

even for high riskMDS. We believe such treatment may be beneficial for MDS and low-risk patients may have longer survival in association with less transfusion of blood components.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.286>

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME POEMS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FS Oliveira ^a, MDS Montenegro ^a, LER Chaer ^a, PHM Pereira ^a, PVP Santos ^a, GC Pereira ^b

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Universitário de Brasília (HUB),

Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Introdução e objetivo: A síndrome POEMS é um processo para-neoplásico caracterizado por distúrbio clonal de células plasmáticas, neuropatia periférica e acometimento de múltiplos sistemas. A produção de citocinas pró-inflamatórias desempenha papel fundamental na patogênese da doença e o nível do fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF) é útil para o diagnóstico diferencial e avaliação da resposta ao tratamento. Trata-se de doença rara e frequentemente subdiagnosticada, haja vista sua apresentação clínica complexa e heterogênea. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre o diagnóstico diferencial da síndrome POEMS. **Materiais e métodos:** Buscas sistemáticas sobre o diagnóstico diferencial da síndrome POEMS na plataforma PubMed e Medline, com os seguintes descritores: ('poems syndrome'/exp OR 'poems syndrome') AND ('diagnosis'/exp OR diagnosis). Foram identificados 52 artigos. Após análise, apenas 10 foram selecionados conforme o objetivo deste estudo. **Resultados:** O diagnóstico diferencial da síndrome POEMS inclui outras etiologias de polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante crônica (PIDC), outros distúrbios de células plasmáticas e a crioglobulinemia. Ao contrário da síndrome POEMS, pacientes com PIDC não apresentam VEGF elevado ou trombocitose e demonstram menor grau de perda axonal. No mieloma múltiplo, a polineuropatia é incomum e as lesões ósseas são difusas e com aspecto lítico, enquanto no POEMS as lesões são do tipo osteoescleróticas e tem distribuição focais. Pacientes com plasmocitoma solitário ou gamopatia monoclonal de significado indeterminado não apresentam manifestações clínicas sistêmicas. Pacientes portadores de linfoma linfoplasmacítico também possuem componente monoclonal sérico e podem, eventualmente, apresentar polineuropatia relacionada a anticorpos específicos contra a mielina. Entretanto, seu componente monoclonal é do tipo IgM, o que é incomum no POEMS (menos de 1% dos casos). Pacientes com amiloidose primária (AL) podem apresentar neuropatia periférica com padrão misto e componente axonal proeminente. Por fim, a crioglobulinemia mista tipo II está associada a doenças linfoproliferativas, infecções virais e outros processos inflamatórios crônicos. **Discussão:** A síndrome POEMS pode ser diferenciada de diversas outras condições por suas características particulares de polineuropatia desmielinizante e componente monoclonal sérico (cadeia leve lambda) associados a elevação de VEGF, lesões

osteoescleróticas, doença de Castleman, edema, trombocitose, alterações cutâneas, papiledema, organomegalia e endocrinopatia. Devendo-se suspeitar deste diagnóstico sempre que houver manifestações incluídas neste espectro cuja etiologia ainda não foi elucidada. **Conclusão:** A síndrome POEMS é diagnosticada com base na identificação de um conjunto específico de sintomas e seu diagnóstico diferencial está relacionado à exclusão de várias outras doenças. O diagnóstico precoce e tratamento imediato são capazes de mudar a história natural da doença e evitar sequelas permanentes. Nesse sentido, a compreensão dessa doença é relevante não somente para hematologistas, mas também para neurologistas, endocrinologistas e dermatologistas, que podem se deparar com esses sintomas pela primeira vez.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.287>

EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO INTERMITENTE SOBRE O PERFIL LEUCOCITÁRIO EM HOMENS FÍSICAMENTE ATIVOS: UM ENSAIO CLÍNICO

FCM Theodoro ^a, PF Almeida-Neto ^a, RE Martins ^a, IAF Bahia ^a, RD Lima ^a, GHM Oliveira ^b, BGAT Cabral ^a, PMS Dantas ^a, MDGP Araújo ^b, GBC Junior ^c

^a Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

^b Laboratório de Citometria de Fluxo, Hemocentro Dalton Cunha (HEMONORTE), Natal, RN, Brasil

^c Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas (DACT), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Objetivo: O exercício físico intermitente (EFI) se caracteriza por diversos estímulos consecutivos de alta intensidade intercalados por um breve período de recuperação realizados em um curto espaço de tempo. Sabe-se, que quando realizado em alta intensidade o exercício físico contínuo aponta potencial imunossupressor, entretanto, ainda são necessárias mais informações a respeito do potencial imunossupressor do EFI de alta intensidade. O presente estudo teve por objetivo analisar o efeito do EFI sobre o perfil leucocitário de homens fisicamente ativos. **Métodos:** Ensaio clínico não randomizado, com amostra composta por 16 homens fisicamente ativos (Idade: 23.2 (2.9) anos, estatura_(cm): 175 (6,5), peso_(kg): 77.3 (18.9), IMC_(kg/m²): 25.9 (5.4)). Os procedimentos do presente estudo consistiram na realização de uma sessão de EFI que ocorreu em uma pista oficial de atletismo. A sessão de EFI, consistiu na realização de três séries (intercaladas por 5-min de repouso passivo) de seis sprints de 35-m (intercalados por 10-s de repouso passivo). Amostras sanguíneas foram coletadas nos momentos pré, imediatamente após, duas horas após e 24h após a sessão de EFI. Posteriormente, realizamos análises de leucograma nos diferentes momentos do presente estudo. **Resultados:** Em relação ao momento pré EFI, os níveis totais de leucócitos e de subpopulações leucocitárias (linfócitos, monócitos e granulócitos) aumentaram nos momentos imediatamente após ($p < 0.001$), duas horas após ($p = 0.002$) e

retornaram aos níveis basais no momento 24h após ($p=0.7$). **Conclusões:** Até duas horas após uma sessão de EFI de alta intensidade o perfil leucocitário de homens fisicamente ativo aponta potencial imunossupressor, retornando aos níveis basais 24h após.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.288>

USO DE ANTI-PD1 E ANTI-PDL1 NO TRATAMENTO DA MICOSE FUNGOIDE RECIDIVANTE OU REFRATÁRIA

CASA Dalva, JVA Duarte, ALS Oliveira, IR Cavalcante, VBG Praxedes, ALA Cunha, LVM Fernandes, NMP Lima, ABTMD Santos, FB Duarte

Faculdade CHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Os linfomas cutâneos de células T (LCCT) são um grupo de linfomas não-Hodgkin (LNH) com tropismo sobretudo cutâneo, caracterizados por uma proliferação maligna principalmente de linfócitos T-CD4+. A micose fungoide (MF) é o subtipo mais comum de LCCT, e seu tratamento representa um desafio significativo devido a sua refratariedade. Atualmente, as opções terapêuticas incluem fototerapia, radioterapia local, interferon (INF)- α , retinoides, metotrexato, monoquimioterapia com doxorubicinalipossomal ou gemcitabina, ou uma combinação dos dois, uma vez que cada paciente, diante da estratificação de risco, terá uma abordagem individualizada. Nesse contexto, faz-se necessário citar a imunoterapia, que é uma opção terapêutica emergente em pacientes que sofrem com a refratariedade da doença, com destaque para as drogas anti-PD1 e anti-PDL1. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, utilizando as bases SCIELO e PubMed com os descritores Anti-PD1e mycosisfungoides, com a análise de 7 artigos tendo comocritériosde inclusão trabalhos publicados a partir de 2014 e até 2021 em inglês e português. **Resultados e discussão:** A MF corresponde a 60% dos LCCT e a quase 50% de todos os linfomas cutâneos primários. Ela possui, em geral, caráter indolente, curso crônico com recidivas frequentes e difícil cura.Sua refratariedade e evolução para sítios extracutâneos, o que ocorre em 20 a 25% dos casos, modula o grau de agressividade da terapia e define se o manejo será cutâneo ou sistêmico. O PD1 (ProgrammedCell Death 1) é um receptor de superfície expresso em células T, B e apresentadoras de antígenos, e a expressão de seus ligantes, PDL1 e PDL2, tem sido frequentemente descrita em tumores sólidos agressivos. A superexpressão de PDL1 funciona como um importante mecanismo tumoral de escape imunológico, e os inibidores de PD1/PDL1 impedem o acoplamento entre ligante e receptor, permitindo que o sistema imune reconheça as células tumorais. Foram analisados 7 artigos referentes ao uso de anti-PD1 e anti-PDL1 na terapia oncológica e ao tratamento da MF refratária. Um ensaio clínico que avaliava a combinação de Brentuximabevedotina e Nivolumabe (anti-PD1) em pacientes com linfoma não-Hodgkin persistente ou recorrente demonstrou a remissão quase completa após alguns meses de terapia. Contudo, em um paciente com MF refratária, a terapêutica teve como resultado

adicional o surgimento de placas psoriasiformes, sugerindo, além da já conhecida relação entre psoríase e MF, uma associação entre o tratamento anti-PD1 e manifestação de psoríase, que advém da regulação positiva da ação Th1/Th17 causada pela inibição dos checkpoints imunológicos. Um estudo de fase 1 concluiu que o uso de Nivolumab está associado a um desfecho favorável em pacientes com tipos variados de LNH, mas ainda há carência de dados claros demonstrando os potenciais efeitos adversos e a real expressão de PD1, PDL1 e PDL2 em células T malignas e benignas em casos de LCCT. **Conclusão:** A imunoterapia contra a interação do PD-1 e seus ligantes demonstraram resposta antitumoral em vários estudos envolvendo neoplasias hematológicas, mas ainda são escassos os trabalhos envolvendo terapias para MF refratária. Mais estudos controlados são necessários para avaliar a eficácia da terapia anti-PD1/PDL1 na remissão da doença, bem como os possíveis efeitos adversos da terapêutica no contexto da MF.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.289>

MULTIPLE MYELOMA AND MYELOMATOUS ASCITES: A CASE REPORT

CM Freitas, RDA Conserva, ACP Silva, NN Kloster, JOR Cassiano, AG Speers, MM Garcia, ERM Neri, JG Bigonha, VLP Figueiredo

Serviço de Hematologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, Brazil

Objective: To report the case of a patient diagnosed with Multiple Myeloma, with myelomatous ascites. **Methodology:** Assessment of patient's information kept on HSPE computer-based patient records. **Case report:** 53 year-old female, diagnosed with IgG/Kappa Multiple Myeloma (MM), diagnosed on 10/2018, with a clinical picture of medullary plasmacytosis, anemia, pathological fracture of the right femur and end stage renal disease in dialysis. She started treatment with only Bortezomib/Dexamethasone (VD) due to poor clinical condition. Cyclophosphamide was added (VCD) as soon as the patient's condition improved. She remained stable for 1 year and 4 months, after which time she developed plasmacytomas in the ribs and hip; Local radiotherapy and 8 cycles of VD were then prescribed (due to the lack of other available therapies at that time). Three months later (12/2022), she presented with increasing abdominal volume due to ascites. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis was performed. The serum ascites albumin gradient (SAAG) was < 1.1 . Bacterial analysis of ascitic effusion samples (AES) was also negative. Cytology of the AES revealed some plasma cells. Immunofixation and Flow cytometry of AES came back positive for the lambda free light chain and for CD45/CD38/CD138/CD56/CD28/CD117 respectively, in addition to the presence of 0.16% of monoclonal plasma cell. AES cultures were negative. Daratumumab and Dexamethasone (Dd) were then prescribed, but no current improvement has been seen so far. New treatment