

Neoplasia Plasmocitária da Mama: Uma Apresentação Rara de Doença Plasmocitária Sistêmica

Marta Amaro ^{1,*}, Nataliya Nedzelska ¹, Mariana da Silva Alves ¹, Baltazar Gabriel Oliveira ¹, Aurora Duarte ¹

¹ Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, Unidade Tomar, Tomar, Portugal.

* Correspondência: ana.mamaro@ulsmt.min-saude.pt.

Resumo: O mieloma múltiplo pode apresentar envolvimento extramedular, embora o envolvimento mamário constitua uma manifestação rara e frequentemente indistinguível de carcinoma mamário primário ou doença metastática de tumor sólido. Descreve-se o caso de uma mulher de 68 anos admitida por déficit neurológico compressivo, cuja investigação revelou múltiplas lesões líticas, massas mamárias bilaterais e paraproteinemia monoclonal IgG lambda. Perante a suspeita inicial de neoplasia mamária metastizada, foi realizada biópsia mamária, cujo exame anatomopatológico demonstrou uma neoplasia plasmocitária. A integração dos achados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e histológicos permitiu estabelecer o diagnóstico de mieloma múltiplo com envolvimento mamário. Este caso ilustra uma apresentação inaugural rara de mieloma múltiplo e reforça a importância de considerar neoplasias plasmocitárias no diagnóstico diferencial de massas mamárias associadas a lesões líticas, evitando atrasos diagnósticos em apresentações clínicas atípicas.

Palavras-chave: Mieloma Múltiplo; Neoplasia de Plasmócitos; Neoplasias Mamárias; Doença Extramedular; Relato de Caso.

Citação: Amaro M, Nedzelska N, Alves MS, Oliveira BG, Duarte A. Neoplasia Plasmocitária da Mama: Uma Apresentação Rara de Doença Plasmocitária Sistêmica. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec; 06(1):bjcr212.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr212>

Recebido: 22 Junho 2026

Aceito: 12 Julho 2026

Publicado: 15 Julho 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

As neoplasias de células plasmocitárias constituem um espectro que inclui o plasmocitoma solitário e o mieloma múltiplo, podendo este último apresentar manifestações extramedulares. O mieloma múltiplo caracteriza-se por proliferação clonal de plasmócitos associada a envolvimento medular, paraproteinemia, e frequentemente lesões ósseas líticas. Em alguns casos, pode ocorrer infiltração de tecidos moles, traduzindo-se em envolvimento extramedular [1].

O envolvimento mamário por neoplasia de células plasmocitárias é raro, independentemente de ocorrer como plasmocitoma isolado ou como manifestação de doença sistêmica. A apresentação clínica e imagiológica é habitualmente inespecífica, podendo simular carcinoma mamário primário, o que dificulta o diagnóstico diferencial [2, 3]. A confirmação diagnóstica depende de avaliação histológica com demonstração de monoclonalidade plasmocitária e adequada integração clínica e laboratorial [4].

Apresenta-se o caso de envolvimento mamário por neoplasia de células plasmáticas num contexto clínico sugestivo de mieloma múltiplo, inicialmente interpretado como neoplasia mamária disseminada.

2. Relato de Caso

Mulher de 68 anos, previamente autónoma, com antecedentes de dislipidémia e artropatia total do joelho esquerdo, medicada com rosuvastatina e ezetimiba e sem alergias medicamentosas conhecidas. Recorreu ao serviço de urgência por apresentar dor no

membro inferior esquerdo, região cervical e membro superior direito com 6 semanas de evolução, associada a diminuição progressiva da força, predominante nos membros superiores. Referia ainda o aparecimento de massas mamárias bilaterais, com aumento progressivo de tamanho. Objetivamente, escala de Coma de Glasgow de 15 pontos, apresentava força muscular grau 1/5 ao nível dos membros superiores e força muscular grau 3/5 ao nível dos membros inferiores.

A tomografia computadorizada e, posteriormente ressonância magnética, crânio encefálicas e da coluna cervical, revelaram lesões expansivas com características de meningiomas ao nível do seio cavernoso esquerdo e ao nível da coluna cervical C3-C4, associada a compressão medular, motivando avaliação neurocirúrgica. O restante estudo tomográfico complementar da coluna, torax, abdômen e pélvis identificou múltiplas lesões líticas dos corpos vertebrais, com envolvimento de tecidos moles, e extensão intracanal e foraminal em L3-L5, associadas múltiplas lesões líticas na bacia, lesões na cabeça umeral direita, sugestivos de lesões secundárias. Foram igualmente documentadas massas mamárias bilaterais, sem outras alterações ao nível dos órgãos sólidos.

Durante o internamento apresentou insuficiência respiratória aguda e instabilidade hemodinâmica, com sinais ecocardiográficos compatíveis com disfunção aguda do ventrículo direito, tendo sido realizada trombólise por suspeita de tromboembolismo pulmonar maciço. A angio-TC confirmou trombo na artéria pulmonar esquerda com extensão lobar e subsegmentar, iniciando anticoagulação terapêutica. Manteve tetraparésia de predomínio proximal nos membros superiores, retenção urinária e dor óssea de difícil controlo. O estudo laboratorial revelou aumento da fração gama na eletroforese de proteínas séricas, tendo a imunofixação sérica identificado uma banda monoclonal IgG lambda. O estudo das cadeias leves livres demonstrou elevação marcada das cadeias lambda, com relação κ/λ diminuída. A imunofixação urinária confirmou igualmente a presença de banda monoclonal IgG lambda (Tabela 1).

Tabela 1. Principais parâmetros hematológicos, bioquímicos e imunológicos obtidos durante a investigação diagnóstica.

Parâmetro	Resultado
Hemoglobina	10,0 g/dL
Plaquetas	$983 \times 10^9/L$
Creatinina	0,5 mg/dL
Cálcio	2,37 mmol/L
Albumina	2,7 g/dL
$\beta 2$ -microglobulina	3,9 mg/L
LDH	391 IU/L
IgG	34,83 g/L
IgA	0,81 g/L
IgM	0,27 g/L
Cadeias leves κ	0,66 g/L
Cadeias leves λ	14,94 g/L
Relação κ/λ	0,044
Imunofixação sérica	Banda monoclonal IgG λ
Imunofixação urinária	Banda monoclonal IgG λ

Perante massas mamárias suspeitas realizou biópsia mamária. A evolução clínica foi desfavorável, culminando no óbito antes da conclusão do estudo diagnóstico. O exame

anatomopatológico revelou infiltração por plasmócitos monoclonais compatível com neoplasia plasmocitária (Figura 1). O estudo imunohistoquímico demonstrou expressão difusa de CD138 (Figura 2) e restrição para cadeias leves lambda (Figura 3), confirmando a diferenciação e monoclonalidade plasmocitária. Verificou-se ainda ausência de expressão de AE1/AE3 e CD45, excluindo diferenciação epitelial e sustentando o diagnóstico de neoplasia plasmocitária. A deterioração clínica impediu a realização de estudo medular e de caracterização hematológica adicional em vida.

Figura 1. Coloração por hematoxilina e eosina (H&E) da biópsia mamária, evidenciando infiltração difusa por células plasmocitárias atípicas, compatível com neoplasia plasmocitária.

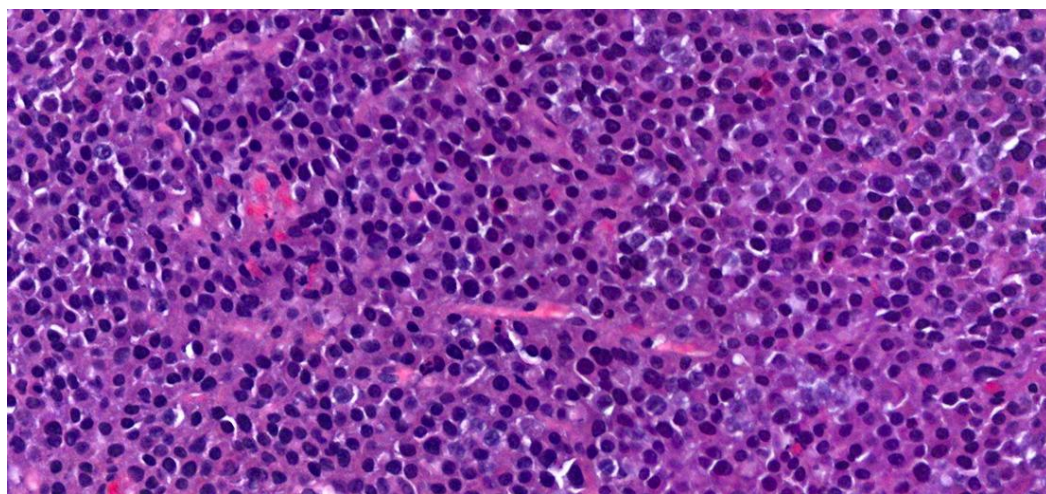
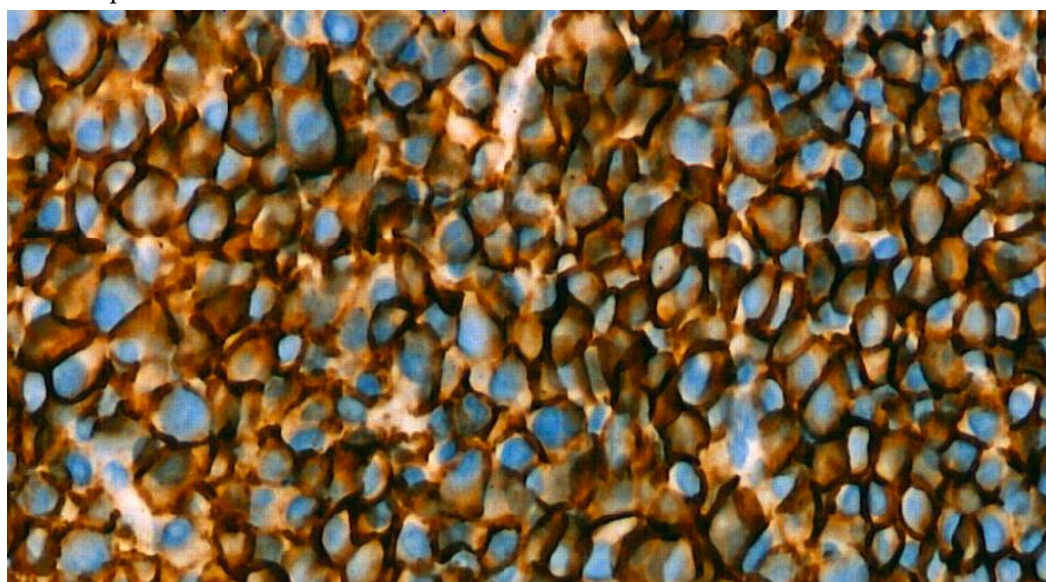
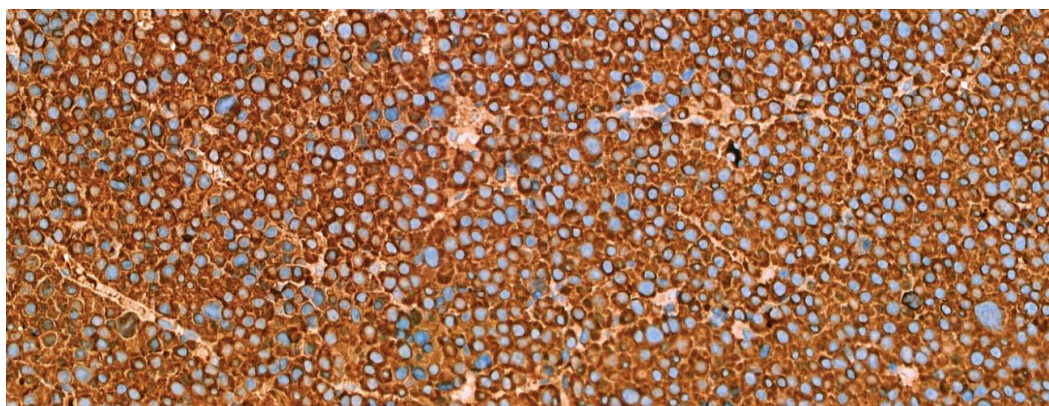


Figura 2. Estudo imunohistoquímico demonstrando expressão difusa de CD138 pelas células neoplásicas.



Não foi realizada autópsia clínica, pelo que não foi possível proceder a avaliação medular post-mortem. Perante os achados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e anatomopatológicos obtidos durante o internamento, importa discutir a integração diagnóstica deste caso e as principais dificuldades inerentes à sua interpretação.

Figura 3. Estudo imunohistoquímico demonstrando restrição para cadeias leves lambda, confirmando monoclonalidade das células plasmocitárias.



3. Discussão

Este caso reúne vários elementos sugestivos de mieloma múltiplo com envolvimento mamário, nomeadamente múltiplas lesões líticas, paraproteinemia monoclonal IgG lambda e massas mamárias bilaterais. Durante a investigação diagnóstica, a raridade do envolvimento mamário favoreceu inicialmente a hipótese de neoplasia mamária primária metastizada; contudo, a integração dos achados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e anatomopatológicos permitiu reinterpretar o caso como mieloma múltiplo com manifestação extramedular da mama. O diagnóstico histológico confirmou envolvimento mamário por neoplasia plasmocitária. De acordo com os critérios diagnósticos do *International Myeloma Working Group*, a associação de plasmocitoma comprovado histologicamente, múltiplas lesões líticas e paraproteinemia monoclonal IgG lambda preenche critérios diagnósticos de mieloma múltiplo, sendo o envolvimento mamário uma manifestação extramedular da doença [1]. A rápida evolução clínica impediu a realização de estudo medular, citogenético e de caracterização hematológica adicional, não sendo possível completar a estratificação prognóstica.

Permanece por esclarecer a natureza exata das lesões intracranianas e cervicais inicialmente descritas imagiologicamente como compatíveis com meningiomas. Embora a presença concomitante de mieloma múltiplo torne possível a hipótese de envolvimento plasmocitário dural ou epidural, a ausência de confirmação histológica não permite estabelecer essa associação de forma definitiva. Consequentemente, não foi possível determinar se o déficit neurológico compressivo observado resultava de meningiomas síncronos ou de envolvimento extramedular relacionado com a doença plasmocitária.

O envolvimento mamário por neoplasias plasmocitárias é raro, quer surja como plasmocitoma isolado quer como manifestação de doença sistêmica [2-4]. A maioria dos casos descritos apresenta-se sob a forma de massa mamária palpável, sem características imagiológicas específicas, podendo mimetizar carcinoma mamário primário ou metastização de tumor sólido [2, 3]. O diagnóstico depende da demonstração histológica de monoclonalidade plasmocitária e da exclusão de origem epitelial [4].

Do ponto de vista fisiopatológico, a disseminação para tecidos extramedulares reflete a capacidade das células plasmocitárias neoplásicas ultrapassarem a dependência do microambiente medular, adquirindo potencial de infiltração de tecidos moles [5, 6]. Quando ocorre no contexto de mieloma múltiplo, a doença extramedular associa-se a comportamento biológico mais agressivo e pior prognóstico [6, 7]. A literatura descreve o envolvimento mamário predominantemente em doentes com mieloma múltiplo previamente diagnosticado ou em fases de recidiva, sendo menos frequente como manifestação inaugural [2, 3]. A presença de múltiplas lesões intramusculares constitui igualmente um achado

pouco habitual, podendo representar envolvimento muscular extramedular, manifestação descrita em fenótipos particularmente agressivos de doença plasmocitária.

Neste caso, a evolução clínica foi marcada por déficit neurológico compressivo significativo e por episódio de tromboembolismo pulmonar maciço, circunstâncias que contribuíram para uma rápida deterioração funcional e limitaram a realização de investigação complementar e caracterização mais detalhada da doença. O episódio de tromboembolismo pulmonar poderá igualmente ser interpretado no contexto da doença plasmocitária, uma vez que o mieloma múltiplo se associa a um estado pró-trombótico multifatorial, relacionado com inflamação sistêmica, ativação da coagulação, disfunção endotelial e fatores clínicos adicionais, nomeadamente a imobilização prolongada. No presente caso, a instalação de tetraparesia e a consequente imobilização, em associação com o estado neoplásico subjacente, terão provavelmente contribuído para o desenvolvimento deste evento.

4. Conclusão

A coexistência de massas mamárias, lesões líticas disseminadas e paraproteinemia constituía um quadro clínico sugestivo de mieloma múltiplo com envolvimento mamário. Este caso reforça a importância da integração de dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e histológicos na avaliação de apresentações mamárias atípicas.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Este relato de caso foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsinque e com as normas institucionais e nacionais aplicáveis. De acordo com a regulamentação local, a publicação de um relato de caso único, devidamente anonimizado, não exigiu aprovação formal por um Comitê de Ética em Pesquisa. O paciente forneceu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito para a publicação do caso, incluindo as informações clínicas e as imagens apresentadas. Todas as informações potencialmente identificáveis foram removidas para assegurar a privacidade e a confidencialidade do paciente.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, Blade J, Merlini G, Mateos MV, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol.* 2014;15(12):e538–e548.
2. De Chiara A, Losito S, Terracciano L, Di Palma A. Primary plasmacytoma of the breast. *Pathologica.* 2001;93(1):62–65.
3. Vong S, Auclair N, Gauthier M, Bédard PL. Extramedullary plasmacytoma of the breast in a patient with multiple myeloma. *Case Rep Oncol.* 2020;13(1):115–121.
4. Caers J, Paiva B, Zamagni E, Leleu X, Blade J, Kristinsson SY, et al. Diagnosis, treatment, and response assessment in solitary plasmacytoma: updated recommendations from a European Expert Panel. *J Hematol Oncol.* 2018;11(1):10.
5. Holler A, Tiedemann R, Kopp HG. Extramedullary plasmacytoma: tumor occurrence and therapeutic concepts. *Cancers (Basel).* 2022;14(3):703.
6. Bladé J, Fernández de Larrea C, Rosiñol L, Cibeira MT, Jiménez R, Powles R. Soft-tissue plasmacytomas in multiple myeloma: incidence, mechanisms of extramedullary spread, and prognosis. *Blood.* 2011;118(5):1257–1265.
7. Usmani SZ, Heuck C, Mitchell A, Szymonifka J, Nair B, Hoering A, et al. Extramedullary disease portends poor prognosis in multiple myeloma and is overrepresented in high-risk disease. *Blood.* 2012;120(12):2465–2472.
8. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV; International Late-Onset Schizophrenia Group. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry.* 2000 Feb;157(2):172-178. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.172.
9. Skinner JP, Shinn AK, Moran LV. Risk factors for late-onset psychosis: a case-control study. *Schizophr Bull.* 2024 Oct 8;51(5):1417-1427. doi: 10.1093/schbul/sbae164.
10. Stepień-Wyrobiec O, Nowak M, Wyrobiec G, Morawiec E, Wierzbik-Strońska M, Staszkiwicz R, Grabarek BO. Crossroad between current knowledge and new perspective of diagnostic and therapy of late-onset schizophrenia and very late-onset schizophrenia-like psychosis: an update. *Front Psychiatry.* 2022 Oct 26;13:1025414. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1025414.