

<sup>c</sup> Hospital Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil

<sup>d</sup> 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  $8 \times 10^6$  células CD34+/Kg e infusão a fresco 24 horas após condicionamento com melfalano 200 mg/m<sup>2</sup>. 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 <sup>a</sup>, IC Rosa Diogo <sup>a</sup>,  
P Santos Barroso <sup>a</sup>, J Rosa Dantas <sup>a</sup>,  
J Basto Torres <sup>a</sup>,  
G dos Santos Domingues Claudio <sup>b</sup>,  
MI Alencar Rodrigues <sup>b</sup>, E Bruno-Riscarolli <sup>c</sup>,  
I de Oliveira Fernandes Júnior <sup>d</sup>,  
V Ribeiro Gomes de Almeida Valviessse <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup> Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, RJ, Brasil

<sup>c</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>d</sup> 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

LPA e mieloma múltiplo, alguns relatos sugerem que o tratamento citotóxico prévio, em especial com agentes alquilantes ou inibidores de topoisomerase, pode contribuir para a emergência de neoplasias secundárias. Outra hipótese considerada é a existência de uma predisposição clonal ou microambiental comum, que favoreça o surgimento de ambas as neoplasias. A sobreposição de diagnósticos traz implicações clínicas importantes. A imunodeficiência associada à LPA, somada à disfunção imune característica do mieloma, pode aumentar a susceptibilidade a infecções e dificultar a resposta terapêutica. Além disso, a abordagem terapêutica do mieloma em um paciente previamente tratado para LPA requer cautela, considerando o histórico de toxicidade, idade e reserva medular. O caso reforça a importância da vigilância hematológica prolongada em pacientes curados de neoplasias hematológicas, mesmo após longos períodos de remissão. A persistência de sintomas como anemia inexplicada, dor óssea ou gamopatias monoclonais deve sempre levantar a suspeita de uma segunda malignidade, mesmo que incomum.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104845>

ID - 1283

#### MIELOMA MÚLTIPLO GÁSTRICO: RELATO DE CASO

IS Brito <sup>a</sup>, CDd Santos <sup>b</sup>, C Galati <sup>b</sup>, P Gama <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, Campinas, SP, Brasil

<sup>b</sup> Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

**Introdução:** A neoplasia maligna das células plasmáticas correlacionada a proliferação intramedular de células plasmáticas monoclonais é intitulada Mieloma Múltiplo (MM). O MM extramedular é a identificação de células do MM em localização afastada da medula óssea (MO) ou tecidos que circundam. O acometimento do trato gastrointestinal (TGI) é raro, presente em menos de 1% dos casos.<sup>1,2</sup> **Descrição do caso:** Homem, 54 anos, com perda ponderal, náuseas e anemia há um ano. Ao exame, presença de nodulação em membro inferior direito. Inicialmente, ultrassonografia e tomografia abdominal apresentaram espessamento difuso da parede gástrica. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou linite plástica e adenomegalia peritoneal. A biópsia gástrica revelou perfil imuno-histoquímico compatível com linfoma da zona marginal extranodal do tecido linfóide associado à mucosa, com diferenciação plasmocítica, em mucosa gástrica de padrão antral. Além disso, biópsia de MO sem evidência de neoplasia. O exame de tomografia por emissão de pósitrons com tomografia computadorizada demonstrou hipermetabolismo discreto na parede gástrica (SUV 4,0) e em nódulo no gastrocnêmio direito (SUV 3,6). Em nova EDA com biópsia, evidenciado lesão infiltrativa em toda câmara gástrica no fundo, corpo e no antro. A biópsia demonstrou dados consistentes com neoplasia de células plasmáticas com restrição de cadeia KAPPA infiltrando lâmina própria da mucosa gástrica. Ainda, a eletroforese de proteínas séricas

evidenciou pico monoclonal em gama. Neste momento, empregada terapia com ciclofosfamida, dexametasona e doxorubicina. Em revisão de lâmina, o estudo apoiou o diagnóstico de infiltração da mucosa gástrica por neoplasia de plasmócitos, com restrição de cadeia leve KAPPA e expressão de IgG, desfavorecendo o diagnóstico de linfoma MALT. Instituído protocolo VCd (bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona), com remissão clínica, ganho ponderal e resolução das lesões. Realizado transplante autólogo de MO com condicionamento regime MEL200. Atualmente, paciente em remissão completa, em uso de lenalidomida como terapia de manutenção. **Conclusão:** A incidência de MM no TGI é rara e quando ocorre, o estômago não é o órgão mais acometido. A realização de biópsia e outros exames são imprescindíveis ao diagnóstico e à implementação da terapia adequada, uma vez que a lesão se assemelha a outros tumores de acometimento gástrico tais como GIST, tumores neuroendócrinos e linfoma.<sup>2,3</sup> O acometimento do TGI por MM exige investigação minuciosa e abordagem multidisciplinar para diagnóstico precoce e terapêutica adequada.

#### Referências:

1. Comba IY, Torres Luna NE, Cooper C, Crespo MW, Carilli A. A rare case of extramedullary plasmacytoma presenting as massive upper gastrointestinal bleeding. *Cureus*. 2019 Jan 31;11(1):e3993. doi:10.7759/cureus.3993. PMID: 30972272; PMCID: PMC6443515.
2. Martí-Gelonch L, Asensio-Gallego JI, Eizaguirre-Letamendia E, Murgoitio-Lazkano FJ, Arana-Iñiguez Í, Enríquez-Navascués JM. Diagnóstico inesperado en paciente con sospecha de GIST: infiltración gástrica por mieloma múltiplo. *Cir Cir*. 2020;88 Suppl 2:90-3. doi:10.24875/CIRU.20000566. PMID: 33284264.
3. Salar A. Gastric MALT lymphoma and *Helicobacter pylori*. *Med Clin (Barc)*. 2019 Jan 18;152(2):65-71. doi:10.1016/j.medcli.2018.09.006. PMID: 30424932.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104846>

ID - 803

#### MIELOMA MÚLTIPLO IGA MIMETIZANDO NEFROPATIA POR IGA - RELATO DE CASO

GPS Mota, AF Pedrão, CEdS Marçal, DSd Leme, FdO Moraes, L Rissi, RGC Goiato, ABGFd Mattos, A Gaidukas, CE Katayama, HL Neto, LB Zerlotti, LGR Dadamos, MIGd Silva, CE Miguel

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

**Introdução:** Mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna das células plasmocitárias, caracterizada pela produção clonal de imunoglobulinas, infiltração da medula óssea por esses plasmócitos clonais e manifestações orgânicas definidoras. A insuficiência renal é observada em quase metade dos pacientes diagnosticados e está associada ao aumento da mortalidade. Os principais mecanismos diretos de lesão renal no contexto do MM incluem: a nefropatia por cilindros de cadeias leves (também conhecida como "rim do mieloma") -