

Introdução: A Síndrome de May-Thurner (SMT) envolve a compressão venosa extrínseca, podendo resultar na oclusão parcial do fluxo venoso da veia ilíaca comum esquerda e, consequentemente, em Trombose Venosa Profunda (TVP) nos membros inferiores. A gestação é um fator de risco para o agravamento da síndrome, devido à compressão do útero gravídico sobre o abdome e ao estado de hipercoagulabilidade. O tratamento convencional da TVP mostrou-se insuficiente em muitos pacientes com SMT, exigindo abordagens mais invasivas. No entanto, não há consenso na literatura sobre o diagnóstico e tratamento da SMT. O objetivo deste estudo é relatar um caso atípico de SMT com complicações trombóticas em uma gestante cardiopata, acompanhada em um hospital universitário no Rio de Janeiro. **Apresentação do caso:** Paciente de 32 anos, nuligesta, com histórico de hipotireoidismo e arritmias supraventriculares devido a prolapso de valva mitral, em uso de atenolol, e história familiar de eventos tromboembólicos. Inicialmente apresentou dor no tornozelo esquerdo, pior ao deambular, sem edema ou sinais inflamatórios, e sem história de trauma. O edema progrediu no membro em 3 dias, tendo diagnóstico de TVP extensa na emergência. Foi iniciada anticoagulação com heparina de baixo peso molecular, sendo refratária ao tratamento. A angiotomografia mostrou compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita, diagnosticando a SMT. Foi submetida a cirurgia para colocação de stent e, devido a múltiplos trombos no trajeto femoropoplíteo, optou-se por um Filtro de Veia Cava (FVC), mantido pela aderência ao endotélio. Recebeu alta com prescrição de apixabana. Após um ano, teve o diagnóstico de gravidez e foi encaminhada para pré-natal de alto risco em um hospital universitário, onde a anticoagulação foi alterada para enoxaparina, e o atenolol foi substituído por verapamil. No mesmo mês, teve episódio de taquiarritmia, sendo necessário o aumento da dose do verapamil. Com 35 semanas e 6 dias de gestação, deu entrada na maternidade em trabalho de parto. Em bom estado geral, levemente hipocorada, sem edema ou alterações nos sinais vitais. Optou-se por parto vaginal. A enoxaparina foi suspensa, iniciada ampicilina por trabalho de parto prematuro. Devido a parada na progressão do trabalho de parto, a cesariana foi realizada. Durante o procedimento houve sangramento excessivo devido à extensão da histerotomia, controlado com sutura habitual, sem instabilidade intraoperatória, e recém-nascido em bom estado geral. Após o parto os exames laboratoriais mostraram Hemoglobina (Hb) 9,5 e Hematócrito (Ht) 29,2%, que diminuíram para Hb 6,8 e Ht 21% no dia seguinte, e iniciou-se sulfato ferroso. A transfusão de sangue não foi realizada devido ao bom estado clínico da paciente. Após 48h de parto, mãe e bebê receberam alta, e a enoxaparina foi retomada por mais 45 dias. **Conclusão:** No caso relatado, a investigação e o manejo da síndrome trombótica e do quadro arritmico foram satisfatórios, e o parto ocorreu com bom desfecho para a mãe e o bebê. A SMT deve ser considerada como diagnóstico diferencial em casos de TVP, especialmente proximal, em mulheres em idade fértil, já que as complicações trombóticas podem ser graves e o tratamento convencional muitas vezes é insuficiente. Mais estudos são necessários para estabelecer um protocolo para o diagnóstico, que é frequentemente subdiagnosticada, e tratamento da doença.

PREDITORES DE RISCO TROMBÓTICO DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM NEOPLASIAS MALIGNAS

YAV Vivas^a, EMC Medina^b, ES Abreu^b,
SM Rezende^b, DD Ribeiro^a

^a Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

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

Introdução: Estima-se que aproximadamente 20% dos pacientes com neoplasias malignas apresentam Tromboembolismo Venoso (TEV). Assim, identificar pacientes que precisam de trombotoprofilaxia é crucial, dado o aumento da morbimortalidade nessa população. **Objetivos:** Avaliar a incidência de TEV, fatores de risco e a capacidade de predição dos escore Khorana e PROTECHT, em uma população de pacientes ambulatoriais, com qualquer tipo de câncer sólido ou LLC, virgens de tratamento oncológico. **Método:** Estudo de coorte prospectivo em pacientes com diagnóstico recente de câncer, > 18 anos de idade, encaminhados ao serviço de Oncologia do HC-UFMG no período de julho de 2021 a agosto de 2022. Assumindo uma incidência de TEV na população de baixo risco de 0,8% e de 7,1% na de alto risco, com erro tipo I de 0,05 e poder de 80%, o tamanho mínimo da amostra foi de 147 pacientes. Foram utilizados modelos de regressão logística univariada e multivariada. As variáveis que apresentaram significância de 20% ou mais foram incluídas no modelo multivariado, que utilizou o método stepwise backward. Odds Ratios (OR) com seus Intervalos de confiança (95% IC) foram estimados. Os modelos se mostraram adequados pelo teste de Hosmer-Lemeshow e as análises foram realizadas no STATA. O tempo de segmento foi de 6 meses. **Resultados:** Incluiu-se 150 pacientes, maioria mulheres (58,0%) e idade > 60 anos (51,3%). O escore Khorana foi ≥ 3 em 7,6%, escore PROTECHT ≥ 3 em 16,4%, tumor predominantemente em mama em 26,7%, histologia carcinoma em 46,6%, estágio IV em 36,9%, câncer metastático em 33% e 6% usaram Gencitabina. Ocorreram 10 (6,7%) eventos de TEV. Khorana ≥ 3 associou-se à TEV (OR = 6,9; 95% IC 1,5–31,6; $p = 0,014$), predizendo 27,3% dos casos. O PROTECHT ≥ 3 também se associou ao TEV (OR = 9,8; 95% IC 2,5–38,3; $p = 0,001$), predizendo o evento em 25% dos casos. A análise multivariada, histórico familiar de TEV (OR = 13,0; 95% IC 1,5–109,3; $p = 0,018$), uso de Gencitabina (OR = 43,5; IC 95% 4,1–465,9; $p = 0,002$) e presença de metástases (OR = 9,3; 95% IC 1,3–67,6; $p = 0,028$) foram preditores de TEV. A presença desses 3 fatores associou-se a probabilidade de TEV de 96,40%. **Discussão:** Identificamos doença metastática ao diagnóstico como fator de risco para TEV em câncer, o que corrobora com outros estudos, embora esta variável não tenham sido incluída nos escores de Khorana e PROTECHT. Este é o primeiro relato de história familiar de trombose venosa como preditor de TEV em pacientes com câncer. A Gencitabina foi preditor de TEV no nosso estudo, sendo um dos fatores de risco no escore PROTECHT, mas não no de Khorana. A incidência de TEV nesse estudo foi semelhante à da literatura (1% a 8%), assim como a predição de TEV com Khorana ≥ 3 e PROTECHT ≥ 3 , em pacientes de alto risco. A principal limitação desse estudo refere-se a sua generabilidade, uma vez que foi conduzido em somente um

centro. **Conclusão:** O histórico familiar de TEV, o uso da Gencitabina e metástases ao diagnóstico foram preditores de trombose nesse estudo. A incidência de TEV corroborou com dados da literatura sendo mais prevalente em pacientes Khorana ≥ 3 e PROTECHT ≥ 3 .

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.923>

PREDITORES DE MORTALIDADE EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM NEOPLASIAS MALIGNAS

YAV Vivas^a, EMC Medina^b, ES Abreu^b, SM Rezende^b, DD Ribeiro^a

^a Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), Belo Horizonte, MG, Brasil

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

Introdução: O TEV é a segunda causa de morte nos pacientes oncológicos, sendo ultrapassado apenas pela progressão da doença. Os critérios para a identificação dos pacientes ainda não são claros na literatura. Conhecer o risco de morte neste grupo de pacientes possibilita a realização de medidas preventivas. **Objetivos:** Avaliar a incidência de óbito, os fatores de risco relacionados a morte e a capacidade de predição dos escore Khorana e PROTECHT, em uma população de pacientes ambulatoriais com qualquer tipo de câncer sólido ou LLC, virgens de tratamento oncológico. **Método:** Estudo de coorte prospectivo em pacientes com diagnóstico recente de câncer > 18 anos de idade, encaminhados ao serviço de Oncologia do HC-UFGM no período de julho de 2021 a agosto de 2022. Foram utilizados modelos de regressão logística univariada e multivariada. As variáveis que apresentaram significância de pelo menos 20% foram incluídas no modelo multivariado, que utilizou o método stepwise backward. Odds Ratios (OR) com seus intervalos de confiança foram estimados. Os modelos se mostraram adequados pelo teste de Hosmer-Lemeshow e as análises foram realizadas no STATA. O tempo de segmento foi de 6 meses. **Resultados:** Foram incluídos 150 pacientes, maioria mulheres (58,0%) e idade > 60 anos (51,3%). O escore Khorana foi ≥ 3 em 7,6%, escore PROTECHT ≥ 3 em 16,4%, tumor predominantemente em mama em 26,7%, histologia carcinoma em 46,6%, estágio IV em 36,9%, câncer metastático em 33%. Registramos 17 óbitos (11,5 %). Foi notável que o escore PROTECHT ≥ 3 apresentou uma associação com óbitos (OR = 16,22; 95% IC: 5,14–51,13; $p < 0,001$), prevendo 45,83% dos casos. O escore de Khorana ≥ 3 (OR = 13,42; 95% IC 3,52–51,12; $p = 0,0001$), previu 54,54% dos óbitos. Ao realizar a análise multivariada, identificamos que a presença de trombose prévia (OR = 14,28; 95% IC 1,21–167,89; $p = 0,035$), o escore PROTECHT ≥ 3 (OR = 26,64; 95% IC 5,13–171,19; $p < 0,001$) e o tratamento paliativo (OR = 41,5, 95% IC 6,93–248,35; $p < 0,001$) foram fatores preditores de mortalidade. Com esses três fatores, a probabilidade de óbito atingiu um impressionante valor de 99,10%. **Discussão:** O TEV é um fator prognóstico independente de mortalidade em pacientes com câncer, apesar de ainda não se ter um modelo ideal para predição de

óbito. A sobrevida nos pacientes oncológicos é menor quando associada a presença de TEV ou sua recorrência. O achado do nosso estudo de trombose prévia, associada PROTECHT ≥ 3 e tratamento paliativo, pode ter relevância para prática clínica. Assim, considerando as limitações do estudo (unicêntrico, observacional, sujeito a vieses de seleção e informação, erro aleatório devido ao N restrito intervalos de confiança muito largos), obtivemos altas taxas de predição de óbito. **Conclusão:** Nossos dados destacam a relevância do escore PROTECHT na avaliação do risco de óbito em pacientes ambulatoriais com neoplasias malignas, especialmente quando combinado com informações sobre trombose prévia e tratamento paliativo. Além disso, observamos que o escore Khorana também tem relevância para avaliação de risco de óbitos nessa população.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.924>

PACIENTES QUE DESEJAM SUSPENDER A ANTICOAGULAÇÃO DE TEMPO INDEFINIDO: DESCRIÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE SERVIÇO PRIVADO

ML Puls^a, AAL Puls^b

^a Hospital Nove de Julho (DASA), São Paulo, SP, Brasil

^b Clínica GastroHematológica Ararense, São Paulo, SP, Brasil

Introdução/objetivos: Vários pacientes em anticoagulação plena por tempo indefinido expressam, por motivos diversos, o desejo de cessar o tratamento. Esta pesquisa buscou avaliar o perfil desses pacientes, os motivos da solicitação e em que situações essa demanda conseguiu ser atendida. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e descritivo, realizado a partir da coleta de dados de prontuários eletrônicos de pacientes acompanhados em serviço privado de Hematologia do interior do Estado de São Paulo. Pacientes avaliados, quando apropriado, com os seguintes modelos para auxiliar na decisão de manter ou suspender a anticoagulação – Men and HER-DOO-2 rule; DASH Score; Vienna Score; Continu-8 Score; HAS-BLED. **Resultados:** De 2015 a 2022, recebemos 16 pacientes em anticoagulação plena por tempo indefinido (indicado por nosso serviço ou por profissionais externos) que, em consulta, vocalizaram o desejo de cessar o tratamento. Todos os pacientes faziam acompanhamento conjunto com, pelo menos, outro especialista além do hematologista. Mediana de idade de 55 anos (extremos de 22 a 76), sendo apenas um do gênero masculino. 14/16 (87,5%) faziam uso de varfarina com acompanhamento de INR, média de uso de 4 anos (extremos de 1 a 8 anos), e 2/16 (12,5%) faziam uso de rivaroxabana com tempo de uso de 1 e 2 anos. As indicações no grupo de varfarina foram – fibrilação atrial permanente valvar ou outra arritmia de alto risco trombótico (7/14 – 50%), síndrome do artícorpo antifosfolípide com trombose de repetição (2/14 – 14%), trombose venosa profunda de repetição (3/14 – 21%), trombose de repetição relacionada a terapia renal substitutiva (1/14 – 7%) e síndrome de Budd-Chiari (1/14 – 7%). Um dos pacientes em uso do inibidor direto de Xa iniciou terapêutica após trombose venosa central e