

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



saneamento básico e aumenta a morbimortalidade em pacientes imunossuprimidos. O uso mais frequente do Bortezomibe como primeira linha em pacientes com Mieloma Múltiplo e Amiloidose no nosso serviço e no Brasil traz à tona este agente como diagnóstico diferencial nas suspeitas clínicas infecciosas de diversos órgãos e sistemas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.358>

RECAÍDA DE MIELOMA MÚLTIPLO COM PLASMOCITOMA NODAL

SS Fernandes, PMM Garibaldi, AHA Resende, LS Oliveira, PCC Bariani, RMS Soares, RS Melo, ACON Luz, NCR Cunha, LB Lanza

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

Introdução: O mieloma múltiplo é uma neoplasia maligna dos plasmócitos e representa a segunda neoplasia hematológica mais comum, atrás apenas dos linfomas não-Hodgkin. Os plasmócitos neoplásicos habitam primariamente a medula óssea, mas também podem ser encontrados no sangue periférico e em outros sítios extramedulares. Na maioria dos pacientes, o mieloma múltiplo é caracterizado pela secreção de uma proteína monoclonal produzida pelos plasmócitos neoplásicos. Esta proteína, juntamente às células neoplásicas e às citocinas por elas produzidas, leva às principais manifestações clínicas da doença, que incluem hipercalcemia, anemia, doença renal e lesões ósseas. **Objetivo:** Relato de caso de recaída mieloma múltiplo com plasmocitoma nodal. **Caso:** Homem, 53 anos, iniciou acompanhamento ambulatorial no HCFMRP-USP no ano de 2020 para seguimento de Mieloma Múltiplo IgG Lambda diagnosticado em serviço externo no ano de 2018. O mesmo já recebera tratamento quimioterápico consolidado com transplante autólogo de medula óssea nos meses que seguiram ao diagnóstico e obteve resposta parcial muito boa ao término da terapia. Após alguns meses de acompanhamento, o mesmo relatou em consulta ambulatorial o surgimento de lesões cervicais à direita, de consistência pétrea, móveis e com crescimento progressivo. Realizou ultrassonografia de região cervical que evidenciou linfonodos hipoecoicos em cadeia VA. A biópsia da maior lesão demonstrou tecido fibroconjuntivo infiltrado por plasmócitos, cujo estudo imuno-histoquímico revelou positividade das células neoplásicas para CD138, lambda, CD56 e negatividade para lambda, compatível com infiltração por mieloma múltiplo. A eletroforese de proteínas, bem como a dosagem sérica de cadeias leves e imunoglobulinas, corroborando também a recaída laboratorial da doença. **Discussão:** A maioria dos pacientes portadores de mieloma múltiplo irá recair após a terapia inicial e necessitará de estratégias terapêuticas adicionais. Para a escolha do melhor tratamento nestes casos, é necessária a avaliação de alguns fatores, como o tempo decorrido entre o último tratamento e a recaída, os sintomas, as alterações laboratoriais relacionadas e a ocorrência de plasmocitoma extramedular, este último associado a uma menor sobrevida global. Desta forma, deve ser realizada uma



avaliação clínica criteriosa destes pacientes, especialmente pela possível ocorrência destes plasmocitomas em sítios pouco usuais. **Conclusão:** Sabe-se que a recaída extramedular do mieloma múltiplo está associada a um pior prognóstico e que pode haver de acometimento em sítios pouco comuns. O hematologista, portanto, deve ter atenção redobrada aos sinais e sintomas deste grupo de pacientes, de forma a orientar uma melhor abordagem terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.359>

RELATO DE CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO VARIANTE NÃO SECRETOR, NÃO PRODUTOR

ET Calvache, V Predebon, JP Portich, AA Hofmann, F Dortzbacher, VR Siqueira, XH Condori, RS Ferrelli, CS Weber, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Descrição do caso: Paciente masculino, 76 anos, sem comorbidades, transferido de unidade básica de saúde por choque hipovolêmico devido a lesão vascular após punção arterial. O mesmo tinha sido levado por tosse, febre e alteração do estado de consciência. Foi iniciado antibiótico, reposição volêmica, afastado Covid e angioTc de membros inferiores com extravasamento do contraste em artéria femoral direita e infiltração difusa na medula óssea. Exame físico: Taquicardia, SO₂ 95% com O₂ 2 litros/min, Glasgow 11 sem déficit focal, roncos pulmonares bilaterais e presença de hematoma em região inguinal à direita com extensão para área lombar, glútea e escrotal sem palpação de frêmito. Exames: Hb 6.2 g/dL, plaquetas 67.000/uL, leucócitos totais 17.810/uL, creatinina 4.42 mg/dL, cálcio 10.6 mg/dL, albumina 2.6 g/dL, TP 63%, TTPa 50.9s, D-dímeros 3.34 ug/mL, LDH 443 U/L, fibrinogênio 240 mg/dL. RNM do neuroeixo com infiltração difusa na medula óssea da coluna vertebral e fraturas em T3, L1 e L3. Eletroforese de proteínas com imunofixação sérica e urinária sem banda monoclonal, cadeias leves Lambda 2.66 mg/L, cadeias leves kappa 2.62 mg/L, relação Kappa/Lambda 0.98, IgG 269 mg/dL, IgM 13 mg/dL, IgA mg/dL e B2-microglobulina 6.441 ng/mL. Demais exames sem alterações significativas: perfil hepático, reumatológico, metabólico, punção lombar, tomografias crânio, tórax e abdominal. Mielograma com infiltração por plasmócitos de aspecto neoplásico (78%), imunofenotipagem 57.51% de células plasmáticas totais (57.5% compatíveis com plasmócitos neoplásicos). BMO hiper celular (80%), infiltração difusa e multifocal por plasmócitos. IHQ CD138+, CD38+, ciclina+, CD3+, CD20-, CD56-, Kappa-, Lambda-, vermelho congo negativa, sugerindo Mieloma múltiplo (MM) não secretor, não produtor - ISS III. Ante ECOG de 4 e idade foi optado por palição. Na alta hospitalar o paciente estava com resolução da coagulopatia, melhora da anemia e normalização da função renal. **Discussão:** O MM é uma neoplasia de células plasmocitárias caracterizada pela produção de imunoglobulina monoclonal, representa 10 a 15% das malignidades hematológicas com predomínio no sexo masculino. Incidência aumenta com idade, sendo 90% em pacientes > 50 anos. Critérios diagnósticos são resumidos

