

**Introdução:** O mieloma múltiplo é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea. Por contiguidade, disseminação linfática ou hematogênica outros sítios podem ser infiltrados. O acometimento extramedular é incomum ao diagnóstico (6%), com elevação (15 – 30%) ao longo da evolução da doença. A infiltração pleural é responsável pelo derrame pleural mielomatoso, uma entidade rara (<1%) que se associa a menor sobrevida. O derrame pleural no paciente com mieloma múltiplo decorre principalmente de complicações infecciosas (parapneumônico), insuficiência cardíaca, insuficiência renal e amiloidose. Embora raro, o derrame pleural mielomatoso também deve ser considerado e, assim, é sugerida a realização de toracocentese diagnóstica com avaliação citológica do líquido pleural e/ou anatomopatológico de biópsia pleural na sua investigação etiológica. A avaliação citomorfológica do líquido pleural mielomatoso permite evidenciar a presença de células plasmáticas neoplásicas. No entanto, a pequena quantidade de plasmócitos no material e a potencial degeneração *in vitro* podem dificultar o diagnóstico. Neste trabalho relataremos o raro diagnóstico de derrame pleural mielomatoso em paciente já conhecido com mieloma múltiplo e revisaremos critérios diagnósticos e características citomorfológicas das células plasmáticas. **Objetivo:** Relato de caso de derrame pleural mielomatoso, revisão de critérios diagnósticos e características citomorfológicas deste raro acometimento extramedular pelo mieloma múltiplo. **Material e métodos:** Abusca por artigos científicos foi realizada nas bases de dados Pubmed e portal CAPES. O trabalho foi desenvolvido no período de janeiro à outubro do ano de 2020, constando as seguintes etapas: levantamento do material bibliográfico, leitura crítica, discussão do material e definição dos eixos temáticos e redação do texto. **Resultados:** Os achados do diferencial citológico eram de caráter neoplásico, demonstrando células com cromatina nuclear imatura, difusa e em “blocos”, células multinucleadas e presença de nucléolo, aumento da relação núcleo/citoplasma, basofilia citoplasmática e aparecimento de figuras mitóticas. Após análise citopatológica, foi definido que as células descritas anteriormente eram compatíveis com plasmócitos displásicos, evidenciando infiltração pleural. **Discussão:** O mieloma múltiplo é uma neoplasia hematológica de células B caracterizada pela proliferação clonal de células plasmáticas na medula óssea, que posteriormente pode acometer tecidos ósseos, um exemplo, o tórax. Os plasmócitos neoplásicos produzem proteínas plasmáticas (imunoglobulinas) anômalas definidas como paraproteínas. Nota-se na literatura científica que o acometimento de derrame pleural com caráter mielomatoso é um diagnóstico raro no mieloma múltiplo, de características não esclarecidas, e o atraso no diagnóstico pode acarretar sérias complicações e culminar com a morte do paciente.

**Palavras-chave:** Mieloma Múltiplo; Derrame pleural; Citologia; Derrame pleural mielomatoso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.427>

426

## DERRAME PLEURAL MIELOMATOSO: REVISÃO DE LITERATURA

A.C.D. Amaro<sup>a</sup>, R.B.C. Fagundes<sup>a</sup>, C.C.G. Macedo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

<sup>b</sup> Oncology Group, Natal, RN, Brasil

**Objetivos:** O mieloma múltiplo é um distúrbio neoplásico hematológico caracterizado pela proliferação desregulada e monoclonal de plasmócitos na medula óssea, com possível extensão para outros locais, incluindo o tórax. A presença de derrame pleural é rara e seu diagnóstico etiológico requer atenção dos profissionais de saúde durante a história clínica. O objetivo do presente trabalho é abordar o derrame pleural mielomatoso em pacientes com histórico de mieloma múltiplo. **Material e métodos:** A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica que versasse sobre a temática nas bases de dados científicas PubMed e Medline, com critérios de inclusão artigos publicados entre 2010 e 2020 e descritores “Multiple Myeloma” e “Pleural effusion”. **Resultados:** A partir dos critérios de inclusão, foram encontrados 96 artigos, dos quais 12 foram selecionados de acordo com a sua relevância para o trabalho, incluindo 3 relatos de casos, 5 artigos originais e 4 artigos de revisão. **Discussão:** O mieloma múltiplo (MM) possibilita o aparecimento de lesões osteolíticas, anemia, supressão da hematopoiese, insuficiência renal e instalação da deficiência imunológica. O acometimento torácico, embora raro, pode manifestar-se como lesões ósseas, plasmocitomas extramedulares e infiltrações pulmonares, em especial na forma de derrame pleural. Raramente as células do MM são encontradas em locais extramedulares. Nesse sentido, o derrame pleural mielomatoso pode ser secundário à proliferação anormal de células plasmáticas de um plasmocitoma extramedular na parede torácica, por disseminação de lesão óssea adjacente ou ainda por invasão pleural direta. O quadro clínico é majoritariamente sintomático, com manifestações clínicas de dispnéia e dor torácica. Embora incomum, esse distúrbio associa-se a um pior prognóstico, apresentando mediana de sobrevivência de 1,5 a 3 meses após o seu aparecimento. Os critérios diagnósticos são: presença de células plasmáticas atípicas no líquido pleural com evidência de monoclonalidade, observadas pela biópsia ou aspirado pleural, ou demonstração de proteínas monoclonais no líquido pleural por eletroforese. A análise bioquímica do líquido pleural frequentemente demonstra exsudato, resultante do aumento da permeabilidade das paredes dos capilares, com extravasamento de proteínas e outros constituintes séricos. Nesse sentido, o diagnóstico etiológico requer atenção na história clínica, de modo a descartar causas comuns como doenças infecciosas, insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou amiloidose, seguido da realização da citologia do líquido pleural e, eventualmente, de outros exames complementares como biópsia pleural e broncoscopia. Do ponto de vista imagiológico, a tomografia computadorizada do tórax auxilia na descrição morfológica das lesões pleuro-parenquimatosas, que podem ser ocultadas pelo derrame pleural. Não existe consenso



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

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

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

<sup>c</sup> 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-

