

anticoagulação por tempo indeterminado com a varfarina é a terapia de escolha para evitar a recorrência trombótica. O efeito terapêutico da varfarina deve ser monitorado pela manutenção dos valores de INR (International Normalized Ratio) idealmente entre 2 e 3, já que sua efetividade pode ser prejudicada devido a interação com outros medicamentos utilizados para o tratar doenças crônicas coexistentes. **Objetivo:** Identificar as interações medicamentosas entre varfarina e outros medicamentos contínuos utilizados por pacientes com SAF trombótica e avaliar o impacto de tais interações no controle laboratorial da terapia anticoagulante. **Métodos:** Dados clínicos e demográficos foram obtidos através dos prontuários eletrônicos do Hemocentro da UNICAMP. A avaliação da eficácia da varfarina foi determinada através do cálculo do TTR (“time in therapeutic range”) pelo método de Rosendaal, utilizando valores de INR dosados em um período de 6 meses. A identificação de interações medicamentosas foi realizada nas plataformas UpToDate e IBM MICROMEDEX. Foram considerados significativos resultados com $p < 0.05$. **Resultados:** 74 pacientes com SAF e idade média de 39,9 anos (IQR: 29,2–53,4) foram incluídos, a maioria composta por mulheres (63%) que tiveram ao menos um evento trombótico. Tromboses venosas (62,1%) e espontâneas (62,1%) foram prevalentes e, mesmo com o tratamento anticoagulante, 27,02% dos pacientes apresentaram recidiva. O TTR médio observado na população foi de 48,2 (IQR: 16,5–78,8). Além da SAF, 33,78% dos pacientes apresentavam hipertensão, 6,7% diabetes, 36,5% dislipidemias. 73 % utilizavam outros medicamentos continuamente, sendo que em 54,8% dos casos tais medicamentos apresentaram interação medicamentosa com varfarina. Pelo UpToDate, 21,6% destas foram consideradas importantes e em 22,9% dos casos foi indicado manejo da dose, troca ou suspensão do fármaco para evitar alterações na eficácia do anticoagulante. Nos pacientes sem interação significativa identificada pela base, a mediana do TTR foi 56,3% (IQR 14,8 –80, $n = 36$), interação moderada 41,8 % (IQR 25,8 –63,1, $n = 22$) e contraindicada 45,9% (IQR 13,4 –78,1, $n = 16$; $p = 0,83$). Já pelo IBM MICROMEDEX, 40,5% das interações foram consideradas importantes e em 21,6 % sugeriu-se algum manejo. Quando não havia interação significativa a mediana de TTR foi 50,0% (IQR 11,4 – 90,0, $n = 33$), interação moderada 50,0 (IQR 37,7 – 73,3, $n = 11$) e contraindicada 43,2 (IQR 12,7 – 69,6, $n = 30$; $p = 0,65$). Não houve diferença significativa entre o TTR dos pacientes que estavam sujeitos a ter a eficácia da varfarina diminuída pela presença de interações medicamentosas relevantes. **Discussão:** Apesar de boa parte dos pacientes incluídos no estudo estar sujeito às alterações na eficácia da varfarina devido a utilização de medicamentos contínuos, não foi observada correlação entre a relevância das interações medicamentosas e a diminuição do TTR. Acreditamos que isso se deva ao monitoramento constante do INR, que possibilita que possíveis variações na concentração sanguínea do anticoagulante sejam corrigidas pelo manejo da dose. Como o TTR médio de nossa população foi baixo, independentemente da presença de interações medicamentosas relevantes, acreditamos que o sucesso da terapêutica da varfarina seja multifatorial. **Conclusão:** As interações medicamentosas entre a varfarina e os medicamentos de uso contínuo utilizados pela nossa população parecem não ter influência na variação do TTR, sendo este parâmetro

provavelmente mais afetado por outros fatores como aderência e seguimento do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.493>

RELATO DE CASO: TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL EXTENSA EM PACIENTE PORTADOR DE HEMOFILIA A GRAVE ASSOCIADA À VACINA PARA COVID19

CGQ Ferreira^a, LS Oliveira^a, NCR Cunha^b, FA Silva^b, LB Lanza^b, CD Donadel^a, SS Fernandes^b, ALL Morais^a, JH Nogueira^a, LC Oliveira^a

^a Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto (FUNDHERP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A hemofilia A (HA) é uma doença hemorrágica caracterizada pela ocorrência de sangramentos, principalmente articulares e musculares. Embora esses pacientes sejam considerados relativamente protegidos de eventos trombóticos, existem relatos de trombose venosa, associada a fatores de risco como pós-operatório ou com reposição de fator. **Relato de caso:** Homem, 22 anos, em seguimento no Hemocentro de Ribeirão Preto com diagnóstico de HA grave sem inibidor em profilaxia com fator VIII recombinante (FVIIIIR). Compareceu para avaliação em março de 2022 com queixa de dor e edema difuso na perna direita iniciados há 10 dias, sem história de trauma associado. No início do quadro clínico, o paciente não procurou atendimento médico e realizou reposição de FVIIIIR diariamente, com dose superior à habitual (elevação de FVIII em 50%), conforme julgamento pessoal e sem definição diagnóstica. Como não apresentou melhora clínica, no décimo primeiro dia de evolução, procurou atendimento e, após avaliação clínica, foi aventada a hipótese de hematoma muscular no compartimento posterior da perna direita, sendo optado pela manutenção do esquema de reposição diária, repouso muscular e reavaliação em 72 horas. Na reavaliação, paciente mantinha quadro clínico, realizada Tomografia Computadorizada, que não identificou sangramento muscular. Nesse contexto, foi optado por realização de Doppler Venoso de membro inferior direito, que evidenciou tromboflebite de veia safena parva medindo cerca de 10 cm, estendendo-se do terço proximal até o terço médio da perna, sem acometer o sistema venoso profundo. O hemograma não evidenciava plaquetopenia. Como potencial fator de risco adicional, o paciente referiu ter recebido a 3ª dose da vacina para COVID19 (AstraZeneca®) cerca de 3 semanas antes do início dos sintomas. Por se tratar de tromboflebite extensa, com repercussões clínicas, caracterizadas por comprometimento funcional do membro, o paciente teria indicação de anticoagulação terapêutica. Porém, considerando contexto clínico e doença de base, optamos por manter observação clínica, repouso, medidas locais, redução da reposição de FVIIIIR e repetição do Doppler precocemente. O exame de controle com intervalo de 4 semanas mostrou

recanalização completa da veia safena parva, bem como houve remissão completa dos sintomas e recuperação funcional do membro acometido. **Discussão:** Apesar de ser uma complicação rara, deve ser considerada, especialmente em casos que apresentem refratariedade clínica, como a situação apresentada. Particularmente nesse caso, há de se considerar o fato do paciente ter recebido a vacina para COVID19 anteriormente ao quadro, cuja associação com quadros de trombose e plaquetopenia vem sendo descrito na população em geral, porém os dados são escassos em paciente com coagulopatias. Ademais, estes pacientes pela “anticoagulação natural”, inerente à patologia de base, podem não apresentar quadros tão floridos e graves quanto os descritos na literatura. Não há como se definir com precisão a contribuição da reposição de fator iniciada pelo paciente em regime domiciliar (doses maiores e de forma mais intensa) no desenvolvimento do quadro atual. **Conclusão:** Eventos trombóticos nessa população, apesar de raros, podem ocorrer, e, a decisão quanto a anticoagulação é desafiadora. É importante avaliar os potenciais fatores de risco associados como traumas, cirurgias e, no contexto atual, a associação com a vacina para COVID19.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.494>

RELATO DE CASO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTE COM PURPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA

CB Pacheco, G Bellaver, WF Silva, LPD Santos, HA Castralli, MR Sagrilo, Zago A, JC Salvador

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Objetivo: Este estudo busca discutir um caso de Infarto agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST em paciente com púrpura trombocitopênica idiopática. **Material e Método:** Realizou-se estudo descritivo, do tipo relato de caso, com consulta e coleta de dados em prontuário eletrônico. **Discussão:** Paciente feminina, 76 anos, com história prévia de doença renal crônica por agenesia de rim direito, hipertensão e púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) em tratamento de manutenção com corticoterapia doses baixas – 20 mg de prednisona – apresentava bom controle laboratorial, com hemoglobina de 15,1 g/dL, 11.120/mm³ leucócitos e 90 mil/mm³ plaquetas em exames de rotina. Paciente evoluiu com infarto agudo do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST de parede infero-lateral em setembro de 2019, sendo realizada angioplastia apenas após 10 dias de evento isquêmico em decorrência de plaquetopenia (45 mil). Após o procedimento endovascular, foi iniciada enoxaparina, porém paciente passou a apresentar redução plaquetária importante, levantando-se a hipótese de trombocitopenia induzida por heparina (HIT). Após 5 dias de revascularização percutânea, paciente apresentou novo episódio de dor precordial, sem novas alterações eletrocardiográficas e melhora espontânea dos sintomas. Paciente foi encaminhada para novo cateterismo coronariano 12 horas após o último episódio de precordialgia. Paciente apresentou complicações do

procedimento endovascular, com ruptura arterial e tamponamento cardíaco, com bom controle hemodinâmico após intervenção cirúrgica. Optou-se por aumentar dose de corticoterapia para 40 mg de prednisona, com manutenção de nível plaquetário acima de 50 mil/mm³. Após recuperação clínica, foi reintroduzida dupla antiagregação plaquetária com clopidogrel e AAS. Após alta hospitalar, paciente abandonou tratamento no Serviço de Hematologia do Hospital Universitário de Santa Maria e perdeu seguimento ambulatorial. **Discussão:** A PTI é uma doença rara com a incidência de 10-125 casos em 1000.000 pessoas por ano. Eventos tromboembólicos cardíacos foram evidenciados em paciente com severa trombocitopenia (< 20.000). No entanto a maioria dos eventos ocorreu após tratamento com imunoglobulina ou durante o aumento abrupto do número de plaquetas. O mecanismo preciso da trombose arterial em pacientes com PTI é incerto e o manejo é complexo devido ao risco aumentado de sangramento associado terapia anticoagulante e antiagregante.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.495>

PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA - UM RELATO DE CASO

RR Azevedo, GLF Bazurto, LK Krum, LZ Munhoz, CF Gomes, T Vanelli, HP Filik, DB Lamaison, CP Brun, LM Fogliatto

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT), demonstrando a importância do diagnóstico precoce e o tratamento adequado. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 56 anos, iniciou com tontura e cefaleia com melhora espontânea. Apresentou quadro semelhante sete dias após o primeiro episódio associado a anemia e plaquetopenia, sendo então encaminhada para o nosso hospital. Evoluiu com confusão mental, realizando TC de crânio sem evidência de lesões isquêmicas. Nos exames, apresentava Hb 8,8 g/dL, plaquetas 14.000 mm³ pesquisa de hemácias fragmentadas negativa, bilirrubina total 1,8 mg/dL; bilirrubina indireta 1,2 mg/dL, Coombs Direto negativo, TTPA 24,2seg; RNI 1,1 fibrinogênio 288 mg/dL, ureia 72 mg/dL e creatinina 1,45 mg/dL. Realizada BMO mostrando normocelularidade, sem fibrose reticulínica e cariótipo 46,XX. A pesquisa de HPN não evidenciou a população clonal. Evoluiu com déficit neurológico focal à esquerda, sendo constatado AVCi por RNM. Com o surgimento de hemácias fragmentadas foi diagnosticado anemia microangiopática em associação a evento neurológico agudo, sendo suspeitado PTT. Foi, então, iniciado a plasmáfereze associada a pulsoterapia com metilprednisolona. Apresentou melhora importante das contagens de plaquetas – plaquetas 223.000 mm³ no sexto dia de plasmáfereze, estabilização da hb e melhora do quadro neurológico. Após 13º dia da última plasmáfereze, apresentou aumento de LDH, queda da plaquetometria e presença de 7% de hemácias fragmentadas em sangue periférico. Realizou ecocardiograma