

uma droga imunomoduladora e/ou inibidor de proteassoma, seguida de altas doses de melfalano antes do TACTH. Doadores saudáveis (DS) pareados por idade – 70% homens – foram estudados como controles. As amostras foram processadas em até 24h após a coleta nos dois centros participantes (UFRJ, n = 88; USAL, n = 64), seguindo os procedimentos operacionais padrão Euroflow e marcadas com o painel NGF para DRM em MM. Subtipos de células B identificados: precursores B (BCP - CD19⁺CD45^{lo}CD38^{hi}CD27^{-/+}cyIg⁻), B transicionais/naive (CD19⁺CD45⁺CD38^{-/lo}CD27⁻cyIg⁺), B de memória (CD19⁺CD45⁺CD38^{-/lo}CD27⁺cyIg⁺) e plasmócitos normais (nPC - CD38^{hi}CD138^{lo/hi}CD45^{-/het}CD56^{-/+}cyIg⁺CD19^{-/+}). **Resultados:** Cinquenta pacientes (66%) tinham DRM+ no MO. Ainda, 7/50 (14%) tinham plasmócitos clonais circulantes no SP (cPCC+). Os pacientes foram estratificados de acordo com o status de DRM mais cPCC. Na MO, todos os pacientes tiveram um aumento percentual de BCP e redução de B de memória e nPC vs. DS. Os DRM+cPCC+ tiveram menor frequência de nPC CD19- na MO vs. MRD+ou-/cPCC-. No SP, B totais estavam em números normais, pela normalização de B transicionais/naive, mas as B de memória estavam reduzidas em todos pacientes vs. DS. Os nPC CD19+ no SP dos MRD+ou-/cPCC- estavam em número normal, mas reduzidos nos DRM+cPCC+. Não houve associação significativa entre sobrevida livre de progressão (SLP) e a contagem de células B totais e subtipos no SP. As recidivas ocorreram em 28/76 (37%) dos pacientes, a maioria (20/28) DRM+ (71%; 16 cPCC- e 4 cPCC+) e, 8/28 (29%) DRM-cPCC-. A taxa de mortalidade foi de 14% (11/76) em 19 meses de seguimento mediano, sendo 8/11 (72%) DRM+ (6 cPCC- e 2 cPCC+) e 3/11 (27%) DRM-cPCC-. Pacientes DRM+cPCC+ tiveram uma SLP significativamente menor, 9 meses vs. 28 meses para DRM+cPCC- e não alcançada nos pacientes DRM-cPCC-. O mesmo foi visto nos pacientes que atingiram pelo menos remissão completa – 9 meses DRM+cPCC+ vs. 28 meses DRM+cPCC- vs. 36 meses DRM-cPCC-. **Discussão:** A presença de cPCC no D+100 após o TACTH foi associada a uma pior recuperação das contagens de nPC no SP e a uma pior SLP. Tais achados parecem reforçar que a depuração de cPC após o TACTH aumentaria a disponibilidade de nichos na MO para nPC e potencialmente também para BCP, levando a uma recuperação da maturação normal de células B.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.355>

PLASMOCITOMA MAXILAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE CASO

A Silveira ^a, MP Luizson ^a, JBCB Silva ^b

^a Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic, Campinas, SP, Brasil

^b Clínica Medeiros, Campinas, SP, Brasil

Introdução: Os tumores de células plasmáticas são proliferações neoplásicas linfóides agrupadas entre os linfomas periféricos de células B. Podem afetar um único osso, uma condição chamada plasmocitoma solitário ou envolver apenas tecidos moles, plasmocitoma extramedular. O mieloma múltiplo (MM) é a gamopatia monoclonal sintomática mais

importante e representa aproximadamente 1% de todos os cânceres e 10% de todas as neoplasias hematológicas. É caracterizada por muitos plasmócitos anormais na medula óssea e a alta produção de imunoglobulina monoclonal de cadeia leve ou de cadeia pesada. **Materiais e métodos:** Coleta de dados de prontuário e revisão da literatura com busca de artigos no “PubMed”. **Relato de caso:** Trata-se de um paciente do sexo masculino, 58 anos, diabético, hipertenso e com dislipidemia que foi encaminhado do serviço de odontologia há 5 meses devido a massa maxilar dolorosa. O resultado da biópsia maxilar foi plasmocitoma (CD138 e restrições para cadeia lambda, células negativas para AE1/AE3, CD3 e KAPPA, células com positividade local focal para CD20, KI-67>60%). Após avaliação, foram solicitados os seguintes exames, com respectivos resultados: imunofixação: presença de proteína monoclonal IgG/lambda e cadeia leve lambda isolada; proteinúria de 24 horas: 342 mg, imunofixação urinária: monoclonal IgG/lambda; a creatinina no início estava normal mas em menos de duas semanas ultrapassou o valor de 2,0 mg/dL; a albumina estava em torno de 3, g/dL e beta 2 microglobulina em torno de 5.000 ng/mL. Além disso, o mielograma era compatível com mieloma múltiplo (56% de plasmócitos) e a biópsia de medula óssea era hiper celular (75%) às custas de infiltrado plasmocitário multifocal e sólido, intersticial e paratrabecular, perfazendo cerca de 55% dos elementos nucleados, consistente com neoplasia plasmocitária. **Discussão e conclusão:** O MM é uma doença maligna progressiva de clones de plasmócitos em vários estágios de diferenciação. As manifestações orais do MM são as primeiras manifestações da doença em cerca de 14% dos pacientes. Podem incluir inchaço, dor, dormência, sangramento, dentes móveis, xerostomia, depósitos de amiloide, reabsorção e mobilidade radicular, anestesia labial e radiolúcências e fraturas da mandíbula, e a prevalência varia de 2% a 70%. As colorações de imuno-histoquímica devem ser feitas para confirmar o plasmocitoma. O diagnóstico de MM pode ser estabelecido por exames laboratoriais, como achados hematológicos, bioquímicos, análise de urina e levantamento radiográfico esquelético. Os critérios diagnósticos para MM incluem evidências de lesões osteolíticas múltiplas, identificação de uma população de células plasmáticas atípicas na biópsia e anormalidades na produção de imunoglobulinas. O diagnóstico final foi MM, estágio III (ISS). Nesse caso, uma lesão maxilar foi o primeiro sinal de MM, reforçando o papel fundamental do cirurgião-dentista no reconhecimento e encaminhamento à hematologia para o diagnóstico precoce, que confirmava a sua suspeita.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.356>

PLASMOCITOMA RETROPERITONEAL GIGANTE EM PACIENTE PORTADOR DE MIELOMA MÚLTIPLO. RELATO DE CASO

TC Oliveira, IRC Batista, FV Pericole

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil



Introdução: Mieloma múltiplo (MM) é caracterizado por uma proliferação clonal de plasmócitos. O acometimento extramedular ocorre em 7-17% dos casos ao diagnóstico e 6-20% no curso da doença. Quando há apenas acometimento extramedular define-se o plasmocitoma extramedular primário ou solitário. Já o plasmocitoma extramedular secundário manifesta-se em situações em que há extensão da doença plasmática para limites além do ambiente intramedular em portadores de MM. Diferente dos plasmocitomas extramedulares primários, que costumam ser indolentes, a doença extramedular secundária é de pior prognóstico. **Relato de caso:** Paciente, 63 anos, masculino, diagnosticado com MM secretor de IgA/kappa em 10/2020, com quadro de anemia grave (hemoglobina 5,9 g/dL), disfunção renal aguda, confusão mental secundária a hipercalcemia maligna e múltiplas lesões osteolíticas acometendo todo o esqueleto axial e apendicular. Ao estudo medular, apresentava 17% de plasmócitos clonais. Após início de quimioimunoterapia (ciclos mensais de ciclofosfamida, talidomida e dexametasona – CTd), hidratação venosa e uso de bifosfonato, paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro clínico. Entretanto, após 3º ciclo de CTd, apresentou quadro de piora de edema periférico e nova alteração de função renal, com necessidade de internação para início de terapia dialítica. Afastadas nefropatia por cilindros de cadeias leves e amiloidose renal após reestadiamento laboratorial e realização de biópsia renal. Tomografia computadorizada de abdome com contraste revelou extensa massa retroperitoneal envolvendo aorta abdominal e veia cava inferior e estendendo-se até região inguinal bilateral, também com envolvimento vascular. A massa media aproximadamente 16,8 x 15,5 x 5,1 cm e envolvia circumferencialmente os ureteres bilaterais em terço médio, o que conferia dilatação do sistema coletor à montante. Estudo anatomopatológico confirmou se tratar de neoplasia de plasmócitos com restrição de cadeia leve kappa. Optado por troca de esquema quimioterápico para VTd (bortezomibe, talidomida e dexametasona) e passagem de cateter de duplo J à direita para desobstrução urinária. Paciente evoluiu com melhora da função renal, denotando importante componente pós-renal. Radioterapia terapêutica foi contraindicada em virtude do elevado risco de complicações tendo em vista extensão da massa e envolvimento de órgãos nobres. Paciente evoluiu com obstrução extrínseca do cateter de duplo J e infecção de trato urinário associada, com crescimento em hemoculturas e uroculturas de *Candida tropicalis*. Submetido a tratamento antifúngico e antibacteriano, além de aposição de nefrostomias bilaterais. Entretanto, evoluiu com refratariedade clínica, falência de múltiplos sistemas e óbito em 02/2021. **Considerações finais:** Neste relato de caso descrevemos um paciente portador de MM que, a despeito de terapia vigente, progrediu com plasmocitoma extramedular de grande extensão em região não usual, uma condição de prognóstico reservado e com índice elevado de complicações. O papel da radioterapia como ferramenta terapêutica isolada é menos definido nestes casos. A ênfase se dá no tratamento sistêmico com quimioterapia e/ou transplante de células-tronco hematopoiéticas, estando a radioterapia indicada como medida adjuvante quando se almeja redução da massa tumoral em virtude de comprometimento local. Ressalta-se a necessidade

de mais estudos, inclusive com as novas terapêuticas disponíveis, para definir uma melhor abordagem.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.357>

REATIVAÇÃO DE CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE MIELOMA MÚLTIPLO OU AMILOIDOSE EM TRATAMENTO COM BORTEZOMIBE NO SERVIÇO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA USP RIBEIRÃO PRETO/SP NO ANO DE 2020: UMA SÉRIE DE CASOS

RMS Soares, RS Melo, ACON Luz, FA Silva, LB Lanza, LV Cota, NCR Cunha, RL Pacca, PMM Garibaldi, MIA Madeira

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O Bortezomibe (Velcade®) é um inibidor do proteassoma, especificamente do proteassoma 26S, cuja ligação irreversível leva à ativação de cascatas de sinalização que culminam com a parada do ciclo celular e apoptose. Ele foi aprovado e incluído como quimioterapia de primeira linha nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Mieloma Múltiplo (Portaria n.º 2017) publicadas em agosto de 2015 mas apenas em setembro de 2020 foram publicadas três Portarias do Ministério da Saúde que incorporaram este medicamento para o tratamento de pacientes com Mieloma Múltiplo no SUS (para pacientes não tratados, inelegíveis ao transplante de células-tronco; para pacientes não tratados, elegíveis ao transplante e para pacientes previamente tratados). Esta incorporação permitiu o uso mais amplo desta medicação e trouxe à tona complicações possivelmente relacionadas ao seu uso como a reativação de citomegalovírus e suas diversas formas de apresentação clínica como pneumonites, infecções gastrointestinais, hepatites, encefalites, retinites, entre outras. **Série de casos:** No ano de 2020, foram identificados 5 casos de infecção por citomegalovírus em pacientes em tratamento de Mieloma Múltiplo e Amiloidose em uso de esquemas quimioterápicos contendo Bortezomibe no serviço de Hematologia e Hemoterapia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto/SP. Três casos foram identificados na investigação etiológica de diarreia subaguda, um foi identificado na estratificação de colite neutropênica com características enteroinvasivas e o último na investigação de pneumonite aguda com sinais de infecção viral em tomografia de tórax (neste caso, foi excluída infecção por Covid-19 após dois testes PCR-RT negativos). Em todos os casos, após identificação da infecção por CMV (por sorologia - Elisa e confirmação de carga viral por PCR-RT), foi instituída terapêutica específica com antiviral, tanto Ganciclovir endovenoso quanto Valganciclovir via oral. Apesar da alta morbimortalidade associada a esta infecção em pacientes imunossuprimidos, apenas um dos cinco pacientes faleceu de complicações associadas. **Discussão:** A soroprevalência elevada de infecção por citomegalovírus no Brasil está relacionada a fatores socioeconômicos e condições precárias de

