

Introdução: Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica resultante de uma proliferação clonal plasmocitária maligna associada ao surgimento de uma produção defeituosa de proteínas monoclonais. Representa 1% das neoplasias totais e 13% das hematológicas. Idade média de 70 anos, sendo mais comum nos homens e negros. Somente 0,6% de todos os casos são diagnosticados antes dos 35 anos. **Objetivos:** Relatar caso clínico e alertar quanto às possibilidades de manifestações atípicas de MM em pacientes mais jovens, visando diagnóstico precoce. **Materiais e métodos:** Levantamento de prontuário, descrição e discussão de relato de caso clínico, por meio de uma revisão integrativa utilizando bases de dados PUBMED, MEDLINE, BVS e SCIELO. **Relato de caso:** Homem, 34 anos, pardo, queixa de inapetência, epigastralgia, perda ponderal, redução da acuidade visual e turvação visual. Exame físico evidenciava mucosas hipocoradas, sem outras alterações. Biópsia de lesões planas em fundo gástrico evidenciou extensa proliferação plasmocitária atípica, com restrição de cadeia leve de imunoglobulina *lambda* e proliferação linfóide B e T mistas. Laboratoriais com anemia normocítica-normocrômica, plaquetopenia e elevação de escórias nitrogenadas, aumento de beta-2-microglobulina e cadeia leve *kappa*, presença de proteínas de Bence Jones em análise de urina de 24 horas. O perfil imunofenotípico do mielograma demonstrou a presença de 0,7% de linfócitos B maduros policlonais, com uma relação entre as cadeias leves *kappa/lambda* = 2:1; 16,5% de linfócitos T maduros; e 52,08% de plasmócitos (0,2% correspondiam a plasmócitos policlonais, com uma relação entre as cadeias leves de imunoglobulina de citoplasma *kappa/lambda* = 1,5:1; e 99,8% se referiam a plasmócitos anômalos). Tomografia computadorizada da coluna evidenciou focos osteolíticos em corpos vertebrais e demais estruturas ósseas. Ressonância magnética de órbitas sem alterações e avaliação da oftalmologia forneceu a hipótese diagnóstica de neuropatia carencial óptica, no entanto, diante da suspeita de MM, foi aventado a possibilidade da relação com síndrome de hiperviscosidade. **Discussão:** No MM, a partir de alterações genéticas e mudanças no microambiente da medula óssea, tem-se a geração de um plasmócito neoplásico e inicia-se a secreção de somente um tipo protéico, resultando em acúmulo de proteínas monoclonais e produção de imunoglobulinas formadas sempre pela mesma cadeia leve e pesada – que determinam a clínica da doença. Além das manifestações clínicas e laboratoriais típicas de MM (dor óssea ou grau de disfunção óssea, alteração da função renal e anemia normocítica-normocrômica, o caso relatado apresenta manifestações atípicas - menos de 5% dos pacientes com MM dispõem da síndrome de hiperviscosidade, levando ao surgimento de púrpuras, perda de visão, síndromes neurológicas centrais, neuropatia periférica, insuficiência cardíaca e alteração da função plaquetária. Suspeita-se de síndrome de hiperviscosidade em detrimento não só da trombocitopenia, como também da redução da acuidade visual. Pequena porcentagem apresenta infiltrações extramedulares na forma de plasmocitoma, sendo a afecção gastrointestinal uma das mais raras. **Conclusão:** A clínica do MM se torna mais evidente quando 30% ou mais das células plasmáticas se encontram atingidas pela doença e, por isso, mais frequentemente, é diagnosticado mediante uma avaliação laboratorial mais profunda de situações comuns e

inespecíficas. No presente caso, seu diagnóstico deu-se a partir de uma queixa de inapetência e síndrome consumptiva, sendo primordial a investigação etiológica das queixas e alterações laboratoriais apresentadas pelos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.339>

MIELOMA MÚLTIPLO COM PICO DE CADEIA LEVE LIVRE SÉRICA LAMBDA: UM RELATO DE CASO

JFM Pedreiro^a, JMGG Oliveira^a, JP Dantas^a,
ALPL Bezerra^a, FCB Filho^b

^a Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

^b Hospital Rio Grande, Natal, RN, Brasil



Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia de linfócitos B maduro (plasmócitos) que acomete aleatoriamente a medula óssea (MO), produzindo imunoglobulina monoclonal. Corresponde a 1% dos tumores e mais de 17% das neoplasias hematológicas, mais comum em idoso, sexo masculino e na raça negra. Os fatores de risco incluem alto índice de massa corporea e gamopatia monoclonal de significado indeterminado. Geralmente cursa com anemia, doença óssea (dor, fratura, lesão lítica), hipercalcemia, lesão renal (LR) e pico monoclonal. A estratificação de risco é feita através do Revised International Staging System (R-ISS), determinando prognóstico e tratamento. **Caso clínico:** Mulher, 61 anos, grande tabagista, apresentou lombalgia progressiva e intensa em dezembro 2020, que a levou a realizar uma ressonância magnética de coluna lombar (medular óssea difusamente heterogênea, imagens nodulares de baixo sinal, realce intenso sobretudo no osso ilíaco direito e fratura patológica no corpo vertebral de T12). Após 2 meses, procurou o ambulatório de hematologia, onde realizou mielograma que não evidenciou a plasmocitose medular necessária, sendo, portanto, realizado um estudo morfológico e imunohistoquímico da MO, confirmando MM por plasmocitose medular clonal e restrição de cadeia leve. A avaliação da eletroforese (EPF) e imunofixação (IF) de proteínas séricas e urinárias foi negativa, mas a pesquisa da cadeia leve livre sérica revelou 922 mg/L (VR: 8,3-27) as custas de cadeia *lambda* leve livre (MM de cadeia *lambda* livre). Laboratório: hemograma normal, desidrogenase lática 511,2 U/L (VR: 230-460), albumina 4,4 g/dL, globulinas 3,95 g/dL, creatinina sérica: 2,35 mg/dL, cálcio normal e beta2 microglobulina aumentada (4,5), caracterizando um estágio ISS II. A paciente foi incluída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no protocolo VCD (Bortezomibe, Ciclofosfamida e Dexametasona). Pelo histórico de tabagismo, foi realizada tomografia de tórax, que descartou neoplasia pulmonar. **Discussão:** O MM tem quadro clínico heterogêneo por sua natureza sistêmica. No aspirado medular em 90% dos casos é encontrado plasmocitose >10% sendo o critério morfológico necessário para o diagnóstico. Porém, nesse caso, a biópsia de MO que foi conclusiva. A paciente abriu o quadro com fratura, LR, sem anemia ou hipercalcemia e, excepcionalmente, sem pico monoclonal na triagem com EPF e IF séricas e urinárias, necessitando de ampliação com pesquisa de cadeia leve livre sérica, fundamental para avaliação diagnóstica e estadiamento, onerosa e nem sempre disponível. Deve-se solicitá-la

principalmente em pacientes sem pico monoclonal e com insuficiência renal, já que o MM de cadeia leve livre é o que mais causa LR. O Bortezomibe, recentemente incorporado ao protocolo do SUS, melhora prognóstico. O foco do tratamento atual se baseia em risco genético e novas terapias, revolucionando combinações de drogas seguras, eficazes em induzir resposta duradoura e completa. Na ausência dessas, o auto-transplante de células tronco hematopoéticas tem seu papel importante de consolidar o tratamento. **Conclusão:** O MM é uma doença sistêmica e heterogênea, muitas vezes negligenciada por médicos generalistas ou de outras especialidades, sendo fundamental o serviço hematológico especializado para correta avaliação diagnóstica, de risco geral e genético. Diagnóstico precoce, como em todo câncer, e acessos a terapias eficazes e seguras são fundamentais para seu sucesso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.340>

MIELOMA MÚLTIPLO COM PLASMOCITOMA SECUNDÁRIO: RELATO DE CASO

ML Puls, CR Duch, HL Carrascossi, FM Duch, TC Ribas

Santa Casa de Araraquara (SCA), Araraquara, SP, Brasil

Relato: Paciente B.A., masculino, 67 anos, pardo, aposentado (ocupação prévia: taxista), sem ensino médio concluído. Histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC (tabagista 1 maço/dia há 55 anos, aproximadamente), obesidade grau III, hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna, fazendo uso irregular de finasterida, doxazosina, ácido acetilsalicílico, hidroclorotiazida, enalapril e salbutamol. Foi encaminhado para hospital terciário originalmente para avaliação cardíaca e pneumológica devido quadro de dispneia persistente ao repouso. Em admissão, chamava a atenção volumosa massa têmporo-parietal á direita, recoberta por lâmina cutânea, de consistência pétrea, aderida à planos profundos, que paciente referiu notar há aproximadamente 3 meses. Também evidenciado dor á abdução do membro superior direito (MSD), incapacitando amplitude do movimento, há aproximadamente 1 mês segundo o paciente, que nunca procurou atendimento específico para esses achados. Observado também a dependência de oxigenoterapia suplementar, com gasometrias seriadas apresentando critérios de hipoxemia e acidose respiratória. Seus exames admissionais demonstraram: Hb: 10,7 g/dL — VCM: 87 fL — Leucócitos totais: 9.470 — Segmentados: 64% — Plaquetas: 334.000 — Reticulócitos: 2,9% — Ácido úrico: 9,7 mg/dL — Cálcio total: 11,4 mg/dL — Creatinina: 1,52 mg/dL — Ureia: 69 mg/dL — RNI: 1,5. Uma suspeita de mieloma múltiplo foi levantada. Eletroforese de hemoglobinas com pico monoclonal de 24% em setor gama (proteínas monoclonais 1,01 g/dL) e B-2-microglobulina de 7,5 mg/L. Sua tomografia (TC) de crânio descreveu a lesão como “expansiva neoplásica, extra-axial, medindo 13,6 x 12,0 x 6,8 cm, densidade e reforço heterogêneo e calcificações de permeio, com áreas centrais de padrão vascular. Há erosão óssea adjacente e efeito de massa local, com discreta compressão do

parênquima cerebral adjacente e do ventrículo ipsilateral”. A TC de tórax demonstrou enfisema panlobular extenso, grau IV, com faveolamento periférico extenso. Ecocardiograma com fração de ejeção de 66% (Teicholz), desempenho sistólico de ventrículo direito deprimido em grau discreto e hipertensão pulmonar. Radiografia de crânio com inúmeras lesões osteolíticas em saca-bocado (a maior, de 9 mm) e ressonância de MSD com formação expansiva, com epicentro na medular da diáfise umeral, insuflativo, ruptura da cortical e volume 7,4 x 3,9cm. Realizado biópsia da lesão craniana e da medula óssea, evidenciando aumento de células plasmocitoides, com medula tomada por aproximadamente 70% de plasmócitos (imunofenotipagem: CD10- CD56+). Paciente diagnosticado com DPOC mMRC 4 — CAT 36 e mieloma múltiplo ISS — III, Durie-Salmon III-A. Para o quadro pulmonar, foi prescrito beclometasona, formoterol e glicopirrônio inalatórios e oxigenoterapia suplementar domiciliar com cateter nasal e máscara *on demand*. Em avaliação ortopédica, optado por manejo conservador da lesão em MSD com analgesia e imobilização. Optado por tratamento com ciclo inicial de talidomida, dexametasona e ácido zoledrônico e, para lesão craniana, realizado ciclo de 5 sessões de radioterapia com 20 GY / 5 FR. Paciente evoluiu a óbito, em vigência de acompanhamento, 8 meses após o diagnóstico. **Discussão:** Paciente com DPOC avançado e diversos critérios de prognóstico sombrio para mieloma múltiplo. Consta que em média, 50% dos mielomas com plasmocitoma secundário evoluem a óbito em 6 meses pós-diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.341>

MIELOMA MÚLTIPLO COM RECIDIVA LINFONODAL

ACB Barros, ATS Rabelo, ECG Oliveira, ISSV Duque, LM Mello, MES Sousa, MM Mendes, DE Silva, FS Camargo, MPS Souza

Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), Pouso Alegre, MG, Brasil

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) corresponde à expansão clonal de plasmócitos na medula óssea e à produção de imunoglobulina monoclonal, o que provoca uma progressiva destruição óssea, frequentes infecções, anemia e falência renal. A maior incidência de Mieloma Múltiplo ocorre em indivíduos do sexo masculino e com faixa etária acima dos 60 anos, sendo raros os casos da doença em pessoas mais jovens. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso de Mieloma Múltiplo, com monoclonalidade para cadeia leve lambda e IgA recidivado com doença linfonodal, em paciente do sexo feminino. **Relato:** Paciente feminina, 59 anos, iniciou com lesão em região esternal associado a dor de grande intensidade com crescimento importante dentro de 15 dias. Ao exame físico apresentava massa palpável em região esternal que diminuiu com uso de corticoide. A ressonância magnética mostrou suspeita de neoplasia. Realizada biópsia que confirmou um plasmocitoma. Exames de sangue e medula óssea diagnosticaram Mieloma Múltiplo IgA/ lambda IIA. Realizou 6 ciclos de Cybord e radioterapia em região

