

classificação do tumor e direcionamento terapêutico. A fisiopatologia da necrose de medula óssea envolve isquemia e destruição do microambiente medular, frequentemente induzidas por infiltração tumoral e alterações do suprimento vascular. A apresentação clínica pode ser inespecífica, exigindo alto grau de suspeição. Mielograma com punção seca e biópsia evidenciando necrose são achados característicos.

Descrição do caso: Paciente de 54 anos, previamente hipertenso, com queixa de dorsalgia em regiões lombar e torácica, associada à perda ponderal não intencional de 10 kg em um mês. Após viagem prolongada, apresentou piora da dor, refratária a analgésicos orais, sendo internado para investigação. A ressonância de coluna evidenciou lesões osteolíticas em coluna cervical, torácica, lombar, esterno, arcos costais e bacia. A ressonância de crânio revelou espessamento e realce paquimeníngeo difuso. Hemograma evidenciando bicitopenia (Hb 10,4; Ht 29,2; VCM 72; plaquetas 56.000). Foi realizada investigação medular. O mielograma resultou em punção seca e a biópsia revelou medula extensamente necrótica, sem sinais de malignidade. Optou-se, então, por biópsia de lesão em crista ilíaca, que evidenciou carcinoma metastático infiltrante com invasão linfovascular. A imunohistoquímica mostrou positividade para CK7, CK19 e EMA, sugerindo origem pancreatobiliar ou do trato digestivo alto. O paciente apresentava status performance reduzido, o que inviabilizou o início de quimioterapia. Seguiu em acompanhamento clínico com a equipe de oncologia para controle de sintomas. **Conclusão:** A necrose de medula óssea pode ser a manifestação inicial de neoplasias ocultas e deve ser considerada diante de dor óssea associada à perda ponderal e citopenias, especialmente quando o mielograma é inconclusivo. O prognóstico é reservado, sobretudo quando associado a carcinoma de sítio oculto. Este caso ilustra a agressividade dos tumores metastáticos de origem indeterminada, especialmente quando cursam com falência medular e necrose, reforçando a necessidade de abordagem multidisciplinar e suporte intensivo precoce.

Referências:

Cabral TCS, et al. Necrose de medula óssea: revisão da literatura. Revista Brasileira de Patologia e Medicina Laboratorial, São Paulo. 2016;52(3) maio–jun. DOI: 10.5935/16762444.20160031

Deucher A, Wool GD. How I investigate bone marrow necrosis. International Journal of Laboratory Hematology. 2019;41(5):585-92.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105042>

ID - 1707

NOVOS HORIZONTES DE ABORDAGEM PARA ANTICOAGULAÇÃO EM FIM DE VIDA

LLR Matos, FRG Siqueira, GPN Goequing, LF Alves, GLS Cordeiro, TMN Caldas, TG Salgado, VTR Matos, VS Baltieri, LKA Rocha

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

Introdução: O período denominado fim de vida corresponde à fase terminal de doenças crônicas progressivas, caracterizado por deterioração funcional contínua, ausência de possibilidade de cura e expectativa de vida limitada. Nesse contexto, o foco do cuidado passa a ser o alívio de sintomas e a adequação terapêutica às necessidades do paciente. A anticoagulação, prática amplamente utilizada na prevenção de eventos tromboembólicos, impõe dúvidas em relação à sua real indicação. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é revisar os critérios utilizados para iniciar, manter ou suspender anticoagulantes no fim da vida, considerando os principais fatores clínicos envolvidos. **Material e métodos:** Foi realizada uma busca na base de dados PUBMED utilizando os descritores Anticoagulation AND end of life AND antiplatelet. Foram incluídos artigos publicados a partir de 2020, resultando em 441 trabalhos e, após exclusão de séries e relatos de casos, oito deles foram selecionados por apresentarem metodologia consistente com bom nível de evidência científica. **Resultados:** A decisão sobre o uso de anticoagulantes no fim da vida necessita considerar três elementos principais: risco de trombose, risco de sangramento e objetivos no cuidado do paciente. Em um estudo retrospectivo, 60% dos pacientes receberam antitrombóticos nos últimos 3 meses de vida, sendo que em 75,9% o tratamento foi mantido até a última semana. Com isso, diversas complicações hemorrágicas foram documentadas, sendo que as mais expressivas foram hematomas e dor, hemorragia pulmonar, hematoma subdural fatal e sangramentos associados a quedas. Em outro estudo, que envolvia portadores de próteses valvulares mecânicas, foi evidenciado que a maioria dos profissionais superestima o risco trombótico de modo a justificar a não suspensão do anticoagulante. Dados indiretos indicam que o risco real de eventos tromboembólicos é de ~0,03 % ao dia, equivalente a ~1 % em 30 dias, valor bastante baixo quando comparado à expectativa de vida limitada desses pacientes. Em um estudo de coorte, que avaliou pacientes com câncer avançado, foi constatado que o uso de antitrombóticos reduziu discretamente o risco de eventos tromboembólicos venosos, porém aumentou significativamente o risco de sangramentos, tornando incerto o benefício em pacientes com prognóstico limitado. **Discussão e conclusão:** O uso de heparina de baixo peso molecular tem sido opção em casos selecionados, especialmente quando há dificuldade na via oral. As evidências disponíveis sugerem que o uso de anticoagulantes em pacientes próximos ao fim de vida aumentam o risco de eventos hemorrágicos, por outro lado a sua suspensão raramente resulta em aumento significativo de eventos trombóticos ou mortalidade. Sendo assim, a avaliação deve ser individualizada, com discussão franca sobre riscos e benefícios, considerando as preferências do paciente e seus familiares. Protocolos clínicos podem apoiar a decisão clínica, promovendo cuidados alinhados a princípios de proporcionalidade terapêutica e qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105043>