

pode-se confirmar o diagnóstico de mieloma múltiplo. **Conclusão:** O caso clínico descrito, oferece um alerta ao serviço médico do pronto atendimento hospitalar, quanto à origem das dores lombares. É necessário ser cauteloso e criterioso na anamnese, uma vez que ela direciona o diagnóstico. A narrativa pessoal em relação a sensação dolorosa, o tempo que fora instalada, a quantidade de vezes que o mesmo se apresentou no serviço médico, sem a resolução do caso, a perda ponderal não intencional, todos estes fatores, devem ser considerados e avaliados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.436>

MIELOMA MÚLTIPLO COM DOENÇA EXTRAMEDULAR DISSEMINADA AO DIAGNÓSTICO

JO Martins, MCG Assis, LLM Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
- Hospital Brigadeiro, São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Relatar caso de mieloma múltiplo com doença extramedular disseminada ao diagnóstico, bem como descrever abordagem terapêutica utilizada. **Relato de caso:** Paciente feminina de 51 anos, previamente hígida, com história de nódulo na região anterior da coxa direita há 1 ano, de crescimento progressivo e dor local intensa. Associado a isso, notou aparecimento de pequenos nódulos em região de mamas e subcutâneo de membros superiores e inferiores. Realizou biópsia de pele e partes moles de coxa direita, compatível com plasmocitoma produtor de cadeia leve lambda (CD138 positivo, Kappa negativo, Lambda positivo, CD20 negativo, CD3 negativo, Ki-67 positivo 50%, CD30 negativo, ALK-1 negativo, EBV negativo, c-Myc negativo, MUM-1 positivo, HHV8 negativo). Exames laboratoriais com hemograma, função renal, cálcio e DHL dentro da normalidade, eletroforese de proteínas com 2 picos em gama (total de 1,38 g/dL), imunofixação sérica IgG lambda, beta2-microglobulina 2,4 mg/L, avaliação urinária de 24h com componente monoclonal de 0,35 g/dL IgG lambda. PET-CT ao diagnóstico apresentava captação de nódulos mamários de até 3,5cm (SUV máx 4,2); nódulos esparsos pelo subcutâneo e musculatura de membros superiores e inferiores, tórax e glúteo de até 3,5cm (SUV máx 5,4); lesões em adrenais de até 5,2cm (SUV máx 7,9); linfonodomegalias em cadeias mediastinal e inguinal de até 2,5cm (SUV máx 5,6); além de múltiplas lesões osteolíticas em esqueleto apendicular, destacando-se lesão em tibia direita com componentes de partes moles (SUV máx 6,1). Biópsia de medula óssea normocelular e normomaturativa, sem infiltração neoplásica (CD138 positivo em menos de 10%, kappa e lambda positivo focal). Concluído diagnóstico de mieloma múltiplo IgG lambda (ISS I, DSS IIIA). Iniciado tratamento com CyBorD, em atual resposta parcial, com PET de reavaliação após 4 ciclos mostrando redução importante da carga metabólica tumoral. Em programação de transplante autólogo de medula óssea. **Discussão:** O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia plasmocitária caracterizada pela presença de 10% ou mais de plasmócitos clonais na medula óssea ou biópsia de osso ou tecido mole compatível com

plasmocitoma, associada a 1 ou mais lesões de órgãos-alvo (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia, lesões osteolíticas). No caso relatado, paciente apresentava biópsia de partes moles compatível com plasmocitoma, com comprometimento extramedular disseminado (mamas, subcutâneo, músculos, linfonodos e adrenal), além de lesões osteolíticas. O acometimento extramedular representa uma forma agressiva do MM, caracterizada pela capacidade de um clone e/ou subclone crescer independentemente do microambiente da medula óssea. É representado pelos plasmocitomas de partes moles que surgem devido à disseminação hematogênica e não têm contato com estruturas ósseas. Em pacientes com MM recém-diagnosticado, essa incidência varia entre 0,5% e 4,8%. Os dados disponíveis mostram pior prognóstico quando comparado ao MM sem envolvimento extramedular. A maioria dos estudos que avaliam tratamento neste subgrupo de pacientes são estudos retrospectivos. **Conclusão:** O acometimento extramedular no mieloma múltiplo é uma apresentação rara, caracterizada por doença mais agressiva e pior desfecho em estudos clínicos. São necessários estudos prospectivos que incluam este subgrupo de pacientes, a fim de avaliar qual seria a abordagem terapêutica mais eficaz neste contexto.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.437>

GAMOPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO CLÍNICO (RENAL, CUTÂNEO E NEUROLÓGICO) RELATO DE 3 CASOS

S T, M D, K J, A A, V J, N F, O Ep, N F, P M

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Objetivos: Relatar casos de Gamopatia Monoclonal de Significado Clínico (GMSC), condição que pode estar sendo subdiagnosticada e as vezes confundida com Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI). O termo GMSC foi criado para descrever gamopatias monoclonais (GM) não malignas que causam acometimento clínico, principalmente em órgãos como rins, pele e sistema nervoso periférico. Esta condição deve ser diferenciada de GMSI, em que não há acometimento clínico pela proteína clonal e de situações neoplásicas como o mieloma múltiplo, em que a terapia para tal é prioritária. Pode apresentar-se acometendo difusamente órgãos, como na Amiloidose AL e na Síndrome de POEMS ou localizada, como nos casos a seguir **Material e métodos:** Relato de 3 casos clínicos **Resultados:** CASO 1 Gamopatia Monoclonal de Significado Renal: AFN, masculino, 47 anos, hipertenso, em investigação de síndrome edemigênica, disfunção renal e proteinúria de 18g. Em biópsia renal havia glomerulonefrite membranoproliferativa mediada por imunocomplexos com restrição de cadeia leve Kappa, esclerose global dos glomerúlos (27%) e marcação para IgG, C3, C1q, kappa. Apresentava também pico monoclonal (PM) IgG kappa e na medula óssea 5% de plasmócitos não clonais. Foi iniciado tratamento com Bortezomib, Ciclofosfamida e Dexametasona e após 3 meses vem evoluindo com melhora da função renal CASO 2 Gamopatia Monoclonal de Significado Cutâneo: JLN,

masculino, 59 anos, com pápulas castanho amareladas predominantemente em região periorbitária, cuja biopsia havia infiltrado mononuclear e aglomerados de células xantomatosas CD68(+), CD1a(-) e proteína S100(-), compatíveis com Xantogranuloma Necrobiótico. Evidenciou-se PM IgG Kappa e medula óssea sem infiltrado plasmocitário. Tratou por meses com hidroquinona tópica e após 1 ano e evoluiu com anemia (Hb 11 mg/dL) e disfunção renal (Cr 2,1 mg/dL), por isto foi realizado aspirado de medula óssea, que revelou infiltração de 20% plasmócitos, sendo diagnosticado mieloma múltiplo. Iniciou tratamento com Ciclofosfamida, Talidomida e Dexametasona e após 2º ciclo, já em resposta parcial, evoluiu para óbito após complicação de quadro de hérnia inguinal estrangulada **CASO 3 Gamopatia Monoclonal de Significado Neurológico: ABC, sexo masculino, 44 anos, quadro arrastado de parestesia e paresia em MMII. O estudo de condução nervosa mostrou polineuropatia sensitivo-motora desmielinizante e a biopsia, neuropatia mista desmielinizante envolvendo fibras de grande calibre. Em exames havia PM IgM Kappa e medula óssea com 3% de plasmócitos. Foi tratado com metilprednisolona e imunoglobulina, evoluindo com melhora parcial dos sintomas** **Discussão:** Com aumento da incidência de GM nos deparamos com a necessidade de diferenciar situações em que a proteína patológica é causa (GMSC) ou não (GMSI) de possíveis sintomas que vêm associados. Os 3 casos relatados de acometimento renal, cutâneo e neurológico servem para demonstrar que imprescindível diferenciar estas condições **Conclusão** Será cada vez mais necessário padronizar e difundir critérios para diferenciar GMSC e GMSI, para que os especialistas possam ser mais efetivos no diagnóstico, acompanhamento e tratamento de pacientes com GM.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.438>

RELATO DE CASO: AVALIAÇÃO DE 5 CASOS DE PLASMOCITOMAS EXTRAMEDULARES AVALIADOS HOSPITAL PÚBLICO MINEIRO

VT Sousa, TMM Costa, PC Bastos, MALHM Conhalato, JP Torga, CAS Araújo, JMTPD Nascimento, PHL Casas, JPP Gonçalves

Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Os plasmocitomas são tumores compostos por plasmócitos histologicamente idênticos ao Mieloma Múltiplo (MM). Podem estar presentes em ossos ou em tecidos moles, esse último recebe o nome de extramedular. A maioria dos extramedulares surge por extensão direta de tumores esqueléticos, por rompimento do osso cortical. Eles são vistos em cerca de 7% dos pacientes com MM no momento do diagnóstico. Além da alta incidência, o plasmocitoma se associa a pior desfecho, principalmente quando presentes ao diagnóstico e nos pacientes tratados de forma convencional. Esses tumores se associam a sintomatologia variada, a depender do local em que se manifestam. Desse modo, o diagnóstico muitas vezes é desafiador. Podem estar presentes adjacentes às vértebras, costelas, esterno, assim como podem aparecer em órgãos - fígado, rim, pele, mama, SNC, dentre outros. As

sintomatologias são diversas e incluem: radiculopatia por compressão medular, parestesia, efeito de massa intracraniana, obstrução intestinal, como também podem se apresentar como massas subcutâneas. **Objetivos:** Relatar 5 casos de plasmocitomas avaliados tratados em Hospital Público Mineiro. **Método:** Trata-se da análise 5 casos de plasmocitomas extramedulares tratados em Hospital Público Mineiro. **Discussão:** Avaliamos 4 casos de pacientes com diagnóstico de Mieloma múltiplo, com plasmocitomas extramedulares ao diagnóstico e 1 caso de plasmocitoma identificado durante a progressão clínica. Todos classificados na escala de prognóstico ISS III, Durie Salmon 1 paciente IIIB, 2 IIIA e 2 IIA, 3 sexos feminino, 2 sexos masculino; idade mínima ao diagnóstico de 47 anos e máxima de 74 anos, média de 64,4 anos. Duas pacientes mais jovens tiveram comprometimento por plasmocitomas em diferentes sítios. Os sítios identificados foram lesões intracranianas- três casos, com sintomatologia variável, dor local, cefaleia, porém nenhum com déficit neurológico, 2 em região torácica, manifestadas com dor local importante e aumento da região mediastinal, fazendo diagnóstico diferencial com linfomas e timomas, 1 pulmonar comprometendo toda árvore brônquica, com sinais de insuficiência respiratória e diagnóstico diferencial de neoplasia de pulmão, 1 mama- diagnóstico diferencial com neoplasia primária de mama e intestino, com importante sintomatologia gastrointestinal. Assim cada um apresentou sintomatologia de acordo localização e relacionados ao mieloma. **Conclusão:** MM corresponde a cerca de 1% das neoplasias, os plasmocitomas extramedulares estão presentes em menos de 10% desses casos ao diagnóstico, apesar do aumento da frequência nas progressões de MM, ainda são raros, o que torna o diagnóstico desafiador, com múltiplos diagnósticos diferenciais e sintomatologias, por isso importante relatá-los.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.439>

PLASMOCITOMA ÓSSEO ISOLADO EM CLIVUS: RELATO DE CASO COM MANIFESTAÇÃO NEUROLÓGICA GRAVE

JVR Oliveira, MVA Azevedo, CWA Cano, AO Lauer, MA Malacarne, PL Zenero, FA Melo, CA Silva, FS Seguro, VG Rocha

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Aproximadamente 5% dos casos de neoplasias plasmocitárias correspondem a casos de plasmocitoma ósseo solitário (POS). Homens são duas vezes mais acometidos que as mulheres, com mediana de diagnóstico de 55 a 65 anos. Esta doença é definida por uma biópsia do tecido ósseo compatível com evidência de células plasmocitárias clonais, ausência de outras lesões de órgão-alvo como lesões líticas associadas, anemia, disfunção renal e hipercalcemia. Os sítios de plasmocitomas ósseos mais comuns são respectivamente: vértebras, pelve, costelas, extremidades superiores, face, crânio e fêmur. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com plasmocitoma ósseo isolado de apresentação incomum e grave diagnosticada no Hospital das Clínicas da Faculdade de