

Methods: Data and samples were obtained from June to September 2020. Laboratory evaluation included complete blood counts, PT, aPTT, fibrinogen, D-dimer, factor VIII activity, Von Willebrand Factor (VWF) (activity and antigen), C reactive protein (CRP) and P-selectin (ELISA). Patients were segregated by outcome, with clinical worsening defined as need for ICU, mechanical ventilation, pulmonary embolism, deep vein thrombosis or death. **Results and discussion:** In total 209 were enrolled in the study, of which 24 presented clinical deterioration (11.5%). In both groups there was more male patients. In the group of clinical worsening the mean age was 58.1 and improvement was 53.6 years old. Concerning smoking, 3.2% of patients that improved smoke. Regarding pulmonary infiltrate, it was verified in 50% in the group that worsening versus 41% in clinical improvement. No differences could be observed between patient subgroups regarding the presence of fever (63.2% vs. 62.5%), dry cough (75.1% vs. 87.5%) and dyspnea (65.9% vs. 54.2%) at admission. As main comorbidities, the groups presented chronic obstructive pulmonary disease (2.2% vs 8.3%), asthma (3.2% vs 4.2%), chronic heart failure (1.1% vs 8.3%), arterial hypertension (46% vs 41.7%) and diabetes (28.1% vs 33.3%) in comparing improved with clinical deterioration patients. In general, it was verified a significant decrease in platelet number ($p = 0.0426$), and an increase in the parameters of aPTT ($p = 0.0084$), CRP ($p = 0.0450$), vWF antigen ($p = 0.0022$) and ristocetin cofactor ($p = 0.0032$). **Conclusion:** Our results demonstrate that hemostasis activation is associated with clinical deterioration even at the early phases of Covid-19. The Ethics Research Committee of the University of Campinas approved all of the experimental procedures, and all individuals signed the informed consent form.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.412>

PÚPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA (PTT) RECIDIVADA/REFRATÁRIA: EXPERIÊNCIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO EM VITÓRIA – ES

VHR Carvalho, GS Sonsim, SS Marcondes, PADSBA Matos, MP Araujo, MDD Santos, VB Filho, JPA Frechiani, ALRAC Sipolatti

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

Introdução: A PTT, doença rara que atinge 3/milhão/ano em adultos, é considerada emergência médica com mortalidade de 95% se não tratada. Trata-se de microangiopatia trombótica, causada por deficiência da enzima ADAMTS 13 e caracterizada por oclusão microvascular generalizada por trombos de plaquetas, levando à plaquetopenia. Os critérios para diagnóstico incluem: Anemia hemolítica microangiopática (esquízócitos em sangue periférico), plaquetopenia (< 100 mil), sinais de isquemia em órgãos alvo (alterações neurológicas e renais) e dosagem de ADAMTS 13 $< 10\%$. Seu tratamento de escolha é a plasmáfereze e deve ser instituído precocemente. Caso não haja disponibilidade, o plasma fresco congelado (PFC) deve ser iniciado como opção, até se obter início da

plasmáfereze, além disso, o uso de corticoide é necessário devido predomínio do caráter autoimune da doença. **Objetivo:** Relatar dois casos clínicos de PTT refratária enfatizando aspectos clínicos e tratamento. **Caso 1:** 40 anos, masculino, hipertenso, apresentando quadro de cefaleia, vertigem e plaquetopenia. Suspeitado de PTT no serviço de origem sendo tratado com metiprednisolona e PFC com melhora (plaquetas: 150.000). Dosagem de ADAMTS 13: 5% e Anticorpo anti ADAMTS 13 negativo. Na transferência para este serviço apresentou convulsão, pneumonia broncoaspirativa e lesão renal aguda. PLASMIC score 5 (prejudicado devido uso de PFC). Apresentou novamente piora de provas de hemólise e plaquetopenia (7 mil), sendo iniciado plasmáfereze (6 sessões) com resposta completa e alta médica. Após 90 dias, paciente percebeu icterícia e realizou hemograma por conta própria, sendo readmitido com 19.000 plaquetas, Hb:11 e DHL 462. Reiniciada, então, plasmáfereze (5 sessões) associada ao rituximabe 100 mg/semanal, atingindo remissão e alta com 164.000 plaquetas. **Caso 2:** 49 anos, feminino, DM tipo 2, apresentou inicialmente sangramento muco-cutâneo (tronco e membros) e recebeu diagnóstico inicial de PTI em serviço ambulatorial, com realização de corticóide por 6 meses, sem melhora. À admissão estava assintomática com Hb 9,0 g/dL, plaquetas 9 mil, leucócitos normais, 3 esquízócitos/campo em sangue periférico, DHL:1850, sorologias, função tireoidiana e triagem reumatológica negativas e PLASMIC score: 6. Diante disso, solicitado ADAMTS 13 e iniciado imunoglobulina 0,4 mg/kg/4 dias, associada PFC por 19 dias sem resposta. Após resultado de ADAMTS 13: 0% iniciado plasmáfereze (10 sessões), sem resposta. Associado, então, Rituximabe 375 mg/m²/semanal, no total de 4 infusões, recebendo alta com 177 mil plaquetas. Uma semana após, apresentou plaquetometria de 66 mil com reinício de plasmáfereze (7 sessões) associada à ciclofosfamida 750 mg/m²/mês. Diante dessas medidas, evoluiu com reposta satisfatória (191 mil plaquetas) e alta hospitalar. **Considerações finais:** Sabe-se que 10 % dos casos são refratários e cerca de 34% apresentam recidiva (era pré rituximabe). Nos pacientes refratários as opções de tratamento são: Rituximabe e outros imunossuppressores, como por exemplo: ciclofosfamida, vincristina e ciclosporina. Recentemente, a aprovação do caplacizumabe, também se constitui como opção terapêutica. Apresentamos 2 casos ilustrando estas complicações cujo manejo terapêutico é desafiador considerando as dificuldades de dosagens de ADAMTS 13 e disponibilidades terapêuticas pelo SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.413>

SAFETY AND EFFECTIVENESS OF ANTICOAGULATION BASED ON AN INSTITUTIONAL RECOMMENDATION ON THE MANAGEMENT OF CANCER ASSOCIATED VENOUS THROMBOSIS

C Rothschild, AAGS Brandão, A Duran, AE Zerati, LA Hajjar, GF Saes, CS Bittar, IBSS Costa, SMR Fonseca, MHHDS Rehder, LBO Alves, MDPE Diz, J Pereira, V Rocha

