

mais os LDNs quando comparados com isolamento por IMS. E o número residual de monócitos no isolado final da técnica por gradiente foi maior que o da IMS ($0,26 \times 10^9/L$ vs. $0,08 \times 10^9/L$; $p = 0,02$). **Discussão:** Nossos resultados vão de encontro com o encontrado por Hardisty et al. (2021) que a técnica por IMS leva a um maior rendimento de LDNs isolados, mas não altera o seu estado de ativação quando comparado com a técnica isolamento por gradiente de densidade, mesmo reduzindo de forma significativa o número de monócitos residuais em contato com esses neutrófilos. Indicando assim que os LDNs por serem considerados neutrófilos mais ativados que os HDNs, os isolamentos em si, não teriam a capacidade de alterar mais esse estado de ativação ou há outros mecanismos responsáveis e que não envolvam diretamente os monócitos. No entanto, a maior limitação do nosso trabalho foi o número amostral. **Conclusão:** Nosso trabalho é promissor ao mostrar que o isolamento por gradiente de densidade não altera o estado de ativação dos LDNs, diferentemente dos HDNs, o que indica que os mecanismos de ativação podem ser diferentes para essas duas subpopulações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.200>

MASTOCITOSE SISTÊMICA COM SINTOMATOLOGIA ATÍPICA: RELATO DE CASO

DEM Sana^a, GTC Mayrink^a, ILD Santos^b,
CM Oliveira^c, DOW Rodrigues^d

^a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA), Juiz de Fora, MG, Brasil

^c Instituto Oncológico de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil

^d Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de Fora, MG, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de Mastocitose Sistêmica Avançada (MAS) com apresentação e sintomas exclusivos do trato gastrointestinal. **Métodos:** Relato de caso. **Discussão:** Trata-se de paciente do sexo feminino, 78 anos com anemia de longa data e alteração do hábito intestinal com predomínio de diarreia. Os exames de investigação hematológica revelaram dosagem sérica de triptase superior a 20 ng/mL, teste de cadeia de polimerase (PCR) detectou a presença da variante D816V do gene Kit. Estudo da medula óssea através de mielograma e anatomopatológico identificou agregados de células mononucleadas, ovóides, com citoplasma eosinofílico, sugestivos de mastocitose. Foi realizado estudo imunohistoquímico da medula óssea com alta reatividade para c-Kit, triptase e CD 25 e ausência de reatividade para CD138, cadeia leve de imunoglobulina Kappa e cadeia leve de imunoglobulina Lambda, afastando o diagnóstico de mieloma múltiplo. Considerando dados clínicos, laboratoriais e estudo medular foi confirmado o diagnóstico de Mastocitose Sistêmica Avançada conforme os critérios estabelecidos pelo grupo de consenso da Organização Mundial de Saúde (OMS). Denomina-se Mastocitose Sistêmica Avançada o conjunto formado pelos subtipos mastocitose sistêmica avançada, mastocitose sistêmica associada

à neoplasia hematológica, leucemia de mastócitos, os quais apresentam sinais de disfunção orgânica. **Conclusão:** A importância deste relato de caso é trazer uma manifestação clínica atípica de Mastocitose sem acometimento cutâneo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.201>

DOENÇA DE CASTLEMAN RICA EM PLASMÓCITOS - MULTICÊNTRICA - HHV8 NEGATIVA EM PACIENTE HIV NEGATIVO PÓS POLIOMIELITE NA AMAZONIA ORIENTAL – CASO EXTREMAMENTE RARO - COINCIDÊNCIA OU ASSOCIAÇÃO BIRECIONAL?

KOR Borges, GMRE Almeida, BVRE Almeida,
CB Junior

Oncológica do Brasil, Belém, PA, Brasil

A doença de Castleman (DC), foi relatada desde 1954 por Benjamin Castleman e compreende um grupo heterogêneo de alterações histopatológicas nos linfonodos. É classificada em unicêntrica (UDC) ou multicêntrica (MDC) a qual é dividida em MCD idiopática (iMCD), MCD associada ao (HHV8) (HHV8-MCD) e polineuropatia, organomegalia, endocrinopatia, distúrbio monoclonal de células plasmáticas, MCD associada a alterações cutâneas (POEMS) (POEMS-MCD). Pode ser classificada em variante hialina-vascular (HV), plasmocítica (PC) e mista. Para pacientes com DCU, a ressecção completa da lesão é o padrão-ouro, e a taxa de SG em 5 anos se aproxima de 100%. Anticorpos monoclonais, imunomodulares, corticosteróides e quimioterapia (QT) compõem o arsenal terapêutico para MCD (HIV⁻ e HHV8⁻). A poliomielite é uma doença infecciosa, causada pelo poliovírus selvagem, um membro da família Picornaviridae, da espécie Enterovirus C., transmitida por contaminação fecal-oral com replicação linfática orofaríngea e GI. Caracteriza-se por paralisia flácida aguda e pode haver sequela motora residual. Com a vacinação global, os casos de poliovírus selvagem diminuíram mais de 99% desde 1988, passando de 350 000 casos em 125 países endêmicos, para 2 países endêmicos – Paquistão e Afeganistão (em 10/2023, OMS). Em 1994, a Região das Américas da OMS foi certificada como livre da poliomielite. **Objetivo:** Descrever o caso de um paciente com DC rica em plasmócitos - multicêntrica - HHV8 negativa em paciente HIV negativo pós poliomielite na Amazonia oriental. **Caso clínico:** Paciente em 2021 notou linfonodomegalia inguinal direita de crescimento progressivo. Apresentou paralisia infantil com sequela motora em dimídio direito e uso de muleta unilateral. Relata que em 2023 houve crescimento do linfonodo e em 27/07/23 realizou USG com múltiplos linfonodos acometendo a cadeia ilíaca a direita, a região inguinal e femoral deste lado, os maiores na região inguinofemoral. de 4,5 x 3,1 cm, sugerindo linfonodos patológicos. Em 18/12/2023 realizou exérese de tumoração da região inguinal direita com AP de processo linfoproliferativo nodular com frequentes folículos regressivos e proliferação vascular na zona interfolicular. achados sugestivos de DC, forma hialino-vascular. IHQ: Doença de Castleman, forma rica em plasmócitos, HHV8 negativa. TC de abdome total de 29/12/23: múltiplas linfonodomegalias