

para identificação de possíveis massas ou adenomegalias. A tomografia computadorizada (TC) subsequente evidenciou uma lesão expansiva em região paravertebral direita nos níveis de T3 a T9. Indicado biópsia guiada por TC e a análise histopatológica revelou depósitos amilóides intersticiais, confirmado pela coloração vermelho-congo. Os resultados da imunohistoquímica foram inespecíficos, indicando a ausência de proliferação celular atípica. Para investigação do tipo de proteína amilóide, o material da biópsia foi submetido à análise por espectrometria de massa com resultado compatível com amiloidose de cadeia leve. Após o diagnóstico de AL, foram realizados outros exames para descartar comprometimento sistêmico como ecocardiograma, ressonância magnética cardíaca e tomografias abdome e pelve sem evidência de doença em outros órgãos. Devido ao comprometimento localizado do depósito amilóide e linfocitose monoclonal de células B sem critérios para diagnóstico de LLC, indicado radioterapia de campo envolvido em coluna vertebral com intuito de controle local e redução do risco de compressão de medula espinhal. Paciente encontra-se em acompanhamento há 3 anos sem sinais clínicos e laboratoriais de progressão de amiloidose sistêmica ou LLC. Realizado PETCT oncológico e sem evidência de lesões com aumento de atividade metabólica. **Conclusão:** Em estudo publicado (Kourelis TV et al, 2013) com 33 pacientes com LLC e amiloidose, até 30% foi identificado como amiloidose não AL. Portanto, a identificação do tipo de amilóide através de técnicas mais sensíveis é essencial no planejamento terapêutico. Esta situação clínica é rara, pois geralmente a LLC tem relação com cadeia leve kappa e não lambda. No caso descrito, como o quadro clínico sugere amiloidose localizada pelos exames realizados, optou-se pelo tratamento localizado e acompanhamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104811>

ID - 2184

AMILOIDOSE LARÍNGEA LOCALIZADA EM PACIENTE JOVEM

JPMDd Silva, RI Bittencourt, G de Lima, FM Carlotto, MPB Malcon, ICS Riviera, MP Pereira, TB Soares, LMdR Silla, RA Frizzi, JP Portich, MR Gewehr, AA Paz, JB Gazabon, CC Astigarraga

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

Introdução: A laríngea amiloidose é uma forma rara de amiloidose e cerca de 90% é do tipo AL (cadeia leve de imunoglobulina) e ocorre de forma localizada. No caso em questão foi descartado envolvimento sistêmico. O tratamento pode ser com radioterapia (levando em consideração os efeitos adversos locais), porém o tratamento padrão é cirúrgico, com ressecção endoscópica das lesões sintomáticas. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 25 anos, previamente hígido, com queixa de disfonia há um ano, de início insidioso e progressivo, dispneia ao falar, odinofagia e engasgos com líquidos. Foi submetida a biópsia laríngea em janeiro de 2025,

inicialmente inconclusiva quanto à presença de proteína amilóide, sendo removida acometimento sistêmico. A imuno-histoquímica posterior evidenciou predomínio de cadeia leve kappa com deposição de material amorfo hialino e pesquisa de vermelho congo positiva. O paciente foi avaliado em equipe multidisciplinar, que optou pelo tratamento cirúrgico com microcirurgia laríngea (MCL) em maio de 2025. Evoluiu bem, com importante melhora da voz, ausência de dispneia e redução significativa das lesões no exame de vídeo-laringoscopia. Segue em acompanhamento ambulatorial, sem evidências de progressão sistêmica. **Discussão:** A laríngea amiloidose localizada é rara e de curso indolente. Podem simular processos inflamatórios automáticos. O diagnóstico exige biópsia com coloração específica, sendo fundamental a exclusão de amiloidose sistêmica, especialmente em casos com suspeita de neoplasia plasmocitária. No presente caso, apesar da positividade para cadeia leve kappa na biópsia laríngea, não foram encontrados critérios sistêmicos para mieloma múltiplo. O tratamento cirúrgico foi eficaz, proporcionando alívio sintomático e preservação da função vocal. Este caso ilustra a importância do reconhecimento precoce e abordagem multidisciplinar. O seguimento prolongado é indicado, dada a possibilidade de recorrência. **Conclusão:** A laríngea amiloidose não deve ser considerada diagnóstico diferencial de disfonia persistente. A confirmação diagnóstica exige biópsia direcionada e exclusão de envolvimento sistêmico. O tratamento cirúrgico, quando bem indicado, pode trazer excelente resposta funcional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104812>

ID - 1282

AMILOIDOSE: DA SUSPEIÇÃO DIAGNÓSTICA ATÉ A CLASSIFICAÇÃO DO SUBTIPO

BSd Hack, CL Ribeiro, LR Soares, RS de Abreu, AC Fenili, Fld Moreno, S Vidor, TBd Soares, MEZ Capra, MO Ughini, BM Ribeiro, LCG Trindade, DB Lamaison

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O termo “amiloidose” se refere a um conjunto de doenças - com mecanismos fisiopatogênicos bastante distintos - que culminam em um denominador comum: depósitos teciduais extracelulares de proteínas disfuncionais (chamadas proteínas amiloides). **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, histórico de hipertensão, artroplastia de quadril bilateral e infecções de repetição de ambas as próteses, encaminhada ao ambulatório de Hematologia por suspeita de amiloidose AL. Havia iniciado em sua cidade de origem investigação etiológica de doença renal crônica; durante processo, realizado biópsia renal que evidenciava depósito renal de proteína amilóide. Vem em primeira consulta trazida em cadeira de rodas, queixando-se de sensação de “formigamento” em membros inferiores. Realizado investigação de componente monoclonal (com eletroforese de proteína sérica e urinária, imunofixação de proteína sérica e

urinária e Freelite) - sendo detectado proteína monoclonal apenas em eletroforese de proteínas urinárias (quantificável em 98,7 mg/24hr). Investigação para mieloma múltiplo negativa - biópsia de medula óssea sem evidência de plasmocitose clonal; tomografias esqueléticas sem fraturas/ plasmocitomas; sem lesões definidoras de mieloma. Biópsia de medula óssea enviada para coloração vermelho Congo - com resultado positivo - confirmando depósito amiloide também em medula óssea. Por ser considerado método padrão-ouro, anatomopatológico de medula óssea foi enviada para espectrometria de massa, com resultado positivo para amiloidose AA - no caso da paciente e pelo seu histórico, provavelmente resultado de processos infecciosos de repetição em próteses de quadril. Paciente mantém hoje acompanhamento no hospital, nos serviços de Hematologia e Cardiologia (por provável comprometimento cardíaco por amiloidose). **Conclusão:** A suspeita diagnóstica de amiloidose começa através do quadro clínico - com ampla gama de manifestações (desde sintomatologia constitucional como perda ponderal, fadiga, até injúria renal e disfunção cardíaca). O diagnóstico requer biópsia de tecido infiltrado - com identificação da proteína amiloide através da positividade para coloração de vermelho Congo e posterior subclassificação desta proteína através de métodos como por exemplo espectrometria de massa (método permite a correta classificação do subtipo de amiloide em até 94% dos casos). Na amiloidose AA, a proteína depositada nos diferentes tecidos é chamada amiloide A (um reagente de fase aguda), sendo em geral secundária a um insulto inflamatório sistêmico - dentre as causas, cita-se doenças autoimunes (e.g. artrite reumatoide, LES), além de infecções crônicas (como osteomielites, tuberculose). O manejo envolve o controle (e identificação) agressivo do processo subjacente, bem como suporte ao órgão acometido pela amiloidose (e.g. terapia de substituição renal em caso de injúria renal severa); não existe até o momento tratamento específico para o depósito amiloide já estabelecido.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104813>

ID - 3153

ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES DO NEOPLASIAS MALIGNAS DO TECIDO LINFÓIDE HEMATOPOIÉTICO NO BRASIL: PERFIL E VALORES DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

MY de Castro^a, MS Gonçalves^a, MZ Vianna^a, E Capovilla^a, LF Proença^a, RN Ruschel^a, BS Cimirro^a, ABF de Oliveira^a, JWdO Romanov^b

^a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: As neoplasias malignas do tecido linfóide hematopoiético, como mieloma múltiplo, histiocitose maligna, tumor maligno de mastócitos, entre outras, impactam

milhares de brasileiros anualmente. Este estudo busca analisar o impacto e a ocorrência dessas doenças no Brasil nos últimos 10 anos. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico das internações e seus impactos financeiros por outras neoplasias malignas do tecido linfóide, hematopoiético e correlatos nas regiões do Brasil no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2025. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo de natureza descritiva, retrospectiva e quantitativa, utilizando dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), administrado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O estudo abrangeu informações relativas às internações de pacientes entre 50-79 anos com outras neoplasias malignas do tecido linfóide hematopoiético. **Discussão e conclusão:** Durante os últimos 10 anos, foram quantificadas 62.946 internações por outras neoplasias malignas do tecido linfóide hematopoiético. Ao examinarmos as diferentes regiões brasileiras, a Sudeste registrou o maior número de casos, 53,37% (n = 33.599), seguida pela região Nordeste, 20,19% (n = 12.711), pela Sul, 17,04% (n = 10.726), pela Centro-Oeste, 6,83% (n = 4.301) e pela Norte, 2,55% (n = 1.609). Quanto à faixa etária, a mais acometida foi pacientes entre 60 e 69 anos, 43,1% (n = 27.136), também sendo a faixa etária com a maior quantidade de óbitos, 40,85% (n = 2.865). Considerando o sexo, o masculino apresentou 53,17% (n = 33.470), enquanto feminino representou 46,82% (n = 29.476). Quanto à média de permanência hospitalar, a média nacional foi de 9,1 dias, sendo as regiões Norte e Nordeste acima da média nacional, 10,2 e 9,5 dias, respectivamente. Quanto ao valor total das internações, o país gastou 226.205.670 reais, sendo a região Sudeste responsável por 56,01% (126.710.652 reais) dos custos. Referente ao desfecho do quadro, 11,14% (n = 7.013) evoluíram para o óbito, sendo a região Sudeste com o maior número com 52,98% (n = 3.716), e a raça branca com o maior número de óbitos 48,33% (n = 3.390), seguida pela raça parda 43,1% (n = 3.023). Na última década, as neoplasias malignas do tecido linfóide e hematopoiético ficaram concentradas na região Sudeste, com maior número de casos em paciente entre 60 a 69 anos e com discreto predomínio do sexo masculino. Além disso, a mortalidade teve um impacto em pacientes da raça branca, como também teve um elevado custo, principalmente na região Sudeste. Assim, esses resultados evidenciam a necessidade de detecção precoce dessas patologias, com o intuito de reduzir a mortalidade e os custos no Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104814>

ID – 3430

ANÁLISE DE SOBREVIDA DO MIELOMA MÚLTIPLO EM UM CENTRO DE ONCOHEMATOLOGIA NO INTERIOR DA BAHIA

L Freire Rodrigues^a, C Gomes Luciano Bastos^a, M Magalhães Rocha^a, O de Almeida Lyra Neto^b, I Moreira Carneiro^c, M Cerqueira de Queiroz^a, LG Dourado Dourado^a, E Cunha Pires^d, R de Barros Silva^a, EM Macedo Costa^d