

DERRAME PLEURAL DE REPETIÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE MIELOMA MÚLTIPLO

RECURRENT PLEURAL EFFUSION AS A CLINICAL MANIFESTATION OF MULTIPLE MYELOMA

Marcelo Torquato Tonline¹, Livia Papacidero², Rodrigo da Silva Torres³, Sônia Ferrari Peron⁴, Martha Elizabeth Kalif⁴

RESUMO

Mieloma múltiplo é um tumor hematológico maligno de células plasmocitárias, por vezes relacionado à derrame pleural. Este, na grande maioria, está associado a complicações infecciosas secundárias, sendo raro o derrame pleural como apresentação inicial ou evolução da própria doença. O presente relato reporta um caso de paciente do sexo masculino, jovem, que abriu o quadro com derrame pleural de repetição, diagnosticado com mieloma múltiplo durante a investigação diagnóstica.

Descritores: mieloma múltiplo; derrame pleural; plasmócitos.

ABSTRACT

Multiple myeloma is a hematologic malignant tumor of plasma cells, sometimes associated with pleural effusion. This, in most cases, is associated to infectious complications. Pleural effusion as the onset or progression of the disease itself is rare. This case reports a young male, who presented recurrent pleural effusions, diagnosed with multiple myeloma at diagnosis.

Key-words: multiple myeloma; pleural effusion; plasma cells.

INTRODUÇÃO

Mieloma múltiplo (MM) é uma expansão clonal de células plasmocitárias representando cerca de 1% de todas as neoplasias malignas, sendo o segundo tipo hematológico mais comum. Acomete, principalmente, indivíduos com idade superior a 60 anos, sendo raro antes dos 40 anos.¹ No Brasil, a incidência dessa doença é desconhecida.²

O derrame pleural pode ser o primeiro sinal da doença, sendo em 95% das vezes unilateral à esquerda.³⁻⁶ Pode ser classificado, mais raramente, como primário quando a etiologia é a própria doença de base, sendo possível identificar gamaglobulinas e plasmócitos atípicos no líquido pleural,^{4,7} ou secundário, relacionado à insuficiência cardíaca secundária a amiloidose miocárdica, parapneumônico, sendo as infecções causas importantes de morbidade e a principal causa de mortalidade em pacientes com MM.⁸

O atual estudo relata o caso de um paciente jovem com quadro de derrame pleural de repetição refratário ao tratamento clínico, sendo o Mieloma Múltiplo diagnosticado durante a elucidação diagnóstica.

RELATO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 37 anos, branco, casado, trabalhava como jardineiro. Encaminhado ao nosso serviço de urgência com quadro de derrame pleural de repetição para elucidação diagnóstica e não responsivo a medidas terapêuticas adotadas na origem.

Havia sete meses iniciou quadro de tosse seca, dispneia e dor em hemitórax direito ventilatório dependente, com perda de peso de 20 kg em seis meses. Não fazia uso de medicamentos. Negava outras comorbidades, tabagismo e etilismo. Procurou auxílio médico, sendo visualizado derrame pleural e imagem radiográfica interpretada como processo infeccioso pulmonar.

Referenciado para este serviço com quadro de derrame pleural de repetição a esclarecer, não responsivo à antibioticoterapia. Negava quaisquer outros sintomas nos diferentes aparelhos. Realizado toracocentese revelando líquido pleural exsudativo, proteínas totais 11,7 g/dL, albumina 1,4 g/dL, adenosina deaminase 38,7 U/L (Valor de referência - VR - < 25 U/L), lactato desidrogenase (DHL) 1.823 U/L, leucócitos 11.264/mm³ e 0% plasmócitos, negativo para células neoplásicas.

Radiografia de tórax revelou opacificação em base direita, derrame pleural bilateral, atelectasia segmentar e espessamento pleural à direita, e imagem nodular em lobo médio. Tomografia de tórax mostrando hiperdensidade em base pulmonar esquerda e derrame e espessamento pleural bilaterais, com atelectasia do parênquima pulmonar adjacente (Figura 1).

Toracocentese e drenagem de tórax com saída de líquido amarelo, bacterioscopia e pesquisa de célula oncológica negativas.

Aos exames - Hemograma: hemoglobina de 8,5 g/dL; hematócrito de 23,2%; hipocromasia e policromasia; presença de hemácias em Rouleaux; Leucocitose (10.200/mm³ às custas de linfócitos 3.468 - 34%); Cálcio 7,7 mg/dL (VR: 8,6 - 10,2 mg/dL), creatinina 1,3 (VR: 0,7 - 1,2 mg/dL) e posteriormente 2,5 mg/dL; Proteínas totais 14,5 (VR: 6,4 - 8,3 g/dL) e relação albumina-globulina de 0,13%; Proteína C reativa 127 mg/L (VR: < 6 mg/L). INR: 2,36. Eletroforese de proteínas revelou proteínas totais de 13,9 g/dL (VR: 6,5 - 8,0g/dL) com pico monoclonal de gamaglobulina (8,53 g/dL - VR: 0,58 - 1,51g/dL). Dosagem de B2 microglobulina de 3.652 ng/mL (VR: < 2000 ng/mL). Imunoeletroforese de urina demonstrou urina concentrada em 100 vezes, presença de cadeia leve kappa. Miograma: presença de quantidade anormal de plasmócitos típicos e atípicos na medula óssea (Figura 2).

Evoluiu com piora da dispneia, leucopenia (2.000/mm³) e presença de eritroblastos no sangue periférico. Exame do líquido após 15 dias revelou líquido exsudativo, aumento do DHL (8.040 U/L); glicose < 5 mg/dL (VR: 70-100 mg/dL); leucócitos 92.560/mm³ com diferencial de 70% neutrófilos e 30% linfócitos.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 4, p. 138 - 140, 2013

1. Acadêmico do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Acadêmica do curso de Medicina - Universidade de Uberaba - UNIUBE

3. Residente em Clínica Médica - FCMS/PUC-SP

4. Professora do curso de Medicina - FCMS/PUCSP

Recebido em 6/5/2013. Aceito para publicação em 2/8/2013.

Contato: mamator4@gmail.com

A biópsia de pleura evidenciou pleurite crônica fibrinosa com áreas de intensa fibrose. O indivíduo apresentou quadro de insuficiência respiratória aguda e parada cardiorrespiratória. Foram realizadas manobras de reanimação cardiopulmonar sem sucesso.

Realizada necrópsia pelo Serviço de Verificação de

Óbitos, constatando-se pneumonia lobar em lobo inferior esquerdo; abscesso pulmonar fúngico com drenagem de 1.400 mL, líquido purulento (Figura 3); extensa área de aderências intratorácicas; nefropatia à direita com deposição de cálcio nos túbulos, com redução do volume renal e áreas de fibrose à macroscopia (Figura 4).

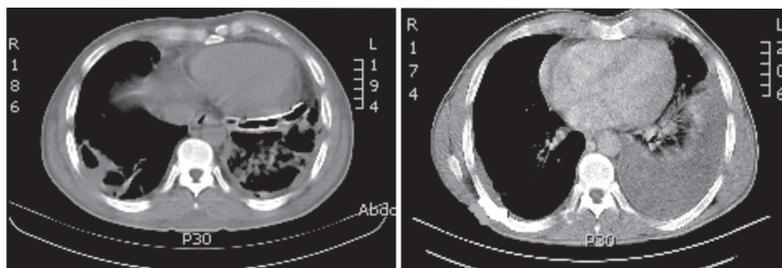


Figura 1. Tomografia de tórax revelando imagem cística em base pulmonar esquerda (à esquerda) e hiperdensidade em base ipsilatera

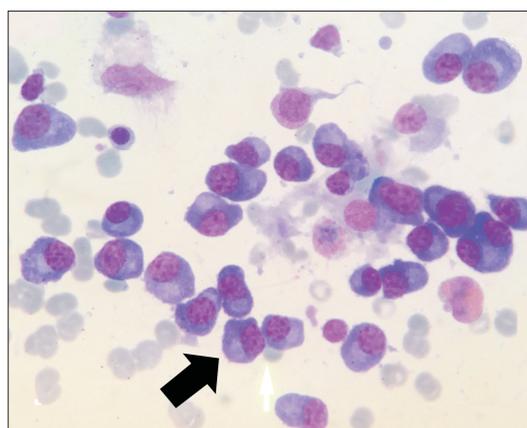


Figura 2. Registro fotográfico do mielograma sob análise de microscópio de luz de (magnitude 1.000 x) evidenciando aumento do número de plasmócitos (seta preta mostrando um dos inúmeros presentes).

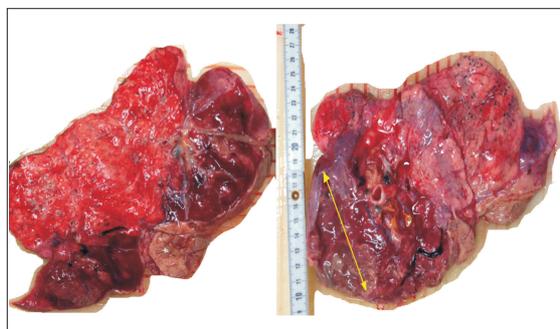


Figura 3. Peça anatômica de pulmão esquerdo revelando pneumonia lobar (à esquerda) e abscesso pulmonar (seta amarela à direita).

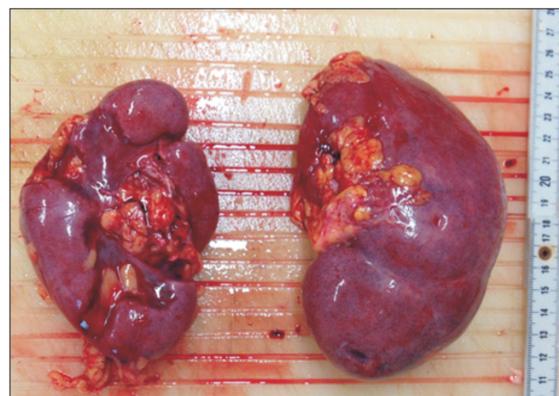


Figura 4. Peça anatômica dos rins, revelando redução do tamanho e áreas de fibrose em rim direito (à esquerda) e aumento difuso de rim esquerdo (à direita).

DISCUSSÃO

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica maligna caracterizada pela expansão clonal de plasmócitos na medula óssea, os quais sintetizam imunoglobulinas levando a um pico monoclonal e, por conseguinte, reduzindo a síntese de outras cadeias globulínicas.

Yokoyama *et al.*⁸ revelam que a maior parte dos médicos desconhece os aspectos clínicos e laboratoriais característicos do MM. Esse fato pode retardar o diagnóstico, prejudicando também o prognóstico do paciente.

As manifestações clínicas presentes no MM são consequência direta da infiltração neoplásica medular e da presença da proteína monoclonal no sangue e/ou urina e costumam se apresentar quando 30% ou mais das células plasmáticas estão comprometidas pela doença.⁹

As principais características clínicas são: dor óssea, principalmente no dorso e tórax, associada ou não a fraturas patológicas; fraqueza; emagrecimento; infecções recorrentes e alteração da função renal.¹⁰⁻¹¹

O derrame pleural pode estar associado à doença, sendo primário ou secundário a processos infecciosos,^{6,8} complicações cardíacas, pulmonares e infecciosas.

Nos casos primários, vale ressaltar que o derrame ocorre em 95% das vezes à esquerda, podendo demonstrar plasmocitomas atípicos e imunoglobulinas anormais no líquido pleural.^{3,4,6}

Uma revisão de 57 casos de derrame pleural por MM na literatura inglesa¹² revelou que esses enfermos apresentavam péssimo prognóstico a despeito da forma de manifestação inicial ou no decorrer da história natural da doença.

As ocorrências de infecções têm por substrato, principalmente, a imunodeficiência associada à doença de base, caracterizada pela redução na síntese de imunoglobulinas, além da repercussão do tratamento da doença levando a quadro de imunossupressão.

Riscos adicionais para infecção são: idade avançada (idade mediana ao diagnóstico é de 65 anos), sobrecarga de ferro causada por múltiplas transfusões, hiperglicemia induzida pela corticoterapia, insuficiência renal e doença óssea.

Nos últimos anos tem havido uma significativa mudança no espectro de infecções em pacientes com MM, com um aumento na frequência de infecções fúngicas graves, como aspergilose e fusariose.¹³

O manejo de problemas infecciosos em portadores de MM requer uma análise no tipo de tratamento prévio e atual ao qual o paciente se submeteu, além de levar em consideração as comorbidades.

Deve-se considerar: história pregressa de infecções, como tuberculose, herpes simples, herpes zoster e sinusite crônica; comorbidades, como insuficiência renal e sobrecarga de ferro; sorologias para herpes zoster, varicela zoster e citomegalovírus; dosagem de IgG e de linfócitos Cd4.

CONCLUSÃO

Mieloma múltiplo apresentando-se clinicamente com derrame pleural bilateral de repetição é um evento raro e está relacionado a pior prognóstico. Vale ressaltar que o achado de células plasmocitárias no líquido pleural pode auxiliar no diagnóstico precoce, importante determinante no prognóstico.

Deve-se considerar esta doença no diagnóstico diferencial frente à falha terapêutica do tratamento de derrame pleural.

REFÊRENCIAS

1. Mangan P. Recognizing multiple myeloma. *Nurse Pract.* 2005;30(3):14-27.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil [Internet] [acesso em 27 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>.
3. Desphand AH, Nunshi MM. Pleural effusion as an initial manifestations multiple myeloma. *Acta Cytol.* 2000;44:103-4.
4. Ruivo VTB, Volpe VLGS, Morrone Filho N, Morrone N. Opacidade homogênea no hemitórax esquerdo de mulher com 66 anos. *J Bras Pneumol.* 2001;27(6):355-6.
5. Dharan M. Unilateral pleural effusion as a presenting manifestation of plasma cell myeloma (multiple myeloma): a case report. *Acta Cytol.* 2010; 54(5):780-2.
6. Acharya A, Kant R, Kumar R. Myelomatous effusion in multiple myeloma. *Indian Med Gaz.* 2012;12(5):202-5.
7. Oliveira AL, Nucci M. Infecção em mieloma múltiplo. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2007;29(1):77-85.
8. Yokoyama T, Tanaka A, Kato S, Aizawa W. Multiple myeloma presenting initially with pleural effusion and a unique paraspinal tumor in the thorax. *Intern Med.* 2008;47(21):1917-20.
9. Silva ROP, Brandão KMA, Pinto VMP, Faria RMD, Clementino NCD, Silva CMF, et al. Mieloma múltiplo: características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico e estudo prognóstico. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2009;31(2):63-8.
10. Sousa FACV, Rosa LEB, Almeida JD, Cabral LAG. Mieloma múltiplo: uma breve revisão. *Rev Bras Patol Oral.* 2004;3(4):176-9.
11. Durie BGM. Revisão resumida do mieloma e das opções de tratamento [Internet]. North Hollywood: International Myeloma Foundation; 2003 [acesso em 27 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.mielomabrasil.org/publicacoes.php>.
12. Kim YJ, Kim SJ, Min K, Kim HY, Kim HJ, Lee YK, et al. Multiple myeloma with myelomatous pleural effusion: a case report and review of the literature. *Acta Haematol.* 2008;120(2):108-11.
13. Malhotra KP, Agrawal V, Prasad N. Myelomatous pleural effusion: a diagnostic challenge. *Indian J Cancer.* 2010;47(3):351-2.