

maioria das vezes, podendo apresentar linfopenia ou presença de linfócitos reativos e o LDH pode estar aumentado. O diagnóstico é feito pela biópsia excisional de linfonodo, que mostra necrose paracortical com células mononucleares reacionais ao redor e cariorrexe abundante. Granulócitos são tipicamente ausentes. A imunohistoquímica revela predominância de células T principalmente CD8 e histiócitos que expressam mieloperoxidase e CD68. Como diagnósticos diferenciais, devem ser descartadas doenças autoimunes e linfomas. O curso da doença é autolimitado e na maioria dos casos não requer tratamento específico. O acompanhamento clínico é aconselhável a longo prazo pela possibilidade de recorrência e de associação com LES. **Conclusão:** Diante de pacientes com linfadenopatia cervical e febre, o diagnóstico de Doença de Kikuchi-Fujimoto deve ser considerado e a biópsia excisional do linfonodo acometido deve ser realizada para diagnóstico diferencial com outras doenças, como linfoma.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.074>

DOENÇA POR IGG4

TY Barbeta, MV Ludwig, AA Paz, DB Lamaison, TB Soares, RS Ferrelli, JP Portich, AS Ribeiro, VR Siqueira, V Predebon

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil



A doença relacionada a imunoglobulina G4 é um processo inflamatório caracterizado por infiltração tecidual por células plasmáticas portadoras de IgG4. É uma condição fibroinflamatória imunomediada que pode afetar vários órgãos. Há aumento de IgG4 sérica e tecidual, formação de agregados de linfócitos B e T e produção de interleucinas pró fibróticas. A apresentação clínica é variada, devido acometimento multi-sistêmico. Há envolvimento subagudo de uma massa no órgão afetado ou aumento difuso de órgão e linfadenopatia assintomática é comum. Fibrose retroperitoneal é um dos subconjuntos de doença por IgG4 mais comumente encontrados. Pode haver envolvimento de aorta infra renal e simultaneamente das artérias ilíacas, levando a uretropatia obstrutiva por envolver os ureteres. Apesar dos estudos voltados para a patologia, os critérios diagnósticos ainda não estão estabelecidos, mas envolve achados clínicos e laboratoriais. Alguns estudos sugerem: (1) exame físico evidenciando nódulos ou massas, localizados ou difusos, em único ou múltiplos órgãos; (2) elevação sérica da concentração de IgG4 (>135 mg/dL); e (3) exame histopatológico mostrando infiltração de células plasmáticas >10 /campo e células IgG4+/IgG+ $>40\%$. A dosagem sérica de IgG4 elevada, biópsia de tecido apresentando infiltrado linfoplasmocitário, fibrose estoriforme, podendo haver eosinofilia tecidual leve e aumento de células positivas para IgG4 no tecido afetado. O tratamento da DR-IgG4 varia de acordo com os órgãos afetados e em alguns casos a conduta pode ser expectante, mas no acometimento de órgãos nobres é indicado tratamento agressivo. As drogas de escolha são os glicocorticóides, e os níveis de IgG4 sérica tendem a cair. Pode ainda induzir remissão da doença, mesmo se níveis de IgG4 aumentados. Se não tratada

evolui para fibrose, levando à disfunção orgânica, e respondendo mal à terapia. Apresentamos um caso de doença por IgG4 com fibrose retroperitoneal. Paciente masculino, 64 anos, com histórico de massa retroperitoneal, associado à doença renal crônica não dialítica por obstrução ureteral crônica e perda ponderal de 8 kg nos últimos 6 meses. Deu entrada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por piora importante de função renal com necessidade de hemodiálise. Realizou tomografia de abdome que demonstrou lesão expansiva infiltrativa no espaço perirrenal a esquerda, circundando o rim e se estendendo para vasos renais e retroperitônio, ao longo da aorta infrarrenal e vasos ilíacos, além de acometimento do pâncreas e adrenais. Prosseguindo a investigação de possível doença linfoproliferativa, a tomografia de região cervical e tórax não demonstrou adenomegalias. Exames laboratoriais evidenciaram anemia e plaquetopenia leves, elevação significativa de beta-2-microglobulina e LDH e hipergamaglobulinemia policlonal. Biópsia de lesão retroperitoneal demonstrou tecido conjuntivo fibroso colagenizado apresentando focos de infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, a imunohistoquímica evidenciou positividade focal para IgG4. A biópsia de medula óssea não demonstrou aumento de células plasmáticas clonais. Havia aumento da dosagem sérica de IgG4 (2.170 mg/dL). Foi considerada hipótese de Doença por IgG4, e iniciado tratamento com glicocorticoide, com melhora clínica e estabilidade da lesão retroperitoneal. A possibilidade de reversão da fibrose enfatiza a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.075>

EFFECTS OF THE MELANOMA-DERIVED SECRETOME OVER T-CELL FUNCTIONS

GMR Bogéa, AE Silva-Carvalho, LDCF Braga, FAR Neves, JL Carvalho, F Saldanha-Araujo

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



Objectives: Melanoma is a type of skin cancer derived from melanocytes, with a high mortality rate and a poor prognosis. Interestingly, it has been demonstrated that melanoma patients present a spontaneous T-cell response against their tumor, but at a certain time, the immune response becomes ineffective. In this process, T cells are suppressed, favoring tumor escape and growth. In order to investigate whether the immune system itself could favor tumor evasion, we explored the potential of the secretome generated by melanoma to control T cell functions, considering the exposure of tumor cells to an inflammatory or non-inflammatory environment. **Materials and methods:** Initially, PBMCs were isolated from healthy donors ($n = 4$) and cultured for 3 days in RPMI media (conditioned media – rCM) or in RPMI media supplemented with PHA (inflammatory-conditioned media – iCM). The melanoma lineage MEWO was expanded in RPMI until reaching 70% confluence, then some of them were treated with rCM, or iCM for 24 hours. On the last day of cultivation, RPMI, rCM, and iCM were removed, the cells were washed and cultured for 15 hours in RPMI medium without animal protein. The media were aliquoted and used as secretome from melanoma

previously submitted to a control (RPMI), non-inflammatory (Sec), and inflammatory stimulus (iSec). Initially, we used CFSE dye to investigate by Flow Cytometry whether RPMI, Sec, and iSec exert any effects on T-cell proliferation. Also, we determined the expression of the activation markers HLA-II and CD69 on T-cells. **Results and discussion:** Interestingly, we found that all the secretomes used were able to significantly control the proliferation of T cells, however, the most pronounced effect occurred in T cells treated with iSec. Corroborating this finding, T cells submitted to the iSec showed reduced expression of activation markers CD69 and HLA-II. **Conclusion:** These findings show that although melanoma has a constitutive capacity to control T-cells function and escape from immune surveillance, the exposure of tumor cells to the inflammatory environment plays an important role in enabling these cells to perform a more potent immunosuppressive function.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.076>

ERITROPOIESE SEVERAMENTE DISPLÁSICA EM PACIENTE PORTADOR DE HIV

BT Correa^{a,b}, PHO Silveira^a, MP Araújo^a,
MM Aleluia^b, JA Pacheco^b, EDC Santos^b,
PVB Santana^b, GIV Melo^b

^a Hospital Regional da Costa do Cacaú, Ilhéus, BA, Brasil

^b Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, BA, Brasil

Paciente do sexo masculino, de 35 anos, sem patologias prévias, sem uso regular de medicação, deu entrada no Hospital Regional da Costa do Cacaú (Ilhéus, BA) com febre com duração de 6 meses, perda ponderal e diarreia. Ao exame físico estava emagrecido, hipocorado, com linfonodos infra-centimétricos em cadeias cervicais, axilares e inguinais, e com espaço de Traube maciço à percussão. Foi solicitada sorologia anti-HIV, cujo resultado foi reagente. Hemograma solicitado no primeiro dia de internação mostrou hemoglobina de 5,6 g/dL, contagem de leucócitos de 490/mm³ (63% de neutrófilos) e contagem de plaquetas de 19.000/mm³. Contagem de reticulócitos de 1,8% e Teste de Coombs direto não reagente. Realizados ainda anti-HCV, HBSAg e VDRL, todos não-reagentes. A dosagem de vitamina B12 foi normal. Realizado teste rápido para Leishmaniose Visceral Humana (por método de Imunocromatografia), também não-reagente. Para esclarecimento diagnóstico optou-se por realizar aspirado da medula óssea (mielograma), o qual evidenciou setor megacariocítico hiperplasiado, com presença de microformas (micro-megacariócitos), com hiperlobulação nuclear em alguns megacariócitos e hipo em outros, além de aspecto mais imaturo da cromatina em poucos megacariócitos. No setor eritróide foram visualizadas atipias nucleares frequentes, além de pontes intercitoplasmáticas, assincronia de maturação e eritroblastos binucleados. No setor granulocítico foram visualizados neutrófilos com hipersegmentação nuclear e outras atipias nucleares (inclusive do tipo Donnut-Cell), além de hipogranulação citoplasmática. No setor

linfoplasma-cítico foi evidenciada plasmocitose leve (9% da celularidade total), com alguns plasmócitos do tipo “flame-cells”. Não foram visualizados parasitas ou alterações compatíveis com hemofagocitose. Foi realizada também biópsia da medula óssea, cujo estudo histopatológico mostrou hiperce-lularidade, sem infiltração neoplásica ou presença de parasitas. Diante da hipótese diagnóstica de displasias eritropoiéticas secundárias ao HIV (com consequente pancitopenia periférica), foi iniciado esquema antirretroviral com tenofovir, dolutegravir e lamivudina. Novo hemograma, realizado dez dias após o esquema antirretroviral, mostrou melhora significativa das citopenias, com hemoglobina 7,3 g/dL, leucometria de 1560/mm³ (neutrófilos 73%) e contagem de plaquetas de 70.000/mm³. Nesta ocasião, o paciente, já assintomático, recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.077>

HISTOPLASMOSE DISSEMINADA: ACHADOS MORFOLÓGICOS EM SANGUE PERIFÉRICO, RELATO DE UM CASO

CSD Santos, JRDN Pessoa, KS Santana,
SC Mourad, JC Belingieri, AF Sandes,
CDS Lazari, MV Gonçalves

Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relatar os achados morfológicos de infecção disseminada por *Histoplasma capsulatum* encontrados em sangue periférico de paciente imunossuprimido. **Relato:** Paciente do sexo masculino, 51 anos, transplantado renal há 20 anos, doador vivo aparentado. Dá entrada em um Pronto Socorro da cidade de São Paulo relatando febre não aferida e calafrios há uma semana, associado a quadro de tosse e prurido. Exame para detecção do novo coronavírus há três dias, negativo. Por se tratar de paciente transplantado renal é internado em isolamento e evoluiu com sepse e IRA (Injúria Renal Aguda), secundárias a possível processo infeccioso e com hipercalemia, acidose metabólica e úlceras duodenais hemorrágicas. Os exames laboratoriais mostraram: PCR = 37 mg/dL, Creatinina = 4,16 mg/dL, Leucócitos = 3.150/mm³, Neutrófilos = 2.390/mm³. TC de tórax demonstra consolidação localizada em LSD e LMD com formato de árvore em brotamento. Foi descartada a hipótese de pneumonia bacteriana e levantada a suspeita de infecção fúngica ou por micobactéria pulmonar. Evoluiu com piora do estado geral, impossibilitando a realização de broncoscopia para biópsia e/ou lavado. Os testes sorológicos foram negativos para: antígeno de *Cryptococcus neoformans*, IgM e IgG para *Mycoplasma pneumoniae*, anticorpos totais para Paracoccidioidomicose e Histoplasmose, mas positivos para antígeno de *Aspergillus*. Ao longo da evolução, a análise morfológica da série branca do hemograma demonstrou a presença de inclusões citoplasmáticas em neutrófilos compatíveis com possível fungo encapsulado, provavelmente *Histoplasma*. As mesmas formas foram observadas em raros monócitos e livres em meio às plaquetas. Apesar da imediata instituição do tratamento, o paciente teve evolução desfavorável. **Conclusão:** A histoplasmose se mostrou uma doença

