

o outro por tromboembolismo pulmonar não-provocado, de alto risco, com estadia em unidade de terapia intensiva. Dentre os motivos alegados para o desejo da suspensão estavam – necessidade de exames regulares (14/16 – 87.5%), necessidade de consultas frequentes (6/16 – 37.5%), dificuldade de administração do medicamento (2/16 – 12.5%) e custo (1/16 – 6.25%). A anticoagulação pode ser suspensa, até o momento, em apenas um caso, com anuência de cardiologista e vascular assistente – paciente compunha idosa frágil com fibrilação atrial permanente e 4 pontos no score HAS-BLED. **Discussão:** Na população deste estudo, pacientes que desejaram cessar a anticoagulação de tempo indefinido eram compostos majoritariamente por pacientes adultas, acompanhados por múltiplos especialistas e em uso de varfarina. O principal motivo alegado foi a necessidade de exames séricos e consultas regulares. Não houve desejo de suspender o medicamento por efeito adverso (seja intolerância gástrica ou até hemorragia) e apenas um paciente apontou o custo como uma questão relevante. Na maioria dos casos, o benefício de manter o tratamento foi julgado como superior ao de suspendê-lo. O baixo número de pacientes incluídos neste estudo retrospectivo utilizando dados de vida real é um fator limitante. **Conclusão:** Em geral, pacientes que fazem uso de anticoagulação plena e mantêm seguimento regular não apresentam desejo de cessar a terapêutica por efeitos adversos inerentes aos medicamentos. A necessidade de adesão e acompanhamento contínuo é vista como o principal fator do desejo de cessar o tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.925>

PRIMARY ANTITHROMBOTIC PROPHYLAXIS IN OUTPATIENTS WITH SOLID TUMORS

CEDR Castro, TF Dios

Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brazil

Introduction: Patients with cancer have an increased risk of Venous Thromboembolic Events (VTE), since cancer tissue and anticancer agents have thrombogenic effects, associated with hypercoagulability and vascular damage. Patients with cancer have 1.6% incidence of VTE in two years, complication associated with decreased survival. Due to that, some select ambulatory cancer patients benefit from primary thromboprophylaxis. **Objective:** This review's objective is to inform the health professionals about the prophylaxis of thromboembolism in ambulatory patients with solid tumors. **Methods:** Literature review. The databases used were PubMed, SciELO and Google Scholar. The terms used in the search were: "venous thromboembolism", "solid tumor", "prophylaxis". **Results:** Primary thromboprophylaxis is recommended in hospitalized patients with cancer. In the case of ambulatory patients, the benefit of routine prophylaxis is unclear and depends highly on the clinical scenario, due to the risk involving anticoagulants. These drugs are associated with bleeding complications with the incidence of 0.7%–14%. Therefore, patients with cancer have increased bleeding risk and the anticoagulation may increase this possibility. The selection of these patients can be made with the stratification of the risk of VTE. In ambulatory care, risk assessment can be conducted based on a validated risk assessment tool, Khorana

score, which has been available for over a decade, and includes assessment of the site of cancer, hematologic parameters and body mass index. Advanced age, prior VTE and family history of VTE are also associated with an increased risk. With this classification, patients with cancer and an intermediate-to-high-risk of VTE have a recommendation of thromboprophylaxis. Direct Oral Anticoagulants (DOACs) are now the first choice for thromboprophylaxis, while Low Molecular Weight Heparin (LMWH) can be considered as an alternative for patients with drug interactions involving DOACs or with primary gastroesophageal cancer. **Conclusion:** The role of anticoagulation for primary prevention of VTE in outpatients has been elucidated by new evidence from randomized trials. Emerging studies continue to optimize risk prediction approaches and may improve the identification of outpatients that may benefit from thromboprophylaxis. Patient education on cancer-associated thrombosis and its warning signs and symptoms is fundamental.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.926>

ESTUDO COMPARATIVO DE RESULTADOS DE TEMPO DE PROTROMBINA AVALIADOS POR DUAS CURVAS DE CALIBRAÇÃO

F Santoro^{a,b}, C Borella^b, L Cicarelli^c, I Catin^b

^a Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^b Siemens Healthineers DX LAM, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O Tempo de Protrombina (TP) é utilizado para monitoramento de pacientes em uso de VKA. O ensaio pode ser analisado através de 2 curvas de calibração: por atividade ou por INR. O monitoramento de VKA deve ser feito pela calibração do INR. Na América Latina, a curva destinada ao INR não costuma ser rotineira. **Objetivo:** Avaliar a concordância dos valores obtidos pelas 2 curvas. Assim, a comparabilidade entre as curvas permitirá inferir o impacto da liberação do parâmetro INR em uma curva não dedicada para esse fim, e também do uso de INR para pacientes que não estão em terapia com VKA. **Materiais e métodos:** 138 amostras foram fornecidas pelo HU-USP. O equipamento utilizado foi o Sysmex® CS-2500 e os reagentes do TP foram Thromborel® S (THS) e Dade® Innovin® (INN). A análise dos resultados foi realizada a partir de gráficos do Microsoft Excel e do EP Evaluator. **Resultados:** A comparação entre as metodologias de obtenção do valor de INR mantendo o mesmo reagente demonstrou ótima correlação (THS R² = 0,999; INN R² = 0,997). Essa boa correlação também se manteve para valores de atividade (THS R² = 0,9933, INN R² = 0,9962). Quando manteve-se a mesma metodologia de obtenção dos valores de INR, mas comparando os 2 reagentes, a correlação foi mais fraca. INR calculado R² = 0,9893. INR calibrado R² = 0,9883. Atividade calculada R² = 0,9204. Atividade calibrada R² = 0,9222. **Discussão:** Os valores de INR1 quase não sofrem alteração, independente de como o valor de INR é obtido. Quando os valores de INR estão acima de 2, há maior variabilidade entre eles, mas ainda sem diferença clínica. Mantendo-se o tipo de cálculo

de INR e mudando-se o reagente, a correlação não se apresenta forte. Observa-se que a maioria dos pontos com INR normal 1,0 está dentro do TEa, mas que, conforme o valor de INR aumenta, os valores dispersam mais da linha de regressão. A situação se repete com INR calibrado e os 2 reagentes. Quando a correlação de atividade é estabelecida é possível inferir que a utilização de um métodos de obtenção não apresenta interferência clínica. Tanto para o valor de atividade obtido através de cálculo quanto calibração, os valores das amostras ultrapassaram o TEa. Essa observação pode interferir na clínica do paciente, já que os resultados não podem ser relacionáveis em sua totalidade, em especial para valores mais altos de atividade. **Conclusão:** Comparando-se as duas calibrações do mesmo reagente, nas amostras avaliadas as variações de valores foram irrelevantes. Quando analisa-se entre os 2 reagentes, há diferenças importantes para INR entre as calibrações. Em INR próximos a 1, a variação é mínima; porém a diferença cresce proporcionalmente aos valores de INR, logo os reagentes não são intercambiáveis. Isso endossa a literatura de que a terapia de VKA deve ser avaliada por TP com calibração INR. Para atividade, os dados mostram que para o mesmo reagente, com os valores ou calculados ou calibrados, a alteração é mínima em se tratando de amostras de valores normais. É possível inferir que os resultados são intercambiáveis para todos os valores de atividade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.927>

MANEJO DE PACIENTE PORTADOR DE TELANGECTASIA HEREDITÁRIAS HEMORRÁGICA E MÚLTIPLAS TROMBOSES – RELATO DE CASO

LOVD Reis, F Malagutti, MEP Antonioli,
FGL Nunes, GG Rodrigues, JS Almeida,
DBA Zahr, ACKVD Nascimento

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

Introdução: A Telangectasia Hereditária Hemorrágica (THH) é caracterizada por sangramentos mucocutâneos principalmente, acarretando anemia ferropriva sintomática de difícil controle e consequente insuficiência cardíaca em alguns casos. O uso de medicações antitrombóticas agrava este quadro, o que dificulta sua manutenção. O relato de caso chama a atenção para situação desafiadora de manejo do risco de sangramento em paciente com elevado risco trombótico em uso de medicação que eleva este potencial. **Relato de caso:** S. S. N., 49 anos, masculino, veio para nosso ambulatório para controle de anticoagulação pelo antecedente de oclusão aguda de artéria femoral aos 45 anos com necessidade de amputação transfemural e trombose de veias porta e mesentérica aos 47 anos. Não foi identificada causa ou trombofilia para estes eventos. No acompanhamento houve intensificação de anemia ferropriva e necessidade de suporte transfusional frequente (2 ao mês em média). Na avaliação mais pormenorizada foram identificadas teleangectasias em mucosas orais e nasal, angiectasias cecal e gástrica, histórico pessoal de epistaxe desde a infância e mãe e irmão em investigação de sangramentos. O uso de AAS foi interrompido de forma definitiva e o de varfarina,

temporariamente. Foram iniciadas medidas de controle local das hemorragias com compressão, cauterização e crioterapia, uso de antifibrinolítico local e sistêmico de forma eventual, além da introdução de talidomida 100 mg ao dia, em setembro de 2022 e mantida até o momento. O paciente evoluiu com diminuição da necessidade transfusional e melhor controles da taxa de hemoglobina. Não houve novo evento tromboembólico e foi possível reintroduzir a varfarina em janeiro de 2023 sem ter havido piora das manifestações hemorrágicas ou da anemia. **Discussão:** A THH, ou Síndrome de Osler-Weber-Rendu, é doença autossômica dominante com prevalência aproximada de 1:5000 casos, caracterizada por máformação de vasos. Está relacionada a presença de mutações em ENG, ACVRL1 e MADH4, que resultam em concentrações plasmáticas anormais de Fator Transformador de Crescimento Beta (TGF- β) e do Fator de Crescimento Vascular Endotelial (VEGF). O diagnóstico clínico é baseado no critério de Curação, sendo necessários pelo menos 3 dos 4 para o diagnóstico definitivo. São eles: parente de primeiro grau acometido, epistaxe espontânea ou recorrente, teleangectasias em locais característicos ou fístulas arteriovenosas em trato gastrointestinal. Além de sangramentos, anemia ferropriva é uma manifestação constante e que pode ser grave. A terapia anticoagulante tem como efeito colateral principal a ocorrência ou intensificação de sangramentos. As medicações antiangiogênicas recomendadas atualmente em THH, como talidomida, lenalidomida e bevacizumabe aumentam o risco trombótico. **Conclusão:** A combinação de anticoagulação e THH impõe um dilema terapêutico e novas orientações devem ser estudadas para estes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.928>

PURPÚRA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA RECIDIVADA E REFRATÁRIA: UM RELATO DE CASO

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

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

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

Introdução: A Purpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) é um tipo de Microangiopatia Trombótica caracterizada por oclusão microvascular generalizada. O mecanismo fisiopatológico principal envolvido é a redução da atividade da enzima ADAMTS13. O quadro clínico típico esperado é de um paciente com a pêntade: Trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática, febre, disfunção neurológica e renal. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com PTT refratária às terapias padrões atualmente disponíveis e com recidiva da doença. **Relato do caso:** A. Z. S., 41 anos, moradora da cidade de Porto Alegre – RS. Previamente hipertensa e sem outras comorbidades associadas. Nega tabagismo. Interna em janeiro de 2019 na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre por quadro de turvação visual, Lesão Renal