

cox univariada. Essa associação foi estatisticamente significativa para a amplitude máxima (HR 1.02, p,004) e a área sob a curva da trombina (HR 1.02, p,0,025) após o ajuste para dados demográficos e clínicos. No entanto, essa associação não foi mantida para a plasmina. Em conclusão, este foi o primeiro estudo capaz de demonstrar a avaliação simultânea da geração de trombina e plasmina em pacientes com câncer recém-diagnosticados e não tratados. Observamos um perfil de hipercoagulabilidade em pacientes com câncer associado a maior amplitude e velocidade de produção de plasmina. Além disso, identificamos dois parâmetros com uma associação potencial com o risco de mortalidade: MA (amplitude máxima) e AUC (área sob a curva) para a geração de trombina. No entanto, nenhuma associação entre parâmetros da plasmina e mortalidade foi encontrada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.890>

HEMOFILIA A ADQUIRIDA ASSOCIADA A SANGRAMENTO DE DISPOSITIVO: UM RELATO DE CASO

IO Corrêa^{a,b}, LZ Munhoz^{a,b}, MSR Oliveira^{a,b}, HP Filik^{a,b}, FRC Silva^{a,b}, ER Passos^a, TV Costa^b, DB Lamaison^b, JB Gazabon^{a,b}, LM Fogliatto^{a,b}

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: Relatar caso clínico de hemofilia A adquirida quadro clínico, exames laboratoriais de investigação e tratamento. **Relato:** Paciente masculino, 80 anos, previamente diabético e com insuficiência cardíaca de etiologia isquêmica. Encaminhado do ambulatório da cardiologia para internação em abril de 2023 devido aparecimento espontâneo de hematomas em todos os membros superiores e inferiores, além de hematoma ocular esquerdo em março de 2023. Paciente em uso de prévio de AAS 100 mg. Negava uso de outros anticoagulantes, paciente apresentava sangramento importante por óstio de catéter venoso central em jugular interna direita. Nos exames de triagem realizados apresentava tempo de protrombina de 13,4 segundos, RNI de 1,15 e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) de 90 segundos, exames prévios do paciente de setembro de 2022 normais. Sendo assim, exames foram repetidos e confirmada alteração de TTPA. Realizado teste de mistura de TTPA com 62,3 segundos. Prosseguimos com investigação e realizado fator 8 com resultado menor do que 1%, inibidor do fato 8 de 248 e anticoagulante lúpico positivo. Devido sangramento por catéter venoso central, foi realizado fator 7 ativado com melhora do sangramento e corticoterapia com Prednisona 60 mg por dia. Além disso, realizadas tomografias de tórax e abdome, imunofenotipagem de sangue periférico sem evidência de neoplasia e investigação para doenças autoimunes, também negativa. **Discussão:** A hemofilia A adquirida é uma doença autoimune que gera distúrbio hemorrágico devido a produção de autoanticorpos neutralizantes de imunoglobulina G contra o fator 8. A doença é mais comum em idosos e tem como maior manifestação hematomas e hemorragias

subcutâneas, tendo os sangramentos mais graves como em sistema nervoso central comprometimentos mais raros. Na investigação é importante descartar causas secundárias como neoplasias e tem como tratamento a imunossupressão com corticoide e ciclofosfamida. Além disso, em caso de sangramentos, necessitamos da realização de fator 7 atividade para controle dos mesmos. **Conclusão:** Este relato de caso exemplifica um distúrbio hemorrágico grave e raro, além de mostrar que esses pacientes não podem ser submetidos a procedimentos invasivos visto desfecho de sangramento e necessidade de transfusão de fator.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.891>

ASSISTÊNCIA PÚBLICA ÀS PESSOAS COM HEMOFILIA NO BRASIL: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO. DADOS PRELIMINARES DE ACESSO AO ATENDIMENTO DAS PESSOAS COM HEMOFILIA NOS CENTROS DE TRATAMENTO BRASILEIROS

RM Camelo^a, PP Inácio^{b,t}, SRR Batista^b, YRA Gea^b, IA Marinho^b, TH Anegawa^c, ECP Araújo^d, LEM Carvalho^e, JMS Castro^f, MM Curado^g, CBF Dametto^h, LI Ferreira Filhoⁱ, SS Figueiredo^j, RF Fonseca^k, PC Giacometto^l, AAG Guimarães^m, V Moraesⁿ, DCF Neves^o, TCP Pinheiro^p, ISS Pinto^q, SR Rigo^r, A Sambo^s, MDRF Roberti^b

^a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^c Hemocentro do Paraná, Londrina, PR, Brasil

^d Hemocentro do Sergipe, Aracaju, SE, Brasil

^e Hemocentro do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

^f Hemocentro do Alagoas, Maceió, AL, Brasil

^g Hemocentro do Tocantins, Palmas, TO, Brasil

^h Hemocentro do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

ⁱ Hemocentro do Piauí, Teresina, PI, Brasil

^j Hemocentro da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil

^k Hemocentro de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

^l Hemocentro do Paraná, Maringá, PR, Brasil

^m Hemocentro de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

ⁿ Hemocentro de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil

^o Fundação Hemeron, Porto Velho, RO, Brasil

^p Hemocentro do Acre, Rio Branco, AC, Brasil

^q Hemocentro do Pará, Belém, PA, Brasil

^r Hemocentro Regional de Cascavel (HEMEPAR), Cascavel, PR, Brasil

^s Hemocentro Unicamp, Campinas, SP, Brasil

^t Hemolabor, Goiânia, GO, Brasil

Objetivos: As hemofilias são coagulopatias hereditárias que cursam com sangramentos espontâneos. O Ministério da Saúde (MS) estabelece diretrizes, protocolos de atendimento e provê gratuitamente o tratamento com Fatores de Coagulação

(FC). Apesar dos avanços nos últimos anos, visando a disponibilidade de tratamento universal e integral aos PH, o perfil dos Centros de tratamento de Hemofilia (CTHs) no Brasil ainda é pouco conhecido e muito variável. Este resumo discute sobre o acesso ao atendimento nos CTHs Brasileiros.

Materiais e métodos: Um questionário autoaplicável referente à estrutura física, recursos humanos e modalidade de atendimento foi elaborado pelos pesquisadores contendo questões pautadas nas diretrizes nacionais e internacionais. Todos os CTHs foram convidados a participar e, aqueles que aceitaram, foram incluídos no estudo. Os dados obtidos foram descritos em frequência. **Resultados:** Na data deste resumo obtivemos dados de 26 CTHs, sendo 13 Hemocentros Coordenadores e 13 Hemocentros Regionais. Eles respondem pelo tratamento de 4.441 PH e estão distribuídos nas cinco regiões brasileiras. Em caso de suspeita de Hemofilia, para obter a primeira consulta especializada, o paciente necessita de regulação em 17 (65%) dos 26 CTHs avaliados. Nos outros 9 (35%) o atendimento é imediato, padrão “porta aberta”. Em 6 (23%) CTHs o atendimento é realizado diariamente e 4 (15%) destes funcionam 24h/dia. Os demais CTHs (17, 65%) funcionam de 2ª a 6ª ou de segunda a sábado (3, 12%). Metade dos CTHs (23) tem capacidade de atendimento de urgência na própria unidade. O manejo da dor é disponibilizado aos pacientes em 18 (69%) centros. Em caso de necessidade de internação apenas 1 CTH possui tal recurso e 2 possuem o regime de hospital-dia. Ações de educação e treinamento aos pacientes para autogerenciamento das infusões são realizadas em 24 (92%) CTHs e 23 (88%) oferecem entrega domiciliar do FC para que o paciente não precise se deslocar até o serviço de atendimento para obter seu tratamento. O PH pode obter manejo de intercorrências em municípios distantes do hemocentro, pois 15 CTHs (58%) oferecem treinamento de unidades básicas de saúde. Dos 26 CTHs, 14 (54%) relatam realizar acompanhamento de mulheres portadoras de hemofilia, 17 (65%) realizam aconselhamento genético e 1 disponibiliza consulta com geneticista. **Discussão:** Todas as pessoas diagnosticadas ou suspeitas de hemofilia obtêm atendimento e tratamento nos CTHs Brasileiros. No entanto, a forma de acesso ao tratamento de rotina e de intercorrências em cada Hemocentro é variável. **Conclusão:** Conhecer a realidade do atendimento aos PH possibilitará sugerir um atendimento mais homogêneo aos pacientes brasileiros tendo em vista as diferentes características regionais próprias de cada centro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.892>

AValiação DO USO DE ESTROGÊNIOs CONJUGADOS PARA O TRATAMENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA POR ANGIODISPLASIA: RELATO DE CASO

EGRA Câmara^a, CSSD Paiva^a, LJv Rodrigues^a,
SE Oliveira^a, GC Vieira^a, RBC Fagundes^{a,b},
FAD Pinto^a, LD Trindade^a, RLMB Lima^a,
MD Leão^{c,d}

^a Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

^b Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp), São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital do Coração de Natal, Natal, RN, Brasil

^d Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Introdução: As Angiodisplasias Gastrointestinais (AG) são malformações vasculares que acometem mais comumente o cólon, predispondo à ocorrência de Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) em até 40% dos casos. As modalidades terapêuticas incluem a terapia endoscópica, arteriografia com angioembolização e, em casos refratários, a ressecção cirúrgica do segmento acometido. O manejo medicamentoso, por sua vez, é reservado aos doentes com lesões múltiplas, inaccessíveis via endoscopia, com falha ou contraindicação às terapias invasivas. O tratamento hormonal baseado no uso de estrogênio, com ou sem progesterona, constitui uma alternativa terapêutica para os pacientes com telangiectasia hemorrágica hereditária, doença renal terminal ou doença de Von Willebrand, tendo sua eficácia questionável nos casos de AG esporádica. **Objetivo:** Relatar caso de AG hemorrágica não hereditária refratária tratada com Estrogênios Conjugados (EC). **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 55 anos, hipertenso e portador de diverticulose, deu entrada em hospital de referência com quadro de lipotímia, sudorese e melena 3 dias antes da admissão. Iniciada investigação por endoscopia digestiva alta e colonoscopia, ambas sem evidência de foco hemorrágico. Devido à persistência do sangramento e piora do estado geral, foi realizada laparotomia exploradora, com enterotomia duodenal e esclerose endoscópica de telangiectasia. Após 10 dias, na ausência de melhora clínica, optado por proceder arteriografia com embolização dos ramos das artérias jejunoileais e introdução de EC 0,625 mg via oral 8/8h, evoluindo após 3 dias com choque hemorrágico e necessidade de hemotransfusão. No quinto dia pós-operatório, foi realizada angiotomografia com presença de sangue em ampola retal e mantido tratamento clínico, evoluindo após o oitavo dia com recuperação do estado geral e melhora dos índices hematimétricos. **Discussão:** O efeito pró-trombótico dos EC é documentado devido estímulo ao aumento dos níveis plasmáticos dos fatores II, VII, VIII, X, Fibrinogênio e do Fator de Von Willebrand, tendo seu pico de ação no 7º dia de uso. Apesar da ação anti-hemorrágica, seu benefício em casos de AG ainda não é bem documentado. Nesse relato, é possível avaliar paciente refratário às medidas protocolares com melhora clínica e laboratorial após 8 dias da introdução do hormônio conjugado. **Conclusão:** O uso de EC como terapia medicamentosa pode ser benéfico em casos de angiodisplasia sangrante refratária à terapia de primeira linha devido ao seu efeito pró-coagulante. Entretanto, ainda são necessários estudos complementares para esclarecer a repercussão dessa abordagem terapêutica no tempo de internação e no desfecho clínico desse grupo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.893>