

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)- $\alpha$ , 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