

em 33% dos casos -, amiloidose AL, 21%, e doença por depósito de imunoglobulina monoclonal, 22%. Nesta última condição, as imunoglobulinas, usualmente leves (e raramente pesadas), depositam-se ao longo da membrana basal, túbulos e vasos. Raríssimos relatos na literatura descrevem casos de gamopatia monoclonal de significado renal (MRGUS) ou MM com comprometimento renal por depósito de IgA, mimetizando a nefropatia por IgA (IgAN). Diferente da IgAN clássica, que envolve depósitos policlonais de IgA, nestes casos, os depósitos são exclusivamente monoclonais, decorrentes da produção de imunoglobulina de clones de células B ou plasmócitos. **Descrição do caso:** Sexo masculino, 54 anos, hipertenso, foi encaminhado para investigação após achado de anemia moderada (Hb 8 g/dL), disfunção renal (creatinina 3,27 mg/dL) e hematúria microscópica durante exame admissional. Assintomático. A eletroforese de proteínas séricas revelou pico monoclonal de 2,12 g/dL. A dosagem imunológica mostrou IgA elevada (2816 mg/dL) com IgG e IgM reduzidas. A imunofixação sérica foi positiva para IgA/lambda. O mielograma demonstrou 34% de plasmócitos e a biópsia de medula óssea evidenciou 80% de infiltração de plasmócitos clonais lambda. O PET-CT mostrou lesão óssea inespecífica em úmero proximal. Cariótipo normal. A pesquisa de vermelho do Congo foi negativa em medula e gordura abdominal. Foi iniciado tratamento para mieloma múltiplo com dois ciclos de VTD (bortezomibe semanal, talidomida e dexametasona). Apesar de melhora parcial da função renal, o paciente manteve creatinina elevada, eritrocitúria persistente e proteinúria subnefrótica (1,0 g/24h), motivando biópsia renal. A análise da biópsia renal mostrou leve a moderada expansão mesangial e proliferação celular. Na imunohistoquímica observou-se positividade (3+/4+) para IgA e cadeia leve lambda em padrão granular, em mesângio e alças capilares; IgG, IgM, C3, kappa e vermelho do Congo foram negativos. O diagnóstico foi, portanto, de “nefropatia por IgA”. A EFP urinária apresentou um pico monoclonal e a imunofixação urinária evidenciou padrão monoclonal IgA/kappa. O protocolo VTD foi mantido, com resposta parcial após sete ciclos; o paciente seguiu em preparo para o transplante autólogo. **Conclusão:** Apesar do envolvimento das cadeias pesadas de IgA, na variante IgA do MM (15–20% dos casos) a deposição glomerular da imunoglobulina não é usual e a lesão renal principal ainda é por nefropatia por cilindros de cadeias leves. No caso descrito não há evidência de nefropatia por cilindros, mas traz o atípico envolvimento mesangial e vascular, o que é característico da nefropatia por depósito de imunoglobulina monoclonal e nefropatia por IgA. É crucial reconhecer os mecanismos de lesão renal provocados por paraproteína visando assertividade diagnóstica, prognóstica e terapêutica, tendo em vista que a presença da proteína justifica o início do tratamento, mesmo sem outros critérios definidores de doenças hematológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104847>

ID - 2315

MIELOMA MÚLTIPLO IGG-KAPPA COM ENVOLVIMENTO ÓSSEO EXTENSO EM PACIENTE JOVEM

L Arraes Aragão, H Alves de Andrade Ribeiro,
L Meloti Fiorio, T Azevedo do Carmo,
CL Nogueira Gomes, WM Tobias Braga,
ML Barbosa Fernandes Dourado

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia de células plasmocitárias que afeta predominantemente idosos, com mediana de idade ao diagnóstico em torno de 69 anos. Casos em adultos jovens são raros, representando menos de 2% dos casos, o que geralmente leva a um retardo diagnóstico devido à baixa suspeição. Nessa população, a doença frequentemente pode ter comportamento biológico atípico e apresentação clínica mais agressiva. Este relato descreve um caso de MM Ig Kappa em paciente de 23 anos, com alto grau de comprometimento medular e extensa infiltração óssea. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 23 anos, sem comorbidades prévias, trabalhador em tinturaria com exposição a solventes e corantes, apresentou quadro de dor lombar intermitente por dois anos, com piora progressiva, limitação de marcha e perda de força em membros inferiores. Procurou assistência médica repetidas vezes sem diagnóstico definitivo. Foi encaminhado a serviço especializado após achados de anemia leve, alterações ósseas radiológicas e presença de proteína monoclonal em exames. Exames laboratoriais iniciais mostraram hemoglobina de 10,2 g/dL, creatinina 1,2 mg/dL, ausência de hipercalcemia, albumina 3,8 g/dL e β 2-microglobulina de 1,58 mg/L. A eletroforese de proteínas séricas revelou pico monoclonal de 8,7 g/dL na fração gama, e a imunofixação identificou componente IgG-Kappa. A relação Kappa/Lambda era de 66,7. A tomografia computadorizada de corpo inteiro evidenciou múltiplas lesões osteolíticas envolvendo calota craniana, clavículas, escápulas, arcos costais, esterno, coluna toracolombar, pelve e ossos longos, com fraturas patológicas em T10 a L3. A ressonância magnética confirmou infiltração óssea difusa e lesão expansiva em T11 com discreta redução do canal vertebral, sem compressão medular. O mielograma apresentava 90% de células plasmocitárias. A biópsia óssea revelou infiltração de 90% por plasmócitos maduros, além de fibrose grau 2. A imunohistoquímica medular mostrou positividade difusa para CD138, cadeia leve kappa, CD20 e ciclina D1, com negatividade para CD56 e CD117. Estabelecido o diagnóstico de mieloma múltiplo IgG Kappa, variante linfocitoide / de pequenas células. O estadiamento foi classificado como Durie & Salmon IIIA e ISS I. O paciente foi tratado em centro de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo submetido à terapia de indução com o esquema VCD (bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona).

Posteriormente, ajustado para VTD (bortezomibe, talidomida e dexametasona), com boa tolerância e resposta parcial. Foi encaminhado para avaliação de transplante de medula óssea autólogo, visando a consolidação da resposta. **Conclusão:** O presente relato ilustra um caso incomum de mieloma múltiplo IgG kappa em paciente jovem, caracterizado por elevada carga tumoral, extenso comprometimento esquelético e imunofenótipo atípico, com expressão de CD20 e ciclina D1 e ausência de CD56. O diagnóstico foi postergado devido à baixa suspeição clínica inicial, apesar de sintomas persistentes. O caso reforça a importância de considerar MM mesmo em faixas etárias não usuais diante de sintomas musculoesqueléticos prolongados e achados laboratoriais sugestivos. Ressalta-se, adicionalmente, o histórico ocupacional do paciente, com exposição a solventes e corantes em ambiente de trabalho, condição descrita na literatura como potencial fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias hematológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104848>

ID - 1011

MIELOMA MÚLTIPLO X SÍNDROME DE POEMS: UM RELATO DE CASO

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

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

Introdução: A síndrome de POEMS é doença rara, fazendo parte das entidades classificadas como “gamopatias monoclonais”. É característica a polineuropatia (comumente desmielinizante), bem como a presença de componente monoclonal detectado no soro. Este relato de caso tem o objetivo de denotar a dificuldade por vezes encontrada em se classificar corretamente as diferentes gamopatias monoclonais. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 54 anos, inicia quadro de tetraparesia ascendente em março de 2024. Chega a primeira consulta no serviço de Hematologia do HNSC em junho de 2024, já com importante prejuízo motor (sem conseguir deambular ou apreender objetos com mãos) - internando para elucidação diagnóstica. Eletroneuromiografia confirma polirradiculoneuropatia com severa degeneração axonal; imagem esquelética evidencia múltiplas lesões osteoscleróticas. Eletroforese de proteínas séricas identifica pequeno componente monoclonal (0,17 g/dL; subtipo IgG/ lambda). Laboratório chama atenção por poucos comemorativos para mieloma múltiplo (sem anemia, sem injúria renal, sem hipercalemia); biópsia de medula óssea sem infiltração por plasmócitos. Realizado biópsia de lesão óssea esclerótica, com resultado descrevendo mieloma de células plasmáticas (tanto anatomopatologia quanto imunohistoquímica). Iniciado tratamento quimioterápico com bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona; por estabilidade clínica, paciente recebe alta hospitalar para continuidade do tratamento a

nível ambulatorial. Após 5 ciclos de VCD, houve desaparecimento do componente monoclonal detectável na eletroforese de proteínas séricas, além de ganho motor discreto. **Conclusão:** O relato de caso descreve potencial intersecção entre as entidades classificadas como “gamopatias monoclonais”; no caso, entre o mieloma múltiplo e a síndrome de POEMS. Quanto aos critérios diagnósticos, a paciente em questão preencheria os critérios para a síndrome (ressalta-se não avaliação do nível sérico de VEGF – um dos critérios maiores classificadores de POEMS – por indisponibilidade do serviço). O tratamento se baseia na extensão do acometimento da doença: casos de doença disseminada (com acometimento ósseo múltiplo - como é o caso da paciente), é voltado para a discrasia plasmocitária através de quimioterapia, na maioria das vezes com regimes extrapolados do mieloma múltiplo. A literatura traz que, com regimes modernos de tratamento, a sobrevida livre de progressão em 6 anos é maior que 50%. Na maioria das vezes existe um “gap” de tempo entre o término da terapia e a melhora neurológica (ganho neurológico máximo não antes do que 2-3 anos após o término do tratamento quimioterápico). A síndrome de POEMS é uma das tantas doenças classificadas como “gamopatias monoclonais”, sendo característico o envolvimento do sistema nervoso periférico na forma de polineuropatia, por vezes incapacitante. Sendo uma entidade rara e responsiva a tratamento, um elevado grau de suspeição deve ser mantido para seu diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104849>

ID - 1348

MORTALIDADE POR MIELOMA MÚLTIPLO: UMA AVALIAÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS MÚLTIPLAS ENTRE 2000 - 2022 NO ESTADO DE SÃO PAULO

GA Patente, JS Asato, M Brito, EPd Ávila,
LD Payaro, PNB Pinheiro

Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica maligna responsável por cerca de 1% de todas as neoplasias. Em 2021, a incidência global estimada foi de 148.760 casos novos, com taxa de 1,74 por 100.000 habitantes. No mesmo ano, estimaram-se 116.360 óbitos por MM, resultando em uma taxa de mortalidade global de 1,37 por 100.000. O MM impacta significativamente a qualidade e a expectativa de vida, especialmente entre idosos - grupo populacional em crescimento. Embora incurável, os avanços terapêuticos recentes têm proporcionado aumento da sobrevida. Este estudo tem como objetivo analisar a mortalidade por MM ao longo de mais de duas décadas, período marcado por expressiva ampliação do arsenal terapêutico disponível. **Objetivos:** Investigar possíveis mudanças no padrão de mortalidade associado ao MM no estado de São Paulo entre 2000 e 2022, utilizando as causas múltiplas de morte com menção ao MM (CID 10: C90) em qualquer campo da declaração de óbito (DO).