

Mieloma múltiplo. Relato de caso*

Multiple myeloma. Case report

Meire Soares de Ataíde¹, Rafael Bedolo², Evelyne Gabriela Schmaltz Chaves Marques³, Claudio Jacinto Martins⁴, Guilherme Pardi⁵, Monica Magalhães Costa Zini⁶

*Recebido do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A busca da etiologia das doenças deve ser sempre baseada nos preceitos de valorização dos sinais e sintomas clínicos e evidencia a importância do exercício clínico. O objetivo foi apresentar um caso clínico de difícil elucidação diagnóstica na prática médica e alertar os médicos que, às vezes, mesmo diante de exames laboratoriais negativos ou inconclusivos, as alterações clínicas devem ser exaustivamente pesquisadas.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 76 anos, admitido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com diagnóstico de infecção do trato urinário e choque séptico. O exame físico revelava palidez e úlceras de pressão. Apresentava paraplegia desde uma queda ao solo, há 18 meses, com perda ponderal de 10 kg no período. Durante sua internação, vários sinais e sintomas não específicos foram observados e não haviam sido valorizados no momento inicial de sua internação. O estudo radiográfico da coluna vertebral evidenciou fraturas patológicas ao nível de T11. Tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética da coluna vertebral

evidenciaram lesões osteolíticas e massa paravertebral com compressão medular. Pesquisa de proteína de Bence Jones foi negativa na urina. Biópsia percutânea da massa guiada por TC confirmou o diagnóstico de mieloma múltiplo.

CONCLUSÃO: Os casos de mieloma múltiplo são, em geral, de difícil elucidação. No caso em questão, além desse agravante, havia outras doenças associadas que norteavam o raciocínio clínico para outros caminhos. O estudo mostrou a importância da valorização do raciocínio clínico, da análise cuidadosa dos sinais e sintomas do paciente e da busca da etiologia das doenças na solução do caso e, assim, promover a estabilização das lesões e a cura de muitos pacientes.

Descritores: Choque séptico, Doença neoplásica, Mieloma múltiplo.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The search for the etiology of diseases should always be based on the precepts of recovery signs and symptoms and highlights the importance of clinical practice. The purpose of this present a case of difficult diagnostic investigation in medical practice and alert doctors that sometimes, even before laboratory tests are negative or inconclusive, the clinical changes should be thoroughly researched.

CASE REPORT: Here we describe a 76 year old man admitted to Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro with urinary tract infection and septic shock. Physical examination revealed paleness and pressure ulcers. He was paraplegic since he had a nasty fall, eighteen months ago, losing 10 kg in this period. During his stay in hospital, various non-specific signs and symptoms were observed and had not been valorized in the onset of his hospitalization. Thus he was submitted to laboratory and radiology research. The vertebral column radiographic examination showed pathologic fractures in thoracic spine (T11). The spine computed tomography (CT) and magnetic resonance image revealed osteolytic lesions and a paravertebral mass with spinal cord compression. The urinary Bence Jones protein test was negative. The CT guided percutaneous biopsy of the mass confirmed the diagnosis of multiple myeloma.

CONCLUSION: The cases of multiple myeloma are generally difficult to elucidate. In this case, besides this aggravation, there were other diseases that guided clinical reasoning to other paths. Through this report, the authors demonstrate the importance of clinical reasoning enhancement, patient signs and symptoms careful analysis and the search for diseases etiology in solving the case and thus promote the injury stabilization and the healing of many patients.

Keywords: Malignant neoplasia, Multiple myeloma, Septic shock.

1. Médica Especialista em Clínica Médica e Dermatologia e Docente do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Preceptora do Internato e da Residência de Clínica Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil

2. Residente (2º Ano) do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil

3. Residente (1º Ano) do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil

4. Médico Especialista em Clínica Médica e Docente do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Preceptor do Internato e da Residência de Clínica Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil.

5. Médico Especialista em Geriatria, Docente do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Preceptor do Internato e da Residência de Clínica Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil

6. Doutora em Imunologia pela Universidade de São Paulo; Docente do Departamento de Imunologia do Centro Universitário Barão de Mauá. Ribeirão Preto, SP, Brasil

Apresentado em 08 de setembro de 2010

Aceito para publicação em 29 de abril de 2011

Endereço para correspondência:

Dra. Meire Soares de Ataíde

Rua Ceará, 670

38050-450 Uberaba, MG.

E-mail: meireataide@mednet.com.br

INTRODUÇÃO

A população brasileira apresentou, nos últimos censos, um aumento da expectativa média de vida. Dessa forma, aliado a melhoria da qualidade de vida, observou-se também o aumento de determinadas doenças que são mais prevalentes na faixa etária mais elevada. Muitas dessas doenças, principalmente as relacionadas aos distúrbios imunológicos e hematológicos, apresentam-se como um desafio para os clínicos. O mieloma múltiplo é uma delas, pois, muitas vezes, desenvolve-se de forma silenciosa, pode se apresentar com exames laboratoriais inalterados e exige que o médico sempre se lembre da possibilidade desse diagnóstico na prática diária. Além disso, é uma doença que, frequentemente, tem a sua primeira manifestação como um achado clínico inespecífico que pode desviar a atenção dos investigadores, sem um quadro sindrômico característico. A lembrança desse diagnóstico usualmente está relacionada à exclusão de outras doenças. Portanto, é uma doença insidiosa e de difícil diagnóstico.

O objetivo deste estudo foi apresentar um caso clínico de difícil elucidação diagnóstica na prática médica e alertar os médicos que, frequentemente, mesmo diante de exames laboratoriais negativos ou inconclusivos, as alterações clínicas devem ser exaustivamente pesquisadas.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 76 anos, branco, divorciado, natural de Campo Florido (MG), procedente de Rio da Prata (MG), ex-trabalhador rural, atualmente aposentado, deu entrada no serviço de urgência da Universidade Federal do Triângulo Mineiro encaminhado de outro serviço devido a choque séptico decorrente de um quadro de infecção urinária grave, sendo internado na unidade de terapia intensiva. Além do quadro de choque, apresentava intensa palidez, roncocal à ausculta pulmonar, principalmente em base esquerda, inúmeras lesões ulceradas na região sacral, transtrocantérica bilateralmente, na região dos calcanhares e na face lateral das pernas, com presença de tecido necrótico, fétido e secreção purulenta. Apresentava edema nos membros inferiores com presença de sinal de cacifo e paraplegia com sensibilidade preservada nos membros inferiores. Informou que, há um ano e seis meses, apresentou paraplegia estabelecida de forma súbita e que estava relacionada à queda ao solo da própria altura, sem a presença de dor ou outros sintomas associados e que não procurou auxílio médico naquela ocasião, pois é um paciente institucionalizado. Desde então, permaneceu acamado e observou perda de peso de aproximadamente 10 kg. Além disso, foi tabagista durante 60 anos de uma média de 10 cigarros de palha por dia. Diante dessas informações clínicas, além da infecção urinária, outras avaliações foram solicitadas, a fim de se detectarem alterações em órgãos e sistemas que explicassem a perda de peso, a anemia e o estado geral do paciente. A tomografia de crânio apresentou lesões compatíveis com calcificação por neurocisticercose. O ecocardiograma mostrou um prolapso da valva mitral. À radiografia de coluna lombossacral observou-se achatamento de corpo vertebral ao nível da vértebra T1, sugestivo de fratura vertebral patológica e uma osteopenia difusa (Figura 1). O ultrassom demonstrou derrame pleural bilateral e grande quantidade de líquido na cavidade abdominal (Figura 2). Foi solicitada tomo-

grafia computadorizada (TC) de coluna vertebral que demonstrou lesões osteolíticas de limites mal definidos comprometendo corpos vertebrais, elementos de T11 e T12, lâmina direita de T11 e asa do íliaco à direita com acentuado aumento de partes moles adjacente às vértebras T11 e T12, inclusive no interior do canal medular, sugestivo de neoplasia (Figuras 3 e 4). Diante dessas evidências, iniciou-se a procura do foco de neoplasia para elucidação diagnóstica. Considerando idade, sexo, sinais e sintomas do paciente, foram avaliados próstata, pulmões, trato digestório, e iniciada a pesquisa de mieloma, tendo como evidência clínica a fratura vertebral. Os exames laboratoriais não apresentavam subsídios para outras investigações e a proteína de Bence Jones urinária resultou negativa. Os achados de líquidos na cavidade torácica e abdominal foram indicativos de exsudato, mas sem indícios de neoplasia. A eletroforese de proteínas foi solicitada e apresentou um pico na fração beta. O pico na fração gama foi desconsiderado devido a um erro durante a aplicação do soro. Diante desse quadro foi realizada ressonância nuclear magnética da coluna para melhor avaliação da lesão, evidenciando: massa paravertebral com envolvimento dos corpos vertebrais de T11 e T12 e seus elementos posteriores com estenose da medula torácica e alteração da intensidade de sinal neste nível e lesões nodulares na medula óssea dos corpos vertebrais lombares (Figura 5). A possibilidade de processo neoplásico primário com envolvimento secundário deveria ser considerada. Realizada biópsia com agulha grossa guiada por TC, e o material retirado



Figura 1 - Radiografia de coluna tóraco-lombar.



Figura 2 - Radiografia de tórax evidenciando derrame pleural moderado à direita.



Figura 4 - Corte tomográfico evidenciando lesão expansiva com baixo coeficiente de atenuação invadindo corpo e pedículo vertebral.



Figura 3 - Tomografia computadorizada de coluna torácica evidenciando lesões osteolíticas de limites mal definidos.

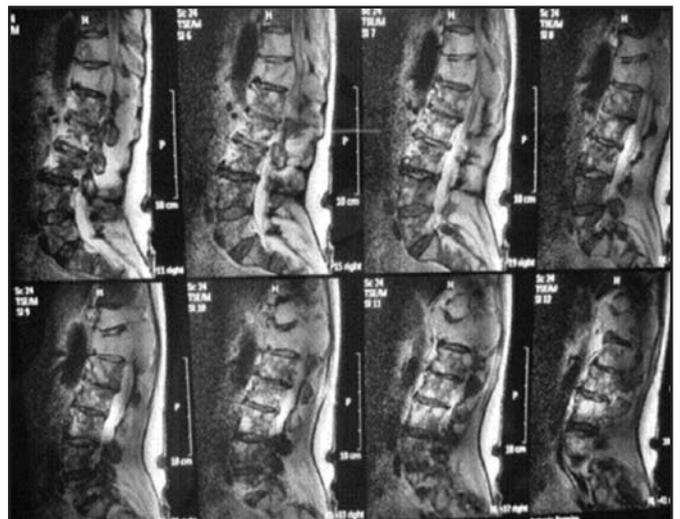


Figura 5 - Ressonância nuclear magnética mostrando massa paravertebral.

foi enviado para exame histopatológico, que evidenciou tratar-se de mieloma múltiplo. Foram solicitadas a quantificação de beta 2 microglobulina, dosagem de IgA, IgG e IgM séricas e a realização de mielograma do osso esternal que apresentou 11,5% de linfócitos típicos e 16,5% de plasmócitos predominantemente atípicos e displásicos caracterizando discrasia plasmocitária. A partir desses achados o paciente foi avaliado para iniciar o tratamento da doença específica aos cuidados da disciplina de Hematologia e Hemoterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

CONCLUSÃO

O mieloma múltiplo é uma doença que predomina em idosos, afeta as células plasmáticas que fazem parte da linhagem de defesa orgânica. As manifestações clínicas são mais evidentes quando

30% das células plasmáticas estão comprometidas pela doença¹. As células plasmáticas secretam anticorpos que podem ser detectados no sangue dos pacientes e também observados no exame de urina, sendo conhecidos como proteínas de Bence Jones¹⁻³. Por isso, frequentemente, a doença é descoberta numa avaliação clínica com aumento da concentração dessa substância nos exames de rotina¹⁻³. No caso em questão, além do episódio que motivou a internação não estar relacionado à doença, havia também o fato de a lesão traumática em coluna vertebral, que poderia por si só explicar os sintomas do paciente, ser supervalorizada⁴. Assim, é importante que os médicos busquem as respostas de forma exaustiva, sempre priorizando o diagnóstico etiológico, pois muitas vezes, essa doença se apresenta de forma peculiar⁵⁻⁸. Apesar dos avanços da medicina, principalmente no campo de diagnóstico laboratorial e de imagem, a cada dia é mais evidenciada a

importância do raciocínio clínico na condução e elucidação dos casos^{9,10}. O raciocínio somente pode ser exercido por aqueles que detêm o conhecimento, por isso é primordial que o profissional esteja bem preparado a fim de identificar as causas das doenças. Esse caso evidencia de forma patente essa situação, pois, apesar de todas as evidências de outras alterações clínicas, somente a persistência em determinar a causa da paraplegia pôde detectar a presença do mieloma. Portanto, alerta-se sobre a importância de se buscar uma etiologia para os sinais e sintomas clínicos, pois muitos deles podem indicar doenças cujo diagnóstico pode alterar o prognóstico do paciente e, dessa forma, curar e atenuar muitas doenças.

REFERÊNCIAS

1. Silva ROP, Brandão KMA, Pinto VMP, et al. Mieloma múltiplo: características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico e estudo prognóstico. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2009;31(2):63-8.
2. Giuliani N, Rizzoli V. New acquisitions in the physiopathology of multiple myeloma: role of the bone microenvironment. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2008;30(Suppl 2):3-5.
3. Sezer O. Myeloma bone disease: recent advances in biology, diagnosis, and treatment. *Oncologist* 2009;14(3):276-83.
4. Hungria VTM. Doença óssea em mieloma múltiplo. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2007;29(1):60-6.
5. Bhagat G, Naiyer AJ, Green PH. Regression of a localized gastric amyloid mass in a patient treated for multiple myeloma. *Gastrointest Endosc* 2009;69(4):950-1.
6. Pinho AR, Pinho EA, Alessandri EF, et al. Tumor orbitário como primeira manifestação clínica de mieloma múltiplo: relato de caso. *Arq Bras Oftalmol* 2009;72(1):106-8.
7. Bogas M, Costa L, Araújo D. Hiperparatireoidismo primário coexistindo com mieloma múltiplo: associação e manifestações raras. *Acta Reumatol Port* 2008;33(1):98-105.
8. Vella FS, Mongelli M, Grande M, et al. Interessamento pericárdico come manifestazione iniziale di mieloma múltiplo. *Recenti Prog Méd* 1999;90(7-8):394-5.
9. Ogmundsdóttir HM, Einarsdóttir HK, Steingrimsdóttir H, et al. Familial predisposition to monoclonal gammopathy of Unknown significance, Waldenström's macroglobulinemia, and multiple myeloma. *Clin Lymphoma Myeloma* 2009;9(1):27-9.
10. Lee JJ, Kang SY, Lee WI. The analysis of thrombopoietin and clinical parameters as a marker for disease progression in patients with multiple myeloma. *Korean J Lab Med* 2009;29(1):82-8.