mielomatoso é uma condição clínica que implica pior prognóstico e deve entrar no diagnóstico diferencial de pacientes com quadro clínico sugestivo, sobretudo naqueles com histórico de mieloma múltiplo. Mais estudos são necessários para a construção de um consenso terapêutico, o que justifica a exposição do tema aos profissionais na área da saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.428>

427

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA CRIOGLOBULINEMIA TIPO I COM EVOLUÇÃO PARA GAMOPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO RENAL: RELATO DE CASO

R.S. Szor^a, P.P. Neffá^a, G.M. Santos^a, D.N. Cysne^a, L.B. Cavalcante^b, H.F. Giordano^c, J.M.C. Monteiro^c, R.D.R. Moraes^b, F.S. Seguro^a, G.A. Martinez^a

^a Serviço de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^b Divisão de Anatomia Patológica, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^c Serviço de Reumatologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

A gamopatia monoclonal de significado indeterminado (GMSI) é condição frequente na população acima de 50 anos e aumenta com a idade. Por muitos anos, foi considerada alteração benigna e isenta de repercussão clínica. Porém, sabe-se atualmente que pode relacionar-se a manifestações clínicas variadas incluindo alterações renais, reumatológicas, neurológicas e cutâneas, dentre outras. Assim, tem-se o conceito de gamopatia monoclonal de significado clínico. A gamopatia monoclonal de significado renal (GMSR), descrita em 2012, corresponde a cerca de 10% das GMSIs e representa entidade subdiagnosticada. Relatamos o caso de uma paciente que ilustra as dificuldades no diagnóstico e manejo terapêutico da GMSR na prática clínica. Paciente feminina, 32 anos, iniciou em 2018 quadro clínico de púrpura, parestesias e dor em extremidades com piora no frio. Investigação inicial evidenciou presença de crioglobulinas e componente monoclonal IgG *Kappa* em imunofixação sérica, recebendo o diagnóstico de crioglobulinemia tipo 1. Biópsia de pele foi compatível com vasculite leucocitoclástica. A paciente recebeu inicialmente glicocorticoide, metotrexate e azatioprina, sem resolução do quadro. Em janeiro de 2020 apresentou anasarca associada a proteinúria subnfrótica e dismorfismo eritrocitário, recebendo pulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida e a seguir rituximabe

e micofenolato, com melhora parcial do quadro clínico. Dois meses após, houve progressão da proteinúria para níveis nefróticos (6 g/24h), além de sedimento urinário ativo, piora da anasarca e da função renal. Avaliada pela Hematologia que realizou investigação medular, sendo evidenciados 10% de plasmócitos, a maioria *Kappa*, em biópsia de medula óssea e 6,8% no aspirado, sendo 1,5% destes anômalos e clonais pela imunofenotipagem. Complementação diagnóstica para neoplasia plasmocitária mostrou: componente monoclonal de 150 mg/L em eletroforese de proteínas urinárias, imunofixações sérica e urinária positivas para IgG *Kappa*, ausência de componente monoclonal sérico, cadeias leves livres normais, cálcio normal, creatinina sérica de 2,2 mg/dL, hemoglobina de 9,7 g/dL e ausência de lesões ósseas por tomografias de baixa dose. Realizada biópsia renal, com achado de glomerulonefrite membranoproliferativa com depósitos de IgG *Kappa*, compatível com glomerulonefrite crioglobulinêmica. Concluiu-se que a paciente apresentava GMSR associada a crioglobulinemia tipo 1, sendo então indicado tratamento direcionado à neoplasia plasmocitária subjacente. Diferente dos outros tipos de crioglobulinemia, a do tipo 1 está relacionada a distúrbio hematológico clonal. No caso relatado, por se tratar de discrasia plasmocitária, o tratamento de escolha deve ser baseado em agentes com ação anti-células plasmáticas. Isso é reforçado, nesse caso, pela ausência de resposta e progressão da doença após uso de diversos esquemas imunossupressores. O diagnóstico de GMSR representa um desafio na prática clínica. A abordagem conjunta de diferentes especialistas, a suspeita clínica precoce e a realização de biópsia renal são fundamentais para abreviar o diagnóstico, permitindo a rápida instituição do tratamento direcionado à desordem hematológica de base, poupando o paciente de tratamentos adicionais e evitando progressão da lesão renal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.429>

428

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PLASMOCITOMA PLASMABLÁSTICO, PLASMOCITOMA SARCOMATÓIDE E LINFOMA PLASMABLÁSTICO: RELATO DE CASO

L.F.S. Dias, I.S.E. Pimentel, D. Silva, A.I.D.D. Santos, D.C.O.S. Lopes, F.P.S. Santos, L.L.C. Teixeira, A. Ribeiro, M.N. Kerbauy

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Plasmocitoma plasmablástico é doença rara e desafiadora, tanto pela dificuldade diagnóstica quanto pela escassez de recursos terapêuticos eficazes. Dentre os principais diagnósticos diferenciais, estão mieloma múltiplo e linfoma plasmablástico, com grande sobreposição de características morfológicas e imuno-histoquímicas entre estas entidades. **Objetivo:** Descrever diagnóstico desafiador de paciente com plasmocitoma plasmablástico variante sarcomatóide e as estratégias terapêuticas utilizadas. **Relato de caso:** Mulher de 75 anos, com antecedentes de diabetes e hipertensão, apresenta quadro de dor em região inguinal dire-

