



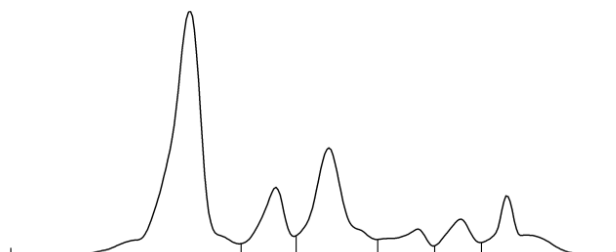
MIELOMA MÚLTIPLO DE CADEIA LEVE EM PORTADOR DE HIV: RELATO DE CASO

Filipe Maia Ferreira Gomes¹; Ana Paula Tavares-Souza¹; Milena Beatriz de Araújo Silva¹; Mariana Dantas Moreira²; Ítalo Mafra de Oliveira³

1. Hospital Barão de Lucena; 2. Universidade de Pernambuco; 3. Universidade Federal de Pernambuco

Introdução/Fundamentos

O Mieloma Múltiplo (MM) constitui 10% de todas as neoplasias hematológicas, sendo o Mieloma Múltiplo de Cadeias Leves (MMCL) o terceiro tipo mais comum (16%), seguido da imunoglobulina (Ig) G e IgA. Em portadores do HIV, o MM ocorre em indivíduos mais jovens, apresenta menos lesões osteolíticas, maior proporção da proteína IgG, menor contagem de neutrófilos e menor insuficiência renal em comparação a imunocompetentes.



Objetivos

Diante das principais características do MM nos pacientes com HIV, este relato se propõe a expor um caso ocorrido em Recife-PE, em maio de 2021, de MM em portador de HIV, apresentando características atípicas e pouco relatadas na literatura.

Eletroforese					
Frações	%	Ref. %		g/dl	Ref. g/dl
Albumina	48.2	55,8	- 66,1	2.65	3,3 - 5,2
Alfa 1	10.3	2,9	- 4,9	0.57	0,2 - 0,4
Alfa 2	20.9	7,1	- 11,8	1.15	0,4 - 0,9
Beta 1	5.3	4,7	- 7,2	0.29	0,3 - 0,6
Beta 2	5.5	3,2	- 6,5	0.3	0,2 - 0,5
Gamma	9.8	11,1	- 18,8	0.54	0,7 - 1,5
A/G :		0.93		PROTEÍNAS TOTAIS : 5.5	

Figura 1. Eletroforese das proteínas evidenciando pico em Alfa-2 e componente monoclonal em Gama.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 50 anos, portador de HIV há 01 ano, em uso de Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir, deu entrada na urgência de um hospital terciário com queixa de dor subcostal direita há 1 mês, de caráter lancinante, forte intensidade e refratária a anti-inflamatórios e analgésicos. Na admissão, foram detectados disfunção renal grave (creatinina= 9,0 mg/dl) e derrame pleural à direita visualizado em radiografia de tórax, sendo optado por início de hemodiálise e substituição do Tenofovir por Abacavir no esquema antirretroviral. Os exames laboratoriais revelaram anemia ferropriva e inflamatória, além de proteinúria nefrótica (4,039g), hipercalemia moderada, PTH e relação albumina/globulina normais. O paciente evoluiu com piora da dor, sendo solicitadas tomografias computadorizadas de tórax e abdome com contraste, evidenciando-se lesões osteolíticas em coluna lombar, esterno e costelas. Aventada, então, hipótese de MM. Eletroforese de proteínas evidenciou pico em Alfa-2 e componente monoclonal em Gama. Imunofixação de proteínas séricas apresentou proteína monoclonal lambda isolada. Para melhor esclarecimento, realizou-se mielograma, com achado de 42% de plasmócitos maduros com morfologia atípica. Após o diagnóstico de MMCL, paciente foi encaminhado ao serviço de referência em Onco-hematologia para seguimento.

Conclusões/Considerações Finais

O caso exposto traz à tona um perfil de apresentação clínica pouco comum de MM em portadores de HIV. No entanto, esta hipótese deve ser considerada, mesmo que a infecção por HIV e o uso de Tenofovir e anti-inflamatórios pudessem justificar a insuficiência renal. Além disso, os achados de hipercalemia, derrame pleural e lesões osteolíticas também favorecem o diagnóstico de MMCL, pouco comum nesta população, porém de grande relevância à literatura.

Referências Bibliográficas

1. RAFAE, Abdul et al. An overview of light chain multiple myeloma: clinical characteristics and rarities, management strategies, and disease monitoring. *Cureus*, v. 10, n. 8, 2018.
2. ZHANG, Jia-jia et al. Light chain multiple myeloma, clinic features, responses to therapy and survival in a long-term study. *World journal of surgical oncology*, v. 12, n. 1, p. 1-4, 2014.
3. KYLE, Robert A.; RAJKUMAR, S. V. *New England Journal of Medicine*. NEJM, v. 351, n. 18), p. 1860-1873, 2004.4.
4. KIMANI, Stephen M. et al. Epidemiology of haematological malignancies in people living with HIV. *The Lancet HIV*, 2020.

