

como rivaroxabana, apixabana e dabigatrana, têm apresentado eficácia em populações oncológicas selecionadas. O estudo CAS-SINI, por exemplo, evidenciou redução da taxa de TEV para 2,6% com rivaroxabana *versus* 6,4% com placebo. Enquanto que o AVERT apresentou 4,2% com apixabana *versus* 10,2% com placebo. Mesmo assim, as análises específicas em pacientes com metástases cerebrais ainda são limitadas. Frente a hemorragias sob anticoagulação, a reversão imediata figura como essencial. Para varfarina, prefere-se o concentrado de complexo protrombínico à vitamina K, enquanto que para DOACs como a dabigatrana, existe o idarucizumabe, e para inibidores do fator Xa, tem sido utilizado o andexanet alfa. No entanto, vale ressaltar que esses agentes inibidores têm disponibilidade limitada pelo custo financeiro embutido. O manejo da anticoagulação em pacientes com metástases cerebrais deve ser individualizado e multidisciplinar. As HBPM permanecem como primeira linha de escolha para anticoagulação. Sendo o emprego de DOACs reservado a casos específicos. A decisão por anticoagulação deve considerar histórico de hemorragia, localização e extensão das metástases, histologia tumoral e indicação clínica (por exemplo TEV agudo ou fibrilação atrial). A instituição de protocolos e decisões clínicas eficazes de reversão da anticoagulação são essenciais para reduzir as chances de complicações secundárias a sangramentos e melhorar os desfechos clínicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104951>

ID – 734

MARCADORES IMUNOLÓGICOS ASSOCIADOS AO SUCESSO E FALHA DA IMUNOTOLERÂNCIA EM PACIENTES COM HEMOFILIA A E INIBIDORES

JO Frade-Guanaes, C Costa-Lima, HL Sales Filho, AP Francisco, VB Faiotto, LGR de Lima, LW Santos, NM Foschi, SS Medina, MP Colella, SAL Montalvão, GG Yamaguti-Hayakawa, MC Ozelo

Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Mais de 30% dos pacientes com Hemofilia A grave (sHA) que recebem tratamento de reposição desenvolvem inibidores contra o FVIII. O tratamento de Indução de Tolerância Imune (ITI) tem como objetivo erradicar os inibidores, alcançado em aproximadamente 60% dos casos. Os mecanismos imunológicos que influenciam estes resultados permanecem pouco compreendidos. **Objetivos:** Esse estudo investigou a resposta imune de células T efectoras e B regulatórias em pacientes com sHA com inibidores submetidos pela primeira vez ao protocolo de ITI de baixas doses, combinada com profilaxia com emicizumabe (emi). **Material e métodos:** Incluímos dez pacientes com sHA durante ITI. Os pacientes realizaram ITI em baixas doses de rFVIII (50 UI/kg 3×/sem), associado ao uso de emi em dose convencional (1,5 mg/kg/1×sem), após o período de ataque (3 mg/kg/1×sem por 4 sem). Os pacientes que atingiram tolerância, continuaram com emi e baixas doses de rFVIII (25 UI/kg/1×sem) por

um ano. Células mononucleares do sangue periférico (PBMCs) foram coletadas antes da ITI, durante a ITI e no último ano de profilaxia com emi. As PBMCs criopreservadas foram cultivadas em placas de 96 poços com meio RPMI-1640 por 6 dias. As células apresentadoras de antígeno foram estimuladas com IL4 (10 ng/mL) e GM-CSF (20 ng/mL), seguido por IL2 (10 UI/mL) para promover a proliferação, e desafiadas com rFVIII (1 UI/poço) no dia 2. No dia 5, as células foram desafiadas novamente com rFVIII, anti-CD3 e anti-CD28. Após 18h, o transporte intracelular de citocinas foi interrompido, mantendo esta condição de cultura por 6h. A resposta efectora Th1, Th2 e Th17 foi avaliada pela produção de citocinas (IL2, IL4, IL6, IL17A, IL21, IL10, TGF β , IFN γ , T-bet, GATA3, FoxP3 e Bcl6), além dos checkpoints (CTLA4, PD1, PDL2, CD40, CD40L). A resposta regulatória das células B (Breg) e de células B de memória foi avaliada (CD24, CD38, CD27, IL10, PDL2, IgG, IgM e IgD). **Resultados:** Dez participantes, com mediana de 2,3 anos no início da ITI (1 a 30 anos) foram incluídos. Sete pacientes atingiram sucesso completo, sendo um após 18 meses e três falharam. Os pacientes que não alcançaram sucesso completo na ITI apresentaram maior frequência de IL21 ($p=0,01$) e IL4 ($p=0,03$) em células T CD4⁺, que foi positivamente correlacionado com os níveis de inibidor (IL21: $r=0,6$ e $p=0,002$, para IL21 e IL4: $r=0,6$ e $p=0,04$). As células Th1 apresentaram maior atividade nos pacientes que falharam na ITI, com níveis elevados de Tbet ($p=0,03$) e TNF α ($p=0,03$). O grupo de falha também apresentou maior frequência de células Th2, associada a um aumento na frequência de GATA-3 ($p=0,01$). Não foram observadas diferenças na frequência de Tregs (CD4⁺CD25⁺FoxP3⁺) ou CTLA4. No entanto, pacientes que alcançaram tolerância, apresentaram aumento significativo em PD1 ($p=0,03$), apoiando o papel das Tregs. As células B CD19⁺ de pacientes que obtiveram sucesso na ITI apresentaram maior produção total de IL-10 em comparação àqueles que falharam ($p=0,02$). As frequências de IL-10 foram analisadas em células B transitórias (CD24hiCD38hi) e em células B10 (CD24hiCD27⁺). Pacientes com sucesso na ITI apresentaram frequência maior de IL10 ($p=0,03$) em células B transitórias, o que não foi observado em células CD24hiCD27⁺ estimuladas por FVIII. **Discussão e Conclusão:** Nossos dados sugerem que a falha na ITI pode estar associada com a produção de IL21 e com a produção prejudicada de IL-10 pelas células B CD24hi CD38hi em pacientes que falharam no ITI, o que pode contribuir para o entendimento da resposta ao ITI.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104952>

ID – 1576

MENSTRUÇÃO ABUNDANTE EM ADOLESCENTES, QUANDO E COMO INVESTIGAR PARA DOENÇA DE VON WILLEBRAND

VCM Sousa, GLS Cordeiro, ADS Jesus, FF Nobrega, ECP Sousa, JSC Silva, LF Alves, LLR Matos, LKA Rocha

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

Introdução: A prevalência de distúrbios hemorrágicos em adolescentes com menorragia gira em torno de 39%. Na

atenção primária, os Bleeding Assessment Tools (BATs) validados têm sido úteis para triagem inicial dos pacientes. No contexto de clínicas especializadas ou na investigação de famílias com histórico positivo, os BATs não devem ser aplicados de forma isolada como único critério de decisão clínica.

Objetivos: Este estudo visa clarear as indicações e estratégias mais adequadas para o rastreamento de adolescentes com menorragia. **Material e métodos:** Realizou-se revisão de literatura na base de dados PubMed a partir de 2020, utilizando os descritores: “Von Willebrand Diseases AND Menorrhagia.” A busca retornou 53 artigos; relatos e séries de caso foram excluídos, restando 7 artigos que abordavam diretamente os critérios e métodos para rastreamento da Doença de von Willebrand (DvW) em adolescentes com menorragia, incluindo estudos observacionais, transversais e revisões sistemáticas. **Resultados:** Adolescentes com menorragia encaminhadas a centros terciários têm representado uma oportunidade subaproveitada para diagnóstico precoce da DvW. Entre os preditores de risco estão: idade precoce no primeiro sangramento, etnia hispânica, ausência de atendimento emergencial, escore ISTH (Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia) BAT ≥ 4 e menor pontuação no subdomínio de sono da escala PedsQL™. O padrão menstrual, deficiência de ferro e fadiga não demonstraram ser preditores confiáveis. Os testes de triagem devem incluir: contagem plaquetária, TP, TTPa, fibrinogênio, dosagens do antígeno e da atividade do Fator de Von Willebrand (VWF). A quantificação da atividade do VWF < 30 UI/dL sugere fortemente DvW. Entre 30–50 UI/dL, o histórico clínico positivo é primordial para confirmação. A razão entre atividade e o antígeno do VWF ajuda a distinguir defeitos quantitativos de qualitativos. Durante o sangramento agudo, por exemplo, os níveis de VWF:Ag, VWF:RCo e FVIII tendem a se elevar. Apesar disso, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas tem recomendado realizar os testes mesmo nessas condições. No entanto, vale ressaltar que valores de VWF:Ag e VWF:RCo acima de 100 têm alto valor preditivo negativo. **Discussão e Conclusão:** Adolescentes com menorragia têm sido historicamente sub-investigadas, mesmo diante de complicações clínicas significativas, o que pode comprometer sua qualidade de vida e gerar sobrecarga ao SUS. Postergar a avaliação pode resultar em perda de seguimento e atraso no diagnóstico, principalmente nos casos que requerem investigação durante episódios ativos de sangramento. Portanto, há necessidade de maior divulgação para o reconhecimento da doença e para a aplicação prática da investigação diagnóstica precoce e direcionada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104953>

ID – 1032

MORTALIDADE POR COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA NO BRASIL AO LONGO DE UMA DÉCADA: UM ESTUDO ECOLÓGICO COM DESCRIÇÃO DE VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

MLB Neto, JVS Valadares, HCL Filho,
BJP Rabello, CDC Lima, RdS Giuliano,

VLF Santos, SCD Oliveira, FSd Anunciação,
NBdA Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de
Santana, BA, Brasil

Introdução: A Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) é uma condição adquirida caracterizada pela ativação sistêmica da coagulação, com formação disseminada de trombos, consumo de plaquetas e fatores de coagulação, resultando em risco elevado de hemorragias e falência de múltiplos órgãos. A análise de sua mortalidade pode contribuir para o planejamento de políticas de saúde voltadas ao enfrentamento de causas associadas, como sepse, trauma e neoplasias. **Objetivos:** Analisar a mortalidade por CIVD no Brasil entre 2014 e 2023, com ênfase nas características demográficas e regionais. **Material e métodos:** Estudo ecológico e descritivo, com dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do SUS (SIM-SUS). Foram considerados todos os óbitos por CIVD registrados no período, analisando-se as variáveis: faixa etária, sexo, etnia e região do país. Por utilizar dados públicos e anônimos, a pesquisa está isenta de apreciação ética, conforme a Resolução nº 510/2016 do CNS. **Resultados:** Foram registrados 2.132 óbitos por CIVD no Brasil no período analisado. A maior concentração de mortes ocorreu em menores de 1 ano (14,5%), seguida pelas faixas de 70 a 79 anos (14%), 60 a 69 anos (13,6%) e 80 anos ou mais (12,4%). A Região Sudeste concentrou 41,6% dos óbitos, seguida pelo Nordeste (25,7%), Sul (11,7%), Norte (11,3%) e Centro-Oeste (9,5%). Quanto à etnia, 51,1% dos óbitos ocorreram em pessoas brancas, 37,9% em pardos, 6,1% em pretos, 0,5% em indígenas e 0,4% em amarelos. Em 3,7% dos registros, não havia informação sobre etnia. **Discussão e Conclusão:** Os dados revelam que a CIVD afeta preferencialmente extremos etários, como recém-nascidos e idosos, grupos mais suscetíveis a infecções graves e com maior fragilidade hemostática. A predominância de óbitos na Região Sudeste pode refletir tanto a maior densidade populacional quanto melhor capacidade de diagnóstico e notificação. As diferenças observadas entre etnias e regiões indicam possíveis desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento adequado. O estudo contribui para o conhecimento do perfil epidemiológico da CIVD no Brasil e pode subsidiar ações voltadas à qualificação do cuidado em contextos críticos.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2022: Resultados Preliminares. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.
3. Levi M, Ten Cate H. Disseminated intravascular coagulation. *N Engl J Med*. 1999;341(8):586–92. doi:10.1056/NEJM199908193410807.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104954>