

## Neoplasias Hematológicas

### Mieloma Múltiplo

Doença caracterizada pela proliferação de plasmócitos clonais.

#### Manifestações Clínicas

Dores ósseas (principalmente lombar) e sintomas relacionados à anemia.

#### Diagnóstico

Detecção de proteína M no soro e/ou urina (pico monoclonal >3g).

Anemia, hipercalcemia, insuficiência renal, lesões líticas (saca-bocado). Tríade clássica de **dor lombar+anemia+insuficiência renal**.

Mielograma mostrando infiltração por plasmócitos (>10%) ou Plasmocitoma.

#### Causas de síndrome de veia cava superior

- CA de pulmão
- Linfomas de mediastino (LH e LNH)
- Timoma, mesotelioma e CA de mama com acometimento ganglionar
- Mediastinite fibrosante, geralmente secundária à histoplasiose
- Fibrose pós-radioterapia

## Leucemias Mielóides

Fatores de risco

História Familiar

Exposição a agentes químicos (benzeno, solventes)

Exposição à radiação ionizante

Uso de quimioterápicos

Linfomas

Podem ser subdivididos em dois tipos: Linfomas de Hodgkin e Linfomas não-hodgkin.

### Linfoma de Hodgkin

Caracterizados pela presença da célula de Reed-Sternberg. Geralmente acometem linfonodos em um padrão de disseminação descendente, além do mediastino. Mais comum em pacientes jovens.

Possui quatro subtipos clássicos: Esclerose Nodular (mais comum), Celularidade Mista (associação com SIDA), Rico em linfócitos (melhor prognóstico) e Depleção Linfocitária (pior prognóstico). Apresenta ainda o subtipo predomínio linfocítico que também apresenta bom prognóstico.

O fator etiológico mais estudado e implicado à doença de Hodgkin é o EBV. É Presente em mais de 50% dos casos. O antecedente de mononucleose infecciosa confere um

risco cerca de 3x maior para o desenvolvimento da doença.

### **Linfoma Não-Hodgkin**

Caracterizados pela ausência da célula de Reed-Sternberg. Geralmente acometem pacientes mais velhos. Os sintomas B estão presentes em cerca de 40-45% dos pacientes. São subdivididos em indolentes (folicular de células B – mais comum), agressivos (difuso de grandes células B – mais comum dentre todos) e altamente agressivos (Burkitt e linfoblástico pré-T).

### **Síndrome de Lise Tumoral**

Caracterizada pela lise maciça de células neoplásicas, liberando no plasma conteúdo celular acarretando hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia e hiperuricemia tendo como complicação mais temida a insuficiência renal aguda. Geralmente ocorre durante a quimioterapia de tumores de alto grau como linfomas (Burkitt) e leucemias agudas hiperleucocitárias.

Pode ocorrer também após uso de corticoides, anticorpos monoclonais, radioterapia ou até mesmo espontaneamente.

### **Prevenção**

Devem ser iniciadas pelo menos 48h antes do início da QT e mantidas durante todo o curso de administração. Consiste em hidratação venosa rigorosa (3litros/m<sup>2</sup>), alcalinização urinária (controverso) e uso alopurinol ou rasburicase.

### **Tratamento**

Inclui as medidas citadas anteriormente além de suporte dialítico quando necessário.

## Amiloidose

Doença caracterizada pelo depósito de proteína amiloide no organismo. Pode ser dividida em primária ou secundária além de classificada de acordo com o subtipo proteico. Mais comum é o subtipo AL.

### **Manifestações Clínicas**

Fadiga, perda de peso, proteinúria em faixa nefrótica associada ou não à IRA, falência cardíaca ou miocardiopatia restritiva, hepatomegalia e neuropatia periférica.