

a maioria das mortes (322/328; 98,2%) não relacionadas à TEV. A incidência cumulativa de TEV aumentou gradualmente, alcançando 0,2%, 0,3%, 0,5%, 0,7%, 0,9%, 1,3% e 1,6% no 5°, 10°, 15°, 20°, 30°, 60° e 110 dias, respectivamente. Após análise para riscos competitivos, a incidência de TEV foi de 2,3%. Câncer em atividade e trombose prévia associaram-se a risco de TEV tanto para causa específica quanto por subdistribuição, respectivamente: HR = 2,7 (95% IC 1.2–6.0), HR = 4,5 (95% IC 1.1–18.8) e HR = 2.5 (95% IC 1.1–5.4), HR = 4,7 (95% IC 1.1–20.4). **Discussão:** Este é o primeiro estudo brasileiro de uma coorte prospectiva de pacientes clínicos hospitalizados que objetivou avaliar incidência e morte por TEV e adequação da TP. A maioria dos pacientes foi classificado como de baixo risco e a incidência de TEV em modelo de risco competitivo foi de 2.3%, compatível com dados da literatura. Cerca de 60% dos pacientes receberam TP inadequada, dos quais 87% eram do grupo de baixo risco e 13% de alto risco. O TEV poderia ter sido evitado em 14% dos pacientes. A principal limitação deste estudo é a generabilidade, uma vez que foi conduzido em um único hospital. **Conclusão:** A incidência de TEV nesse estudo corrobora com dados de outros estudos de outros países. Embora a TP tenha sido orientada de acordo com IMPROVE7, ela foi inadequadamente usada na maioria dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.918>

AValiação DE FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TROMBOFILIAS NA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

IS Spadão, ALG Octávio, CM Semensato, MSN Lima

Universidade de Araraquara (UNIARA),
Araraquara, SP, Brasil

Esta pesquisa aborda como tema a avaliação de fatores de risco para desenvolvimento de trombofilias na gestação. Tal tema foi eleito por ser uma das patologias que mais acometem gestantes, resultando em complicações significativas. Desta feita, o estudo realizado no âmbito da revisão bibliográfica apresenta como objetivo central a ampliação de conhecimentos teóricos e práticos a respeito das trombofilias na gestação, além de direcionar o conhecimento das principais comorbidades envolvidas, compreender como funcionam as profilaxias em gestantes, conhecer os fatores de risco associados à trombofilia na gestação e entender sobre os prognósticos e tratamentos nas gestantes. A metodologia utilizada pautou-se em uma revisão bibliográfica com buscas dos descritores trombofilia na gestação, riscos na gestação, eventos tromboembólicos e doenças hematológicas em bases de dados nacional e internacional no ano de 2022, totalizando trinta e duas referências. Como tema central de discussão tem-se trombofilia caracterizada como uma anormalidade do sistema de coagulação, gerando propensão a eventos tromboembólicos. Essa patologia ganha destaque quando se fala em puerpério, 50% a 60% dos casos acometem as puérperas. Em relação a fisiopatologia, tem-se a tríade de Virchow desencadeando o quadro, com ela origina-se uma inflamação que,

junto ao fluxo anormal do sangue, resulta na formação de trombos, os quais são potencializados pelos fatores de coagulação gerados durante a gestação. A sintomatologia envolve inchaço com quadro inflamatório, dispneia, partos prematuros, complicações na gestação, eclâmpsia e aborto de repetição. Dentre condições individuais diretamente relacionadas a patologia, se destacam aborto prévio, idade avançada, parto cesária, imobilização, obesidade, alto grau de paridade, além de enfermidades sistêmicas (neoplasias, infecções e autoimunes). O diagnóstico deve ser pesquisado em gestantes e puerperas com Trombofilia Hereditária, alto risco de desenvolvimento de TEV, diagnóstico de SAF ou histórico familiar de primeiro grau de TEV, sendo a somatória de um critério clínico e um laboratorial pré-estabelecido. Mulheres trombofílicas devem receber a profilaxia com varfarina na segunda fase do ciclo menstrual de possível concepção e ser mantido se a gravidez acontecer, caso a concepção ocorra sem a profilaxia, deve ser iniciado imediatamente. Para o tratamento do tromboembolismo venoso, deve ser usado ácido acetilsalicílico, heparina não fracionada e heparina de baixo peso molecular, além de meias de compressão elástica. Desta feita, os fatores de risco estão diretamente relacionados com o início das alterações na coagulação sanguínea; assim, instituir uma terapia profilática com base nas características da gestantes evitaria possíveis obstáculos que, em sua maioria são fatais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.919>

ESTUDO TROMBOGLIO: RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDO MULTICÊNTRICO DE COORTE PROSPECTIVO E RETROSPECTIVO EM HOSPITAIS BRASILEIROS

VC Veiga^a, FR Moraes^a, SV Peres^a,
TLVDP Ostolin^a, GNR Batistella^b, CA Clara^c,
CAF Yamada^a, FEA Chadda-Neto^a, AM Baeta^a,
AB Cavalcanti^b

^a BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital do Coração (HCor) - Associação Beneficente Síria, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital de Amor – Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução/objetivos: A incidência de eventos trombóticos relacionados à neoplasia do Sistema Nervoso Central (SNC) na literatura é em torno de 20%–30%/ano, sendo mais frequente nos primeiros três a seis meses pós-diagnóstico. O objetivo primário é avaliar incidência de eventos trombóticos e hemorrágicos entre os pacientes diagnosticados com neoplasia do SNC no Brasil. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo e prospectivo composto por 177 paciente com SNC, de ambos os sexos, acima de 18 anos, diagnosticados entre Jan/21 e Jul/23. As características demográficas e clínicas foram coletadas de prontuários médicos. Para a análise de dados foram considerados dois desfechos: i) Primário: Probabilidade de ocorrência dos eventos trombóticos e hemorrágicos; e ii) Secundário: Risco do óbito segundo presença de eventos trombótico/hemorrágicos.

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