

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP),
Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo,
SP, Brazil

Background: Cancer associated venous thrombosis (CAT) can affect 20% of oncologic patients. Its management is challenging due to coexistent risk of bleeding and thrombosis (VTE) recurrence, that are 6 and approximately 4 fold higher compared to non-cancer patients, respectively. Anticoagulant choice needs to be careful and can be guided by a recommendation to avoid those complications. **Aim:** To evaluate effectiveness and safety of anticoagulation according to a public cancer institution recommendation on CAT management. **Methods:** This is a retrospective cohort study carried out from October 2018 to January 2020. The recommendation on CAT management included defined criteria to select the proper anticoagulant for each patient, to make adjustments and to handle anticoagulation in challenging situations, like thrombocytopenia, in the perioperative period and facing bleeding and thrombosis recurrence. A 3-month ambulatory was scheduled to evaluate eligibility of outpatients on enoxaparin to switch to rivaroxaban (new at the institution), based on criteria defined by the recommendation. All consecutive adult oncologic outpatients on therapeutic enoxaparin in the institution were considered eligible for the ambulatory. Retrospective data on cancer, comorbidities, bleeding, VTE recurrence and death during 1 year since the first visit were captured from an electronic recording. Cumulative incidence of bleeding and VTE recurrence were calculated by Kaplan-Meier method and log-rank test. **Results:** 326 patients were referred to the ambulatory and 268 were included in the analyses, with a median age of 63 years (IQR 53-71). Sixty-one percent were female and 86% had solid tumours (53% metastatic). The main sites were the gastrointestinal tract (27%), breast (12%) and lungs (10%). Forty-six percent of the patients switched to rivaroxaban and 6% were able to stop anticoagulation. From the 85 patients who remained on enoxaparin, 51.7% had some dosing adjustment (to 1.5 mg/kg/day or to prophylactic dose). The main reason for not switching to rivaroxaban was drug-drug interaction (27%). One-year cumulative incidence of VTE recurrence was 11.2% (95% CI 7.7-16.2) and of overall bleeding was 13.4% (95% CI 9.4-18.7). Major bleeding occurred in 8 out of 268 patients (2.9%). Death rate was 32%, with no one due to bleeding. No significant difference in outcomes was observed between patients who had switched or not. **Discussion:** Severity of cancer status was considered relevant for the high rate of deaths. Cumulative incidence of bleeding as well as thrombosis recurrence were similar to the described in the literature, although many clinical trials on direct oral anticoagulants in cancer patients had a shorter period of follow-up. **Conclusions:** Recommendation-based decision on anticoagulant choice and management showed similar effectiveness and safety independently of the chosen anticoagulant. No relevant hazards due to anticoagulation were observed during the follow-up period.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.414>

TROMBO ATRIAL DIREITO ASSOCIADO AO CATETER EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN

FP Mesquita, MG Dutra, A Atalla, AEH Neto,
RO Andrade

Hospital Monte Sinai, Juiz de Fora, MG, Brasil

Sexo feminino, 25 anos, Linfoma de Hodgkin Esclerose Nodular (IVBX) bulky mediastinal, refratário a 6 ciclos de AVD, recaída precoce após 3 ciclos de ICE, resposta parcial após 4 ciclos de Brentuximab. Em Março/2021, diagnosticada com Covid-19, RT-PCR persistentemente positivo, sendo suspenso Brentuximab. TC de Tórax de 26/04/2021, devido a piora da dispneia, com sinais de TEP acometendo as porções distais das artérias pulmonares bilaterais; massa mediastinal com 13,6 x 9,7 cm, atividade glicolítica ao PET-CT (Deauville 4). Internou na Unidade de TMO do Hospital Monte Sinai para realização de TMO Autólogo. Coleta de células tronco periféricas em 01/05/2021. Realizado ecocardiograma prévio ao condicionamento em 07/05/2021: 2 imagens hiperecogênicas intra-atriais à direita (maior com 2,7 x 1,8 cm), sugestivas de trombos intracavitários, confirmados pelo ECO-TE, associados a cateter totalmente implantável fundidos à parede atrial. Função ventricular esquerda preservada e aumento de ventrículo direito. Pela gravidade do quadro e impossibilidade cirúrgica, indicado anticoagulação plena com Heparina Não-Fracionada em BIC e condicionamento iniciado em 11/05/2021 com esquema: Lomustina, Etoposide, Ciclofosfamida, Mesna. Infusão de CTP em 16/05/2021. Período de neutropenia sem maiores intercorrências, com pega medular em 26/05/2021 e alta hospitalar em seguida. Em 11/06/2021, intercorreu com febre e bacteremia, internada para tratamento de infecção associada a cateter de curta permanência (implantado para infusão de CTP) por *S. hominis* sensível à oxacilina. No dia 24/06/2021, apresentou piora clínica importante da dispneia e anasarca. ECO-TE: PSAP em 90 mmHg, aumento da disfunção de VD. Nova Angio-TC de tórax sem trombos novos. Iniciado Milrinone na Unidade Coronariana e discutido cirurgia de urgência, sendo novamente contra-indicados pelas equipes assistentes. Em 27/06/2021 paciente evolui com choque obstrutivo, evoluindo a óbito em 30/06/2021. **Discussão:** Cateteres totalmente implantáveis podem ser em pacientes com Linfoma de Hodgkin, pois têm menos infecção em comparação com outros cateteres. As complicações associadas aos cateteres são incomuns e incluem infecções e tromboes, porém a trombose atrial direita ainda é rara e potencialmente fatal. A formação desses trombos é assintomática e altamente associada a posição da ponta do cateter no átrio direito. A incidência é incerta, variando entre 3-23%. A mortalidade geral é de 27,1% e parece estar relacionada a sua associação com TEP grave e ao tipo de tratamento instituído. A presença do trombo cardíaco é um marcador prognóstico. O manejo ainda é controverso. As opções terapêuticas incluem anticoagulação com heparina, embolectomia cirúrgica ou trombólise. Sendo este último com taxa de mortalidade de 11,3% em comparação a 28,6% com anticoagulação e 23,8% com embolectomia. No caso relatado, foi contra-indicado o tratamento com trombolítico, pelo tempo da evidência do trombo em exame de imagem (mais de 14 dias), e o procedimento



cirúrgico, por paciente apresentar massa mediastinal extensa. Portanto foi optado por manter a anticoagulação com heparina não fracionada. **Conclusão:** O diagnóstico de trombo em átrio direito é desafiador. O receio de complicações em um paciente grave, explica o tratamento conservador utilizado. Ainda não existe um consenso sobre o tratamento mais adequado, sendo necessária a avaliação individualizada dos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.415>

TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR HEPARINA COMO CAUSA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: RELATO DE CASO

VG Freitas, AA Garcia, NR Ziolle, CCI Streicher,
MCL Falco, IG Vitoriano, MS Urazaki, I Garbin,
GM Raitz, LN Farinazzo

Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José
do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP,
Brasil

Objetivo: Relatar e discutir as abordagens diagnóstica e terapêutica de um caso de tromboembolismo pulmonar (TEP) por trombocitopenia induzida por heparina (HIT). **Metodologia:** Dados obtidos por revisão de prontuário eletrônico, após autorização do paciente. **Relato de caso:** Masculino, 57 anos, com diagnóstico de carcinoma urotelial invasivo de bexiga e indicação de cistectomia radical pela urologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP. Paciente internado para cuidados pré-operatórios, iniciando tromboprofilaxia com heparina não fracionada, 5.000 U, via subcutânea (SC) 8/8 horas. Após 2 dias da internação, realizada cistoprostatovesiculectomia radical sem intercorrências. No pós-operatório (PO) imediato, apresentou dor em membro inferior direito, realizado ultrassom doppler sem alterações. Estava em uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM), enoxaparina 40 mg SC ao dia. No 5º PO, evoluiu com dispnéia súbita. Realizada tomografia computadorizada contrastada que identificou sinais de TEP em ramo subsegmentar de artéria pulmonar esquerda, com leve aumento de troponina, mas sem instabilidade hemodinâmica ou alterações ecocardiográficas. Iniciada dose terapêutica da HBPM, sem necessidade de trombólise. No 12º PO, iniciou quadro de trombocitopenia grave (plaquetas $18.000/\text{mm}^3$), refratária às transfusões plaquetárias. Na avaliação da Hematologia, após confirmação da trombocitopenia em lâmina de sangue periférico, e diante da queda acentuada e rápida da contagem plaquetária durante uso de heparina, foi aventada a hipótese de trombocitopenia induzida pela heparina (HIT, do inglês, *heparin induced thrombocytopenia*). A pontuação 7, no “4Ts score”, configurou alto risco para HIT, sendo realizada a pesquisa de anticorpo contra o imunocomplexo (IC) formado por heparina e fator plaquetário 4 pelo método funcional, que resultou positiva. Foi suspensa a heparina e, após elevação da contagem de plaquetas para mais que $50.000/\text{mm}^3$, optado por anticoagulação plena com rivaroxabana que durou 6 meses. Paciente apresentava alto risco de sangramento pelo PO de cirurgia extensa.



Atualmente segue em acompanhamento com equipe da urologia, pneumologia e hematologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, com contagens de plaquetas normais. **Discussão:** Há um grupo heterogêneo de possíveis causas para trombocitopenia em pacientes internados, o que torna difícil a abordagem diagnóstica. Uma dica para o diagnóstico de HIT é a queda acentuada e rápida do número de plaquetas, num paciente em uso de heparina. Também o quadro de trombose poderia aumentar a suspeita deste diagnóstico, embora o TEP neste paciente poderia estar associado ao câncer e à cirurgia de grande porte. Deste modo, a realização em laboratório da pesquisa do anticorpo contra o IC heparina e FP4 por método funcional, mesmo sem o resultado prévio da análise por método imunológico, auxiliou na confirmação diagnóstica e na tomada de decisão terapêutica. **Conclusão:** A HIT deve fazer parte do arsenal de diagnósticos diferenciais para trombocitopenia em pacientes internados, e diante de uma pontuação intermediária ou alta de risco para esta patologia no 4Ts score, a pesquisa por método funcional para detecção do anticorpo contra o IC heparina e FP4, mesmo sem ter o método ELISA prévio, dará mais segurança e precisão a decisão terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.416>

TROMBOFILIA: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

KMM Ribeiro, MFCB Valente, TS Cruz,
PRC Utsch, LCLE Silva, AA Ferreira,
GTC Mayrink

Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz
de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: Deficiência de proteína S (DPS) é uma trombofilia hereditária, de herança autossômica dominante, que aumenta o risco de tromboembolismo venoso (TEV). A proteína S é uma glicoproteína dependente da vitamina K. Ela serve como cofator para a proteína C ativada, que inativa os fatores pró-coagulantes Va e VIIIa, reduzindo a geração de trombina. A maioria dos indivíduos com essa deficiência são heterozigotos para a mutação. **Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, atualmente com 50 anos de idade, diagnosticada com Deficiência de Proteína S livre (23% de atividade) em 2007, aos 36 anos, durante investigação de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) ocorrido em 2006. História patológica pregressa: Relato de 04 abortos prévios a 2007, um com idade gestacional (IG) menor que 12 semanas e os outros três com IG maior que 12 semanas. Último aborto em 2007, após início da anticoagulação, com IG de 27 semanas. Cinco episódios de tromboembolismo pulmonar (TEP), sendo implantado filtro de veia cava em 2010. Apresentou um total de 15 episódios de trombose venosa profunda (TVP) em membros inferiores. Teve o segundo AVCi em 2013. Portadora de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade grau III. Possui pesquisa para outras trombofilias hereditárias e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide negativas. História familiar positiva (avô materno apresentou múltiplos eventos trombóticos). Iniciou anticoagulação em 2007 com Varfarina, porém teve

