

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/mm³; Plaquetas 112.000/mm³; 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/m². 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/mm³, 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/mm³ 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 MÚLTIPLA

411

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

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

^a Hospital Luxemburgo, Instituto Mario Penna, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b 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



o surgimento de lesões em placas, eritemato-violáceas, algumas bolhosas, confluentes, e com secreção hialina em perna direita, além de placas em dorso e volumosa tumoração com centro hiperkeratótico em região infraclavicular direita. Realizadas biópsias das lesões em perna e dorso, evidenciando proliferação de células pequenas pouco diferenciadas com diferenciação plasmablastica. Expressavam cadeia leve Kappa e CD138. A pesquisa para EBV foi negativa. Laboratorialmente, a paciente também apresentou progressão proteica urinária, sem outras alterações. Com o diagnóstico de recaída precoce pós TMO e acometimento cutâneo agressivo, foi optado por iniciar esquema quimioterápico DCEP (dexametasona, ciclofosfamida, etoposídeo e cisplatina), mas a paciente evoluiu a óbito devido a choque séptico de foco pulmonar durante período de neutropenia. **Discussão:** O envolvimento cutâneo pelo MM é evento raro e geralmente tardio da doença, ocorrendo em pacientes com alta carga tumoral e politratados. A paciente do caso apresentado, no entanto, evoluiu com extenso acometimento cutâneo após apenas 1 ano de diagnóstico. A doença extramedular pelo MM ocorre mais frequentemente associada a alterações moleculares de alto risco, como TP53 mutado e t(4;14), porém exames estavam indisponíveis no serviço. No caso relatado, chama a atenção o padrão heterogêneo das lesões cutâneas, além da presença de bolhas com conteúdo hialino, sendo esta manifestação muito incomum na literatura revisada, o que pode dificultar o diagnóstico. **Conclusão:** O hematologista deve manter alto índice de suspeição clínica para tais lesões cutâneas, pois estas acarretam em prognóstico adverso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.413>

412

ADENOCARCINOMA DE JUNÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA COM SUPEREXPRESSION DO HER 2 EM PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE UMA RARA ASSOCIAÇÃO

F.M. Carlotto^a, J. Pastorello^b, D.R. Almeida^{a,b}

^a Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil

^b Hospital de Clínicas de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é uma doença maligna, que se manifesta como lesões ósseas líticas, proteína monoclonal no sangue/urina e doença na medula óssea. O diagnóstico de uma neoplasia sólida primária em pacientes com MM é incomum. Relatamos um caso de um paciente com ocorrência de um tumor sólido em junção esofagogastrica que apresentava diagnóstico prévio de MM. **Relato do caso:** Paciente masculino, 65 anos, previamente hígido, interna em março de 2019 devido a fratura de diáfise de fêmur direito. Refere que vinha apresentando há 40 dias dor e fraqueza no mesmo membro. Realizada tomografia computadorizada (TC) da coxa direita, que revelou lesões osteolíticas na região do trauma. TC de tórax e abdome também demonstrava lesões osteolíticas por toda coluna vertebral e em alguns arcos costais. Aos exames laboratoriais, hemograma e leucograma

sem alterações e presença de pico monoclonal na eletroforese de proteínas. Realizada correção da fratura de fêmur à direita e biópsia de lesão osteolítica e de medula óssea, confirmando o diagnóstico de mieloma múltiplo padrão IgA. Iniciado, protocolo de quimioterapia CyBord. Após, realizou transplante de medula óssea autólogo em novembro de 2019; entretanto, mantendo doença residual mínima. Em fevereiro de 2020 iniciou o uso de lenalidomida. Paralelo ao quadro, apresentou alterações nos exames laboratoriais de função hepática hepatomegalia ao exame físico em março de 2020. Nos exames de imagem, TC de tórax que apresentava opacidades nodulares em ambos os pulmões e ressonância magnética (RNM) de abdome revelou lesões hepáticas (a maior com 6,0 x 5,2 cm), sugerindo lesões metastáticas, que foram confirmadas por biópsia hepática com anatomopatológico de adenocarcinoma e imunohistoquímica compatível com sítio primário gástrico, confirmado, então, com lesão ulcerada na junção esofagogastrica à endoscopia digestiva alta. Após diagnóstico de neoplasia classificação Siewert II, paciente veio ao hospital com quadro de desorientação e agitação psicomotora, e foi realizado diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico. Paciente acabou não resistindo e veio a óbito em abril. **Discussão:** O câncer primário sincrônico heterocrônico é um subconjunto onde o segundo câncer ocorre mais de seis meses após o primeiro. Nesse sentido, um estudo retrospectivo encontrou segundas neoplasias primárias em 0,73% e 11,7% dos casos de MM. Os principais locais de ocorrência de tumores heterocrônicos em neoplasias hematológicas, incluem estômago (26,7%), cólon, mama e esôfago. É difícil lidar com tumores heterocrônicos porque pode não ser possível fornecer tratamento simultâneo para ambos os tipos de doenças, devido aos tratamentos apresentarem toxicidades concorrentes. O tratamento depende da localização do tumor e pode envolver procedimentos cirúrgicos, radioterapia ou quimioterapia, a depender do subtipo diagnosticado. **Conclusão:** Ressaltamos que todos devem estar cientes de que duas neoplasias podem coexistir e ser alertados quanto a essa possibilidade ao avaliar pacientes no diagnóstico ou durante o acompanhamento. Todos os pacientes com MM devem ser cuidadosamente avaliados quando presentes lesões complexas em órgãos sólidos. O mesmo vale para quaisquer novas lesões ósseas líticas em um paciente alguma neoplasia sólida primária.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.414>

413

AL AMILOIDOSE: RELATO DE CASO

E.M. Krahl^a, J.C.M. Filho^b, V.E.M. Soares^b, M.L.M. Franciosi^b, T.I.T.D. Carmo^b

^a Hospital Regional do Oeste, Chapecó, SC, Brasil

^b Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó, SC, Brasil

As amiloidoses são doenças que tem em comum o depósito extracelular de patológicas e insolúveis fibrilas amiloides em vários órgãos e tecidos, levando a disfunção. A AL amiloidose é a forma mais comum de amiloidose sistêmica e está associada a discrasia de células plasmáticas, com acúmulo

