

de CD28. Sugestivo de doença proliferativa plasmocitária. Iniciado VCD (ciclofosfamida, bortezomibe e dexametasona) com boa tolerância, tendo sido liberado para continuidade do tratamento ambulatorial. Paciente procura a emergência em Julho/2024 com quadro de dor abdominal, icterícia, vômitos, prostração e surgimento de lesões de pele em abdome e couro cabeludo. Hemograma com evidência de blastos e tomografia computadorizada de abdome com imagem sugestiva de infiltração neoplásica. Realizado também biópsia das lesões de pele com evidência de Infiltração por células neoplásicas de natureza indeterminada podendo corresponder ao mieloma de células plasmáticas recentemente diagnosticado. Submetido ao protocolo DTPACE (dexametasona, talidomida, cisplatina, doxorubicina, ciclofosfamida e etopósido). Paciente evoluiu com pancitopenia no 4º dia pós QT, apresentando neutropenia febril sendo transferido para leito de unidade de terapia intensiva evoluindo com choque séptico de foco abdominal com disfunção orgânica com necessidade de IOT, droga vasoativa sem resposta às medidas e consequentemente evoluindo à óbito. **Conclusão:** O caso apresentado ilustra uma forma grave de mieloma múltiplo, com manifestações clínicas intensas e rápida progressão, evidenciando a natureza agressiva da doença. Demonstra a complexidade clínica e a gravidade do mieloma múltiplo em sua forma agressiva, ressaltando a importância da suspeição diagnóstica precoce diante de sintomas como anemia, insuficiência renal e lesões líticas. O relato contribui para o reconhecimento de manifestações clínicas severas da doença e para a reflexão sobre quais estratégias terapêuticas mais eficazes em casos com comportamento biológico agressivo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104842>

ID - 1214

MIELOMA MÚLTIPLO COM ENVOLVIMENTO PLEURAL E PLASMÓCITOS DISPLÁSICOS: RELATO DE CASO COM ANÁLISE MORFOLÓGICA E IMUNOFENOTÍPICA

AP Soares, PM Oliveira, CF Matias,
LAM Oliveira, ACT da Silva, YH Maekawa,
AF Sandes

Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Relato de caso raro de mieloma múltiplo, com comprometimento pleural e presença de plasmócitos altamente displásicos, com ênfase na caracterização morfológica e imunofenotípica, visando contribuir para a compreensão de variantes agressivas da doença. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 58 anos, atendida no Grupo Fleury em maio de 2025, com quadro de derrame pleural de etiologia inicialmente indeterminada. Foram analisadas amostras de líquido pleural e de medula óssea por exame morfológico, citometria de fluxo multiparamétrica e estudo histopatológico. Complementarmente, realizaram-se exames laboratoriais séricos, incluindo eletroforese de proteínas, dosagem de cadeias leves livres e avaliação da função renal. A análise do líquido pleural evidenciou celularidade aumentada (429 células/mm³), com predomínio de plasmócitos atípicos (97%) apresentando

displasia acentuada, incluindo núcleos multilobulados, convolutos e cromatina frouxa. A imunofenotipagem revelou uma população plasmocitária monoclonal com restrição para cadeia leve lambda, expressando CD38, CD138, CD20 e CD28, e ausência de CD19, CD27, CD56 e CD117. O estudo histológico da medula óssea demonstrou infiltrado plasmocitário intersticial e peritrabecular (15–20%). Os exames bioquímicos revelaram excesso de cadeias leves lambda (323,6 mg/dL), com inversão acentuada da razão kappa/lambda (0,0004), presença de componente monoclonal de 2,48 g/dL na faixa gama da eletroforese sérica e sinais de disfunção renal (creatinina: 2,51 mg/dL; ureia: 90 mg/dL), compatíveis com nefropatia por cadeia leve. Observou-se também hipoalbuminemia (3 g/dL), relação albumina/globulina de 0,6 e hiperproteïnemia plasmática (7,8 g/dL), bem como aumento da concentração proteica no líquido pleural (6 g/dL). **Conclusão:** O envolvimento pleural no mieloma múltiplo representa manifestação incomum, geralmente associada a doença avançada e de prognóstico desfavorável. A presença de plasmócitos com acentuada displasia, incluindo núcleos multilobulados e contornos irregulares, sugere desregulação proliferativa associada a fenótipos agressivos. A expressão aberrante de CD28 e a ausência de CD56 reforçam o perfil imunofenotípico de alto risco. As alterações laboratoriais refletem impacto sistêmico, com comprometimento da função renal e da homeostase proteica. Este caso ilustra uma forma rara e agressiva de mieloma múltiplo com envolvimento pleural e plasmócitos displásicos. A integração entre achados morfológicos, imunofenotípicos e laboratoriais permitiu a identificação de um fenótipo de alto risco, destacando a importância da abordagem diagnóstica multiparamétrica, especialmente em apresentações clínicas atípicas.

Referências:

1. Kumar SK, Rajkumar V, Kyle RA, van Duin M, Sonneveld P, Mateos MV, et al. Multiple myeloma. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17046. doi:10.1038/nrdp.2017.46.
2. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, Blade J, Merlini G, Mateos MV, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol*. 2014;15(12):e538-e548. doi:10.1016/S1470-2045(14)70442-5.
3. Kyle RA, Rajkumar SV. Multiple myeloma. *Blood*. 2008;111(6):2962-2972. doi:10.1182/blood-2007-10-078022.
4. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Revised 4th ed. Lyon: IARC; 2017.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104843>

ID - 3222

MIELOMA MÚLTIPLO COM ENVOLVIMENTO RENAL E TESTICULAR: RELATO DE CASO COM EXCELENTE RESPOSTA TERAPÊUTICA

Ml Puls ^{a,b,c}, CM Massumoto ^{b,c,d}

^a Hospital São Camilo Pompeia, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil

^d Oncocenter, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O envolvimento extramedular no mieloma múltiplo (MM) ocorre em até 10% dos casos ao diagnóstico, sendo o acometimento renal e testicular extremamente raro e associado a pior prognóstico. Relatamos um caso de MM IgA Kappa estágio III pelo R-ISS com lesões extramedulares simultâneas em rim e testículo, com resposta completa stringent após tratamento de primeira linha. **Descrição do caso:** Homem, 66 anos, com história de hipertensão, doença coronariana e insuficiência cardíaca, apresentou fadiga. Exames de investigação demonstraram creatinina 2,11 mg/dL, Hb 13 g/dL, Cálcio total 10 mg/dL, DHL 438 U/L, Beta-2-microglobulina 24 mg/dL, Eletroforese sérica com pico monoclonal não quantificável em beta2-globulinas, imunofixação com expressão de IgA Kappa monoclonal, Kappa leve livre 751 mg/dL, Lambda leve livre 20.15 mg/dL e relação K/L 37. Sem proteinúria monoclonal e imunifixação detectável em urinálise de 24h. Seu PET-CT evidenciou múltiplas lesões líticas e nodulações (SUV máximo 23) em calota craniana, coluna vertebral, quadril, costelas, membros superiores e inferiores e hipermetabolismo em massas perirrenal direita (3.5 cm) e testicular esquerda (3 cm). Biópsias de lesões ósseas, renal e testicular confirmaram plasmocitomas monoclonais Kappa (CD38+, CD138+, MUM1+, cadeia leve de imunoglobulina kappa). Sua biópsia de medula óssea mostrou 90% plasmócitos monoclonais negativos para CD19 com FISH e cariótipo sem alterações. Diagnosticado MM IgA Kappa R-ISS III. Indicado tratamento com o esquema Dara-VRd (Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomida, Dexametasona, conforme protocolo "PERSEUS") associado a ácido zoledrônico + carbonato de cálcio + vitamina D e profilaxias com aciclovir, sulfametoxazol-trimetopima e aspirina. Evoluiu com melhora da função renal, atingindo creatinina de 1.1 mg/dL. Após 4 ciclos, apresentou normalização de cadeias leves livres, negatização da imunofixação sérica. Novo PET-CT sem lesões hipercaptantes detectáveis e mielograma com ausência de plasmócitos na imunofenotipagem, configurando resposta completa. O transplante de células progenitoras hematopoéticas autólogo foi indicado. Submetido a mobilização de células progenitoras hematopoéticas (G-CSF + plerixafor) com coleta de 8×10^6 células CD34+/Kg e infusão a fresco 24 horas após condicionamento com melfalano 200 mg/m². Teve enxertia neutrofilica no D+10 e alta hospitalar no D+14. Até o momento da descrição deste relato, paciente se encontra clinicamente bem e ao término do primeiro ciclo de consolidação com DaraVRd. **Conclusão:** O MM com envolvimento extramedular renal e testicular é raríssimo, com poucos casos descritos na literatura científica especializada. Apesar de tais achados estarem geralmente associados a mau prognóstico, este caso apresentou resposta profunda e rápida ao esquema Dara-VRd, reforçando o papel de terapias anti-CD38 combinadas a imunomoduladores e inibidores de proteassoma mesmo em cenários de alto risco clínico e biológico. O acompanhamento prolongado será essencial para avaliar a manutenção da resposta e a sobrevida livre de progressão.

ID - 2825

MIELOMA MÚLTIPLO EM PACIENTE COM LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA: UM RELATO DE CASO

KG Frigotto ^a, IC Rosa Diogo ^a,
P Santos Barroso ^a, J Rosa Dantas ^a,
J Basto Torres ^a,
G dos Santos Domingues Claudio ^b,
MI Alencar Rodrigues ^b, E Bruno-Riscarolli ^c,
I de Oliveira Fernandes Júnior ^d,
V Ribeiro Gomes de Almeida Valviessse ^a

^a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, RJ, Brasil

^c Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^d Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A associação entre leucemia mieloide aguda (LMA) e mieloma múltiplo (MM) é extremamente rara. Relatos de coexistência levantam hipóteses sobre predisposição genética, imunossupressão ou efeito tardio do tratamento citotóxico. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 54 anos, histórico de diabetes mellitus tipo 2, e diagnóstico prévio de leucemia promielocítica aguda (LPA), de risco intermediário, tratado com protocolo AIDA 2000, atualmente em remissão. Realizando manutenção com ácido transretinóico (ATRA). Apresentou múltiplas internações nos últimos meses, por pneumonia, tratados com diversos esquemas antibióticos, além de fratura de arco costal. Devido a suspeita de MM, foi solicitada eletroforese de proteínas com imunofixação, que mostrou pico monoclonal IgG kappa (3,64 g), com razão kappa/lambda 137,91, e beta 2 microglobulina 3,11 mg/L. A ressonância magnética de coluna revelou lesões suspeitas em L4, e o inventário ósseo lesões líticas crânio-vertebrais. Exames laboratoriais e de imagem confirmam infiltração plasmocitária em medula óssea. Foi iniciado tratamento com Dara-VTD (daratumumabe, talidomida, bortezomibe e dexametasona), com resposta hematológica parcial com redução progressiva do pico monoclonal para 0,39 g após 6 ciclos, caracterizando resposta muito boa parcial. Subjetivamente, o paciente se encontra assintomático, foi solicitado lenalidomida e aguarda transplante de medula óssea autólogo. **Conclusão:** A ocorrência simultânea ou sequencial de duas neoplasias hematológicas distintas, é extremamente rara e desafiadora tanto do ponto de vista diagnóstico quanto terapêutico. No presente caso, a paciente, previamente tratada e em remissão de LPA, evoluiu com achados laboratoriais e clínicos sugestivos de gamopatia monoclonal. O diagnóstico de mieloma múltiplo foi estabelecido por biópsia de medula óssea, com infiltração plasmocitária, imunofenotipagem e evidência laboratorial de componente monoclonal. A presença de duas doenças hematológicas distintas na mesma paciente levanta importantes hipóteses fisiopatológicas. Embora não exista relação causal direta estabelecida entre