

mm³ (Neutrófilos 4201 mm³, Linfócitos 7561 mm³ e células anômalas 69736 mm³), plaquetas 79 mil/μL, DHL 358 U/L, Albumina 3,3 g/dL, Cálcio corrigido 9,6 mg/dL. Realizadas tomografias em 20/07, demonstrando múltiplas lesões líticas na calota craniana, ossos da face e da base do crânio e nos ossos ilíacos, bem como fratura compressiva de L3; Tórax com moderado derrame pleural bilateral e atelectasia restritiva do parênquima pulmonar. Tendo em vista o quadro atual de paciente, realizado toracocentese de alívio com presença de 40% de plasmócitos no líquido pleural. Esfregaço de sangue periférico demonstrava células com morfologia mais sugestiva de linfoplasmócitos. Entretanto, imunofenotipagem de sangue periférico evidenciou 86% de plasmócitos clonais que expressam os antígenos CD38 de elevada intensidade, CD138 e imunoglobulina de cadeia leve kappa intracitoplasmática, em associação à perda anômala do antígenos CD19 e CD45 e expressão negativa de CD56 e cadeia leve lambda (citop.), compatível com leucemia de plasmócitos. Eletroforese de proteínas com imunofixação revelou a presença de componente monoclonal em cadeia leve Kappa sem correspondência de cadeias pesadas IgG, IgM e IgA, com relação K/L de 3,80; Diante da gravidade do quadro e status performance de paciente (ECOG 4), optado por esquema de quimioterapia paliativa com Ciclofosfamida 450 mg, Dexametasona 20 mg e Bortezomibe 1,3 mg/m² para controle de sintomas, com início em 21/07/23. Porém, paciente manteve leucometria acima de 80000 mm³ durante toda internação. Evoluiu, 14 dias após, com quadro de insuficiência respiratória, sendo priorizado conforto e alívio de dispnéia, com evolução para óbito na mesma data. **Discussão:** A LCP é uma variante rara e agressiva do mieloma múltiplo (MM), podendo se apresentar como manifestação inicial da doença, sendo denominada LCP primária, que corresponde a 60% dos casos, ou uma progressão do MM previamente diagnosticado - LCP secundária. Representa cerca de 3 a 5% de todas as neoplasias plasmocitárias no mundo e 1,7% no Brasil. Possui sobrevida média de 6 meses com quimioterapia padrão VAD e 15 meses com uso de Bortezomib e Talidomida. Os critérios diagnósticos atuais incluem número absoluto de Plasmócitos circulantes superiores a 2,0×10/L e/ou plasmocitose >5% da contagem diferencial de leucócitos no sangue periférico. **Conclusão:** O caso em questão ilustra uma forma rara de doença monoclonal de plasmócitos, que deve ser lembrada como possível causa de leucocitose, já que se trata de uma apresentação muito agressiva da neoplasia maligna de plasmócitos e o retardo no seu reconhecimento pode impactar na dificuldade de realização de quimioterapia adequada pela perda de condição clínica do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.791>

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EM PACIENTE PÓS-TRANSPLANTE CARDÍACO POR AMILOIDOSE HEREDITÁRIA

ASA Silva, MESE Sá, DF Moura, GSD Cortez,
MFH Costa, MCDM Cahu, VECB Dantas,
JO Vieira, ACC Lopes, AQMS Aroucha

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando
Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: mieloma múltiplo é uma neoplasia de células plasmáticas localizado principalmente na medula óssea (MO), com características biológicas ligadas à secreção de grandes quantidades de anticorpos e suas interações com o microambiente da MO. O plasmocitoma extramedular é um tumor solitário constituído por células plasmáticas neoplásicas, com pouco/nenhum envolvimento da MO. **Objetivo:** relatar caso de plasmocitoma extramedular em paciente pós-transplante cardíaco por amiloidose hereditária. **Relato:** masculino, 66 anos, com insuficiência cardíaca de causa isquêmica, recebeu diagnóstico de miocardiopatia dilatada em 2017. RM cardíaca sugeriu amiloidose e histopatológico de pele e subcutâneo abdominais concluiu amiloidose ATTR (tipo transtirretina), com depósitos de vermelho do Congo, compatível com amiloidose hereditária. Por cardiopatia amiloide, realizou o transplante no mesmo ano. No fim de 2021, surgiu lesão exofítica na região deltoide de membro superior direito (MSD), de rápido crescimento e pruriginosa, cuja histopatologia indicou plasmocitoma. Cintilografia cardíaca com ausência de sinais de amiloidose. Tomografias, inventário ósseo e imunoelutroforeses sem alterações; biópsia de MO com 10% de plasmócitos e vermelho do Congo negativo. PET-CT com hipermetabolismo glicolítico na região de deltoide (SUV 4,3) e em linfonodos axilares (SUV 14,3). Após 25 sessões de radioterapia, houve melhora da lesão cutânea, porém progressão da adenomegalia axilar, com abscedação. Histopatológico linfonodal concluiu plasmocitoma extra-ósseo. Realizou 1 ciclo do esquema VCD (bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona), com progressão para VDTPLACE (bortezomibe, doxorubicina, cisplatina, etoposídeo e ciclofosfamida), em 2 doses. Ao longo da QT, apresentou trombose venosa em MSD, necessidades transfusionais e azotemia sem necessidade de terapia renal substitutiva. Durante protocolo de mobilização pré-TMO autólogo, teve crise convulsiva seguida de PCR em AESP com retorno da circulação espontânea após 2 ciclos de RCP. TC craniana inicial afastou sangramento em SNC. Nos 14 dias de UTI, ocorreram episódios de desorientação e zoopsias a despeito de medidas para delirium. RM de crânio constatou lesões isquêmicas subagudas com transformação hemorrágica em hemisfério cerebelar direito e occipital esquerdo. Seguiu com episódios convulsivos além de mioclonias e retorno das lesões cutâneas no padrão inicial. Curso com rápida deterioração clínica e opção de TMO autólogo foi afastada. Após reunião familiar com equipe multidisciplinar, foram pactuadas diretivas de cuidados, pois não havia possibilidade terapêutica que modificasse o curso da doença. Houve piora progressiva, com aumento das lesões em MSD, além de novo foco na região torácica, que seguiram com infecção secundária e quadro séptico, evoluindo a óbito. **Discussão:** Apesar dos avanços no tratamento do mieloma múltiplo, com boas taxas de resposta, a maioria dos pacientes recebe diagnóstico tardiamente, comprometendo a sobrevida. Os plasmocitomas representam uma forma agressiva, onde o clone neoplásico se desenvolve independentemente do microambiente da MO, o que invariavelmente está ligado a características de alto risco, aumento da proliferação, evasão da apoptose e resistência a terapias. **Conclusão:** o caso reportado descreve um portador de mieloma múltiplo sem resposta clínica satisfatória a sessões de radio e

quimioterapia, com rápido comprometimento sistêmico a partir de complicação infecciosa local.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.792>

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO ADMITIDOS EM INSTITUIÇÃO PRIVADA DO CENTRO OESTE BRASILEIRO: ANÁLISE DA LINHA DE CUIDADO DE MM NO HEMOLABOR

PP Inacio

Hemolabor Hematologia e Laboratório de Pesquisas Clínicas, Goiânia, GO, Brasil

Objetivos: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica de origem plasmocitária. Poucos estudos epidemiológicos brasileiros sobre os pacientes com MM estão disponíveis e o conhecimento do perfil desta doença em nosso país é essencial para o estabelecimento de medidas de saúde pública direcionadas. **Métodos:** Em fevereiro de 2018 foi criado uma Linha de Cuidados Multidisciplinar no Grupo Hemolabor (Goiânia, GO) que visa o acompanhamento regular de todos os pacientes com MM admitidos na instituição para tratamento quimioterápico de primeira linha (QT1L). O paciente faz consultas rotineiras com equipe de enfermagem, nutrição, psicologia, farmácia e assistência social. Informações são coletadas avaliadas durante todo tempo que o paciente permanece em QT1L. Este resumo visa descrever informações epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e de tratamento do momento da admissão do paciente com MM em nossa instituição. **Resultados:** Entre julho de 2018 e julho de 2023 foram admitidos para QT1L um total de 73 pacientes (pct) com MM. Na data deste resumo 10 pct estão em 1ª linha de quimioterapia (indução), 17 estão em manutenção, 10 finalizaram tratamento, 11 foram submetidos a transplante de medula óssea (TMO), 9 mudaram para linhas posteriores, 11 evoluíram para óbito, 4 perderam seguimento e 1 abandonou o acompanhamento. Ao iniciarem tratamento eles apresentavam entre 44 e 88 anos, com idade média de 69 anos. Dos 73 pacientes, 35 tinham menos de 70 anos, 43 são do sexo feminino e 30 do sexo masculino. O subtipo mais comum de MM é IgG Kappa em 26 (35%) pct seguidos por IgA Kappa em 13 (17%). O estadiamento inicial foi variável: 21 pct estratificados como ISS = 1, 13 pct como ISS = 2 e 23 como ISS = 3. O estadiamento Durie Salmon foi: IA em 6 pct, IIA em 9 pct, IIB em 2 pct, 3A em 33 pct e IIIB em outros 9. O cariótipo de medula foi realizado em 21 pct e nenhum deles se revelou alterado. Análise molecular por FISH foi solicitada para 9 pct. Antes de iniciar a QT1L os exames revelaram anemia (hemoglobina <12 g/dL – mulher e <13,5 g/dL -homem) em 58 pacientes, insuficiência renal em 13 pct e hipercalcemia em 23. Os protocolos de QT1L prescritos para pacientes com menos de 70 anos e intenção inicial de TMO foram VCD (11 pct), DVTD (11 pct), VRD (5 pct), VTD (3 pct), VD (1 pct) e VTD-PACE (1 pct). Outros esquemas utilizados em pacientes ineligíveis foram D-VMP (19 pct), VRD (5 pct) VMP (4 pct) MPT (1 pct), VCD (4 pct), DRD (2 pct), DVD (2 pct), VD (2 pct). O ácido zoledrônico foi prescrito para 54 pct. A média dos ciclos de quimioterapia

realizados foi de 6 ciclos e os 73 pacientes relatados receberam de 1 a 22 ciclos de quimioterapia. **Discussão:** Os dados apresentados revelam uma prevalência maior em pacientes do sexo feminino, com idade extremamente variável ao diagnóstico e com doença mais avançada. A avaliação genética e molecular ainda é pouco explorada na prática diária. Existe grande variabilidade na prescrição dos protocolos de primeira linha, mas todos estão entre os tratamentos possíveis para este perfil de pacientes. O TMO ainda é realizado por uma parcela pequena dos pacientes elegíveis e estes dados podem estar relacionados a dificuldades enfrentadas na disponibilidade de acesso aos centros transplantadores em nossa região. **Conclusão:** A avaliação inicial dos pacientes com MM em clínica privada de Goiânia para tratamento com QT1L fornece um perfil epidemiológico, clínico, laboratorial e de tratamento na Região Centro Oeste Brasileira.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.793>

ANÁLISE DE DADOS HEMATOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS EM PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO DE ALTO RISCO ATENDIDOS NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, CEARÁ

IV Barreto^a, BMD Nogueira^a, FMCP Pessoa^a, RB Gadelha^a, AKC Machado^a, RM Ribeiro^b, APL Moreira^b, MEA Moraes^a, MOM Filho^a, CS Moreira-Nunes^a

^a Laboratório de Farmacogenética, Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos (NPDM), Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^b Departamento de Hematologia, Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil

Objetivo: O mieloma múltiplo (MM) é a segunda neoplasia hematológica mais frequente no mundo, possuindo dentre seus sintomas característicos como anemia e disfunção renal. Com isso o objetivo deste trabalho é avaliar dados laboratoriais de pacientes com MM de alto risco e comparar estatisticamente entre os gêneros. Metodologia: Estudo retrospectivo do tipo descritivo observacional, com seleção de dados laboratoriais, envolvendo 17 prontuários de pacientes diagnosticados com mieloma múltiplo classificados como grupo de alto risco de acordo com o International Staging System Revised (R-ISS) atendidos no Hospital Geral de Fortaleza, entre o período de 2022 a 2023, mediante aprovação do comitê de ética da instituição (Nº 4.798.575). O teste estatístico comparativo de Fisher foi empregado para avaliar a associação entre a normalidade e anormalidade dos valores de referência confrontando com o gênero dos pacientes. Resultado: Todos os 17 pacientes são provenientes do estado do Ceará. Dentre os pacientes selecionados, 7 (41,18%) eram do gênero masculino e 10 (58,82%) do gênero feminino, mostrando uma população ligeiramente predominante no gênero feminino, apresentando a proporção de 1,4 mulher para 1 homem. A idade média ao diagnóstico foi de 62,47 anos (desvio padrão de $\pm 11,31$ anos) e mediana de 61 anos. Os parâmetros