

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 ^a, CDd Santos ^b, C Galati ^b, P Gama ^{a,b}

^a Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, Campinas, SP, Brasil

^b 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.^{1,2} **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.^{2,3} 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-Gelónch 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") -