

parestesia e insuficiência renal. A maior parte dos pacientes sem fragilidade de acordo com a escala de karnofsky são pacientes mais jovens, com idade menor que 65 anos. Há grande presença das características CRAB (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e dor óssea/bone pain) nos pacientes, com hipercalcemia se apresentando em 55,1% dos pacientes, insuficiência renal em 51,7%, anemia em 82,7% e dor óssea em 79,3%. Nos exames laboratoriais houve presença de VHS aumentado em grande parte dos pacientes (75,8%), a beta 2 microglobulina estava aumentada em cerca de metade deles (51,7%), houve casos com trombocitopenia (17,2%) e leucopenia (20,6%). As formas de tratamento utilizadas foram o protocolo VTD (bortezomibe, talidomida e dexametasona), que foi usado em 34,5% dos casos e o CyBord adaptado (bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona) em 65,5% dos casos, ambos tiveram resultados mistos quanto a sua eficácia, e somente 2 pacientes realizaram o transplante de medula óssea.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.431>

RELATO DE CASO: MIELOMA MÚLTIPLO IGG KAPPA COM EVOLUÇÃO PARA KAPPA ISOLADA

GO Bessa^a, MS Alves^a, LS Prado^a, GA Santos^a,
TES Martins^a, LC Souza^a, JF Almeida^a,
AB Amaral^b, TMC Cruz^a

^a Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE),
Governador Valadares, MG, Brasil

^b Hemominas de Governador Valadares,
Governador Valadares, MG, Brasil

Objetivos: Relatar o caso de paciente com mieloma múltiplo (MM) que modificou o padrão IgG Kappa para Kappa isolado e sua evolução clínica. **Material e métodos:** Análise de prontuários do consultório médico associada à revisão bibliográfica. **Resultados:** Paciente, E.C.P., masculino, 75, previamente hipertenso, iniciou um quadro de dor lombar contínua em 2016. Após o início da investigação, em 03/2017 recebeu diagnóstico de MM IgG Kappa. Ao diagnóstico apresentava medula óssea (MO) infiltrada com 38% de plasmócitos atípicos, IgG 2367, hipogamaglobulinemia das demais imunoglobulinas (Ig), LDH 457, Beta2-Microglobulina 6,3. Recebeu o estadiamento de R-ISS de alto risco, recebendo na indução esquema CyBORD (Ciclofosfamida-Bortezomibe-Dexametasona) por 4 ciclos, sendo consolidado com Transplante de Medula Óssea Autólogo (TMO-AUTO) em 09/2017. No estadiamento após o TMO-AUTO, o paciente apresentou uma Resposta Parcial Muito Boa (RPMB), atingindo uma resposta completa ao final de 4 meses no pós-TMO. Após 15 meses, em 12/2019, o paciente evoluiu novamente com dor lombar. A investigação ortopédica detectou uma fratura patológica em vértebra torácica (T6). Após reestudo medular, foi detectado em MO a presença de 27% de plasmócitos atípicos, acompanhado de uma imunofixação padrão IgG Kappa, com IgG de 1700 (VR:1600), cadeias leves dentro do valor normal, com R K/L 1,8. Nos exames laboratoriais apresentava clearance de creatinina de 45ml/min, hemoglobina de 9,2 e cálcio de 4,7. O estudo do

esqueleto mostrou lesão expansiva em T6 e lesões líticas em crânio e quadril. Na primeira recidiva o paciente mantinha o R-ISS de alto risco. Iniciou em 02/2019 esquema de segunda linha com Karfilzomibe e Dexametasona (KD). Ao fim dos 4 primeiros ciclos, o paciente entrou em remissão completa. Ficou então em manutenção com KD até 04/2021. Nos exames de acompanhamento foi notada uma elevação contínua da Cadeia leve Kappa isolada. Em 05/2021 o paciente apresentava a dosagem de IgG de 630 e a cadeia leve Kappa de 651 com R 97,1, definindo a segunda recaída com mudança do padrão inicial da proteína monoclonal. No momento o paciente encontra-se na fase 3 do protocolo Daratumumabe-Lenalidomida-Dexametasona (DRd), com excelente aceitação do esquema, sem efeitos colaterais. **Discussão:** O MM e uma neoplasia caracterizada por acúmulo de plasmócitos clonais na MO, presença de proteína monoclonal no soro e/ou na urina e, em pacientes com sinais ou sintomas, dano tecidual relacionado. Clinicamente podem apresentar hipercalcemia, anemia, disfunção renal e doença óssea. No caso do paciente em questão, os exames laboratoriais e de imagem demonstram essas alterações no momento do diagnóstico inicial e da recidiva, com evidência de alteração no padrão da cadeia, o que sugere mau prognóstico. **Conclusão:** A mudança de expressão das Ig no contexto das recidivas dos pacientes com MM indica doença agressiva, devendo ser tratada com esquema de drogas que o paciente não tenha recebido previamente. Com as novas terapias utilizadas, o paciente tem chance de obter uma boa resposta.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.432>

MIELOMA MÚLTIPLO EXTRAMEDULAR COM ACOMETIMENTO HEPÁTICO: UMA PROVA TERAPÊUTICA

RLMB Lima^a, GC Vieira^a, FADP Paiva^a,
LD Trindade^a, MD Leão^b

^a Universidade Potiguar (UNP), Natal, RN, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Objetivos: Relatar caso de mieloma múltiplo (MM) com acometimento extramedular hepático e sua reação à quimioterapia com Bortezomibe e Ciclofosfamida. **Material e métodos:** Relato de caso elaborado por acompanhamento clínico, análise de prontuário, revisão de exames laboratoriais, anatomopatológicos e imuno-histoquímicos, além de comparação de imagem ao curso de tratamento quimioterápico. **Relato de caso:** LSO, sexo feminino, 75 anos, antecedente de hipotireoidismo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, transtorno de ansiedade e hepatite B crônica em tratamento com Tenofovir (última carga viral indetectável); foi admitida na urgência com quadro de síndrome anêmica, referindo astenia há um mês, associada a êmese e diarreia líquida há 1 semana. Aos exames, apresentava anemia (Hb 7,51 g/dL), plaquetopenia (57.000/mm³) e função renal alterada (ureia 109 mg/dL e Cr 9,46 mg/dL). Evoluiu com resolução do quadro de diarreia e êmese, entretanto, manteve a disfunção renal importante não oligúrica. Foi realizada

eletroforese de proteínas, a qual apresentou pico monoclonal por cadeia leve Kappa; além da biópsia renal, que demonstrou nefropatia crônica por depósito de cilindros de cadeia leve. A tomografia computadorizada sem contraste de controle para a biópsia evidenciou lesões líticas na coluna vertebral e na bacia, além de lesões hipodensas em grande parte do fígado. Diante da correlação dos exames e da clínica da paciente, foi elencado como principal hipótese diagnóstica um Mieloma Múltiplo com acometimento extramedular, neste caso hepático e renal. Paciente permaneceu internada em terapia intensiva por 9 dias e por 19 dias em enfermaria, realizando hemodiálise em dias alternados, apresentando melhora clínico-laboratorial e recebendo alta hospitalar com programação de tratamento quimioterápico. Após 3 meses, paciente faz nova tomografia abdominal com redução substancial das lesões hepáticas. **Discussão:** O MM é uma neoplasia de células B pautada na proliferação clonal de plasmócitos. Há produção excessiva de imunoglobulinas e infiltração das células neoplásicas na medula, podendo apresentar supressão hematopoiética, lesão óssea, injúria renal. Ainda, é possível que os plasmócitos clonais aglomerados formem plasmocitomas, os quais raramente podem se depositar em tecidos moles, trazendo grave acometimento clínico do paciente. A configuração extramedular da doença é identificada em 0,5% a 4,8% dos casos de Mieloma Múltiplo ao diagnóstico. Pela raridade, há escassez de estudos direcionados ao manejo desse quadro. Alguns esquemas quimioterápicos mostram certa eficácia, todavia, menor quando comparados aos esquemas direcionados ao MM sem envolvimento extramedular. No caso relatado, houve redução importante dos nódulos hepáticos após 3 ciclos do esquema quimioterápico, composto por Bortezomibe 2 mg e Ciclofosfamida 500 mg, sistematizados em ciclos de 28 dias com intervalos de 7 dias entre as aplicações, além de suporte com Ácido Zoledrônico e Eritropoetina. **Conclusão:** A limitação de propostas terapêuticas, diante de casos de MM extramedular, demonstra a relevância da descrição e conhecimento de tratamento com satisfatória resposta clínica e radiológica do caso em questão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.433>

MIELOMA MÚLTIPLO COM INVASÃO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UM RELATO DE CASO

WS Valente-Júnior, E Graciot-Souza,
SEBJ Neves, LMB Batista, NM Bernardes,
F Bahia-Coutinho, PCRE Ferreira,
JL Vendramini, JSS Soares

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de
Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG,
Brasil

Introdução: Mieloma Múltiplo (MM) é uma desordem plasmocitária que corresponde a aproximadamente 10 % de todas as neoplasias hematológicas. Pode-se apresentar de forma heterogênea com acometimento de diversos órgãos e sistemas. Dentre as apresentações clínicas o acometimento de sistema nervoso central (SNC) é uma complicação rara. **Objetivos:** Relatar caso de paciente diagnosticado com MM e acometimento de SNC. **Relato**

de caso: Masculino, 52 anos, iniciou quadro de lombalgia mecânica progressiva com necessidade de atendimento ortopédico. Realizada ressonância magnética de coluna lombar com evidência de lesões líticas extensas e achatamento vertebral de L1 a L4. Avaliação laboratorial adicional revelando anemia, hipercalcemia, disfunção renal e elevação de Beta 2 microglobulina. Eletroforese e imunofixação de proteínas séricas com componente monoclonal IgA / kappa. Diagnóstico de Mieloma Múltiplo confirmado por mielograma com presença de 52 % de plasmócitos. FISH ao diagnóstico apresentando t (4,14), del 11 q, del 13q e ganho de 1q caracterizando R – ISS III. Abordado em primeira linha com Bortezomibe, Talidomida e Dexametasona evoluindo com resposta parcial muito boa. Procedido transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) autólogo após o 5º ciclo do tratamento. Necessidade de nova infusão de células progenitoras hematopoiéticas por falha de enxertia, atingindo resposta completa. Impossibilidade de início de terapia de manutenção em função de citopenias. Seis meses após TCTH autólogo evoluiu com dor neuropática em membro inferior esquerdo de início súbito associada a hemiplegia ipsilateral. Nova ressonância com evidência de espessamento de raízes neurais cervicais, torácicas e lombares bilateralmente e extensão epidural a nível de T3 – T4. Análise líquórica revelando infiltração por plasmócitos atípicos. Iniciado tratamento em segunda linha com DRD (Daratumumab, Lenalidomida e Dexametasona) associada a quimioterapia intra-tecal semanal (MADIT: Metotrexato, Citarabina e Dexametasona). Após o primeiro ciclo de DRD e MADIT, análise líquórica sem presença de infiltração. Quimioterapia intratecal suspensa após duas análises do líquor negativas. Evoluiu com melhora progressiva do quadro neurológico, resolução da hemiplegia mantendo redução de força à esquerda. Segue em uso de DRD com proposta de TCTH alogênico. **Discussão:** A infiltração de SNC por MM é uma complicação rara da doença, acometendo menos de 1 % dos pacientes. Apesar de incomum, tal manifestação implica em pior prognóstico com mediana de sobrevida global de 7 meses após o diagnóstico. O acometimento de SNC pode ocorrer por contiguidade ou por via hematogênica. A apresentação clínica pode ser ampla de acordo com o sítio acometido. O diagnóstico se baseia em exames de imagem e análise por citologia e citometria de fluxo do líquor. No caso em questão o paciente iniciou quadro de radiculopatia de evolução súbita com diagnóstico firmado por achados de imagem e análise líquórica. O tratamento ideal ainda é desconhecido, assim como os fatores de risco citogenéticos. **Conclusão:** Apesar de rara, a invasão de SNC em pacientes portadores de MM implica em piores desfechos e representa um desafio terapêutico. Estudos adicionais são necessários para melhor avaliação dos fatores de risco, assim como para aprimoramento do manejo terapêutico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.434>

PANCREATITE AGUDA COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE CASO

RBD Santos^a, VHM Melo^b, LR Souto^a,
MBES Borges^a, AA Sousa^a, PHR Farina^a,
DMD Carmo^a, EF Goulart^a