

Foi realizada a análise descritiva dos dados e calculadas as taxas da ocorrência dos eventos trombóticos e hemorrágicos (%). A probabilidade de Sobrevida Global (SG) e livre da ocorrência do evento trombótico/hemorrágico (SL) foi calculada pelo teste de Kaplan-Meier e a comparação entre as curvas pelo teste de *log rank*. A análise de regressão de Cox e seus Intervalos de 95% de Confiança (95% IC) foi realizada para analisar os fatores de risco aos eventos trombóticos e hemorrágicos, e risco de óbito (Hazard Ratio [HR]). **Resultados:** A maioria dos pacientes eram homens ($n = 105$; 60,7%) de meia idade (52 anos [DP = 15,9]) com sobrepeso ou obesidade (44,4% e 24%, respectivamente). A taxa de eventos trombóticos foi de 9,6%, sendo 58,8% TVP e 35,3% TVP/TEP. A taxa de evento hemorrágico foi de 3,5% ($n = 6$), sendo que um paciente apresentou ambos os eventos. A probabilidade SL de trombótico e/ou hemorrágico em 12 meses foi de 83% e em 24 meses 69,6%. Entre as características demográficas e variáveis clínicas, não houve diferença estatística. Das características do tumor, verificou-se que não houve diferença estatística para pacientes com Grau III/IV 63,3% vs. I/II 92,1% ($p = 1,43$; HR = 3,98; 95% IC 0,53–29,28) e, para IDH não mutante, a SL foi de 61%, enquanto IDH mutante foi de 83,4% ($p = 0,442$; HR = 1,47 95% IC 0,57–3,75). Para o desfecho óbito ($n = 28$; 16,6%), observa-se que a probabilidade de SG foi de 76,7% e 57%, respectivamente, em 12 e 24 meses. Dentre os pacientes que apresentaram eventos trombóticos e/ou hemorrágicos, a taxa de SG foi de 50,6% comparada a 75,7% naqueles sem eventos ($p = 0,131$; HR = 1,93; 95% IC 0,81–4,58). **Discussão:** Até o momento, 44,3% da amostra final foi atingida. Sendo assim, os resultados são parciais e sujeitos a alterações, o que pode explicar a ausência de achados estatisticamente significativos. Ao alcançar a amostra prevista, as diferenças observadas podem tornar-se significativas, por exemplo, grau tumoral, IDH e risco de óbito. **Conclusão:** Os resultados preliminares não indicaram diferença estatística na SL de evento trombótico e ou hemorrágico para as variáveis independentes. Quanto à SG, não foram observadas diferenças estatísticas ao se comparar pacientes com presença ou ausência de evento trombótico e/ou hemorrágico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.920>

ANTICOAGULAÇÃO COM ENOXAPARINA SÓDICA EM GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA DE FATOR XII

RC Machado^{a,b}, MB Swain^a, MM Machado^c

^a Fundação Hemocentro de Brasília, Brasília, DF, Brasil

^b Unidade Acreditar do Grupo Oncologia D'Or DF, Brasília, DF, Brasil

^c Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Resumo: A deficiência do Fator XII (FXII) é uma condição congênita herdada e, na grande maioria, como condição autossômica recessiva. O fator XII é importante para iniciar a ativação da via de coagulação intrínseca. Surpreendentemente, é muito raramente associada a diátese hemorrágica e,

quando acontece, é muito leve, como epistaxes ou hemorragias cutâneas. Embora, a deficiência do FXII é mais frequentemente associada a complicações tromboembólicas. **Objetivo:** Relatamos o caso de uma paciente, com deficiência de FXII, em seu período de gestação e pós parto quanto a anticoagulação com Enoxaparina Sódica. **Relato de caso:** Mulher que, aos 20 anos de idade, foi encaminhada a este serviço para avaliação de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) prolongado. Investigação identificou ser a mesma portadora de deficiência de FXII (38%), com os demais fatores da coagulação sanguínea considerados normais. Nega antecedentes pessoais ou familiares de doenças hemorrágicas ou eventos tromboembólicos. Relata diagnóstico de esofagite eosinofílica e informava um aborto espontâneo, sem causa determinada. Cerca de 3 anos após o diagnóstico, a paciente procurou nosso serviço referindo estar gestante de 5 semanas. Exames de acompanhamento mostraram: TTPa levemente prolongado (38 segundos) e FXII com 45% de atividade. Neste momento optamos por introduzir profilaxia anti-trombótica com Enoxaparina Sódica, 40 mg por via subcutânea, 1 vez ao dia (peso corporal – 46,0 kg). Com 19 semanas de gestação, o TTPa estava normal e FXII com 73% de atividade. Nova avaliação, com 30 semanas apresentou FXII com 145% de atividade. Então, optamos por suspender a Enoxaparina Sódica, reintroduzindo-a no pós-parto e mantendo-a por 21 dias. Em todo o período gestacional e no pós-parto a paciente não apresentou quaisquer eventos adversos e criança nasceu sem intercorrências e saudável. **Discussão:** A deficiência de FXII é condição muitas vezes descoberta acidentalmente durante a triagem de coagulação com TTPa prolongado, isoladamente, ou durante uma pesquisa de coagulopatia/trombofilia, com prevalência na população de 1/1000000. Durante décadas, o FXII foi considerado “quase sem função” na coagulação, mas vários estudos revelaram o contrário. O FXII exerce uma contribuição essencial na trombose e inflamação. Muitos trabalhos sugeriram uma associação entre deficiência de FXII e autoanticorpos para FXII e perdas recorrentes na gravidez, além de evidências em que a diminuição da atividade de FXII foi associada à falha recorrente da fertilização *in vitro*. Portanto, considerado riscos e benefícios, optamos por administrar a Enoxaparina Sódica pelo período gestacional até que houve a normalização consistente do FXII, além de 21 dias no pós parto, com objetivo de manutenção da gravidez e prevenção de trombose. **Conclusão:** A raridade da situação, além de escassez de material de referência, nos estimulou a realizar o relato de caso para mostrar nossa experiência.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.921>

SÍNDROME DE MAY-THURNER EM GESTANTE CARDIOPATA: UM RELATO DE CASO

JB Barros, KG Frigotto, ICR Diogo, TPF Nascimento, TS Lichotti, FOC Souza, MN Ferreira, MGF Avila, MC Magalhães, VRGA Valviesse

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil