

# RELATO DE CASO: IATROGENIA E CORTICODPENDÊNCIA EM UM CASO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNOLÓGICA

Vitória Pantano Buck Bertaia<sup>1</sup>; Marília Soares e Silva Arcadipane<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica da Faculdade de Medicina de Jundiaí; <sup>2</sup>Professora da Faculdade de Medicina de Jundiaí

## INTRODUÇÃO

Púrpura trombocitopênica imunológica (PTI) é uma doença autoimune definida por trombocitopenia isolada, que geralmente é benigna e possui uma etiologia desconhecida.

Apesar de possuir uma etiologia desconhecida, sabe-se que muitos fatores podem desencadear a doença, principalmente após medicamentos, infecções virais ou bacterianas, as quais promovem reação cruzada com glicoproteínas plaquetárias.

A PTI ocorre pela produção de anticorpos autorreativos (IgG) pelos linfócitos B, que se fixam nos receptores presentes na membrana das plaquetas promovendo a sua lise, sendo que tal destruição ocorre por meio de macrófagos do sistema retículo-endotelial, principalmente no baço.

Os sintomas aparecem apenas quando há uma queda no número de plaquetas, comprometendo a coagulação sanguínea e promovendo as manifestações clínicas como sangramentos anormais, principalmente na pele e mucosas sob forma de petéquias e equimoses, podendo também ter a possibilidade de epistaxe, gengivorragia, menorrágia, hematuria, sangramento em trato gastrointestinal e até no sistema nervoso central.

## OBJETIVO

Realização de um relato de caso de Púrpura trombocitopênica Imunológica (PTI), com ênfase na necessidade de um tratamento correto afim de evitar uma iatrogenia, além da influência da corticodpendência no tratamento e acompanhamento dos pacientes.

## MÉTODO

Acompanhamento de uma paciente durante 20 meses, desde o primeiro momento de plaquetopenia, seu tratamento e até o seguimento.

## PALAVRAS-CHAVE

Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Doenças Autoimunes, Transtornos Plaquetários, Trombocitopenia, Plaquetas.

## RELATO DE CASO

Feminina, 22 anos, natural de Limeira/SP, residente em Jundiaí, com histórico de dermatite atópica (Imagem 1) e história familiar negativa para doenças autoimunes, foi admitida com petéquias e equimoses pelo corpo, principalmente nos membros inferiores e região labial superior e inferior (Imagem 2 e 3), além de apresentar menorragia e polimenorreia, porém sem demais alterações no exame físico.

Após a realização de exames laboratoriais foi identificado um quadro de plaquetopenia isolada (33.000/mm<sup>3</sup>), com queda abrupta (10.000/mm<sup>3</sup> em 1 dia), além disso, verificou-se também FAN positivo (anticorpos nucleares reagentes com título de 1/80 – padrão nuclear pontilhado fino AC-4).

Paciente foi encaminhada para um médico hematologista, o qual iniciou o tratamento

com prednisona 40mg/dia e omeprazol 20mg/dia, além de solicitar exames complementares a fim de diagnosticar a causa do quadro de plaquetopenia isolada.

A paciente realizou hemograma, contagem de reticulócitos, AgHBs, Anti-HBs, Anti-HBc total, Anti-HBc IgM, Anti-HCV, anticorpos e antígenos HIV1 e HIV2, anticorpos contra antígeno neo treponêmico (cardiolipina), SS-B/La, SS-A/Ro, DNA nativo – auto-anticorpos, Sm, Fração C3 e C4 do complemento, anticoagulante lúptico e cardiolipina IgA, IgG e IgM. Todos os exames estavam dentro da normalidade e/ou deram não reagentes, dessa forma foi feito o diagnóstico de Púrpura Trombocitopênica Idiopática.

Seguiu-se com o tratamento com prednisona, para o controle da plaquetopenia, foram realizados hemogramas periódicos, e como as plaquetas apresentavam valores adequados (148.000/mm<sup>3</sup>), iniciou a retirada do medicamento gradualmente em uma média de 10mg/semana da dose atual (40mg/dia), com isso ocorreu uma queda das plaquetas a partir do momento em que foi atingida uma posologia de 30mg/dia com evolução decrescente, até atingir 87.000/mm<sup>3</sup>, quando optou-se por manter a em 10mg/dia por um mês com retirada gradual mensal do medicamento, dessa forma, a contagem de plaquetas estabilizou-se até a retirada total da prednisona.

A Paciente ficou aproximadamente 4 meses sem medicação, mas o nível de plaquetas não se manteve estável, caindo novamente. Iniciou o tratamento com 50mg/dia de prednisona, seguindo o desmame de acordo com a contagem de plaquetas até que manteve estável em uma média de 100.000/mm<sup>3</sup> com 5mg de prednisona por dia.



## DISCUSSÃO

A Púrpura Trombocitopenica Idiopatica pode ser dividida em PTI primária, quando ocorre plaquetopenia isolada sem alterações de medula óssea e ausência de outras causas, e PTI secundária, na qual é secundária à outros distúrbios, sendo eles: citomegalovirus, Epstein-Barr ou enfermidades crônicas como Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Leucemia linfocítica crônica (LLC), vírus da imunodeficiência (HIV).

No caso apresentado, como todos os exames laboratoriais investigatórios para as possíveis causas da doença deram negativos exceto o FAN para anticorpos nucleares que positivo com título de 1/80 (nuclear pontilhado fino AC-4), o qual pode estar presente em indivíduos hígidos em títulos baixos), por isso é possível inferir que a plaquetopenia da paciente não possui uma causa aparente, sendo considerada então PTI primária.

A corticoterapia é o tratamento mais utilizado e cerca de 80% dos pacientes respondem, porém, uma boa parcela apresenta recidiva da plaquetopenia com a retirada dele. Como pode-se observar no caso apresentado, a diminuição plaquetária após o início do tratamento se deu por uma retirada gradual porém rápida do medicamento (diminuição de dose a cada 07 dias ao invés de 30 dias), como é devidamente indicado pelas diretrizes

implicando em uma quebra do desmame adequado implicando em uma quebra do desmame adequado e da resposta imunológica da paciente, bem como uma queda maior do número de plaquetas em um curto intervalo de tempo.

Sendo assim, quando o medicamento foi mantido em uma dose estável de 10 mg/dia por mais de 30 dias, foi possível observar a estabilização das plaquetas com leves variações fisiológicas das mesmas, decorrentes do processo da doença. Essa estabilização ocorre por uma adaptação correta do organismo com a dose imunossupressora de corticosteroide, dado o tempo necessário e adequado para que a produção de células vermelhas e do sistema imunológico entrassem em homeostase. Deve-se ressaltar que a plaquetopenia autoimune não tem como objetivo a normalização do número de plaquetas e sim a adequação plaquetária para que o organismo consiga manter o perfil hemodinâmico adequado.

Com a retirada total do medicamento houve uma queda, interrompida pela volta do medicamento, dessa forma é possível concluir a corticodpendência da paciente, apesar de ser um tratamento muito eficaz, a taxa de remissão a longo prazo é de 10 a 20%, dessa forma, a maioria dos adultos portadores de PTI são corticodpendentes.

## CONCLUSÃO

A Púrpura Trombocitopenia Idiopática apesar de ser uma doença não muito frequente, possui sua importância na clínica médica, principalmente por ser uma das causas mais prevalentes de plaquetopenia isolada, por isso, é necessário que todas as informações sobre ela sejam bem estabelecidas.

O tratamento é simples, principalmente por cerca de 80% dos pacientes responderem adequadamente a corticoterapia, porém, é imprescindível que a retirada do medicamento seja feita corretamente para evitar que o paciente tenha uma recidiva da doença com queda brusca e indesejada do número de plaquetas por iatrogenia.

Mesmo seguindo o desmame correto do medicamento, é necessário realizar um acompanhamento do paciente, visto que a maioria deles são corticodpendentes, assim, é possível evitar que as plaquetas caiam novamente e o paciente não apresenta riscos de vida.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAMSON, Page E.; HALL, Susan A.; FUGGIO-TEPE, Maurine; MITSANI-GOLD, Fanny S.; LODGE, John. The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura among adults: a population-based study and literature review. *European Journal of Haematology*, 15(1), p. 83, n. 4, p. 83-89, ago. 2009. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-0508.2009.02147.x>

AUGUSTO, Karen Magalhães de Medeiros et al. Púrpura Trombocitopênica Idiopática. *Campus Sci*, v. 2, n. 11, p. 69-78, 2015.

CARDOSO, Rita Cristina da Silva; POSSO, Keller Francisco; HENRIQUE, Tatiane Molegato. Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI): relato de caso clínico em paciente jovem no município de Maringá PR. *Revista Uningá*, n. 4, p. 139-144, jun. 2010.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORACÃO DE TECNOLOGIAS DO SUS/CONITEC (Brasil). Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Púrpura Trombocitopênica Idiopática. Brasília, 2016. 43 p.

FLORES-CHANG, Nancy S. et al. Immune Thrombocytopenic Purpura Secondary to Cytomegalovirus Infection: a case report. *Frontiers in Medicine*, v. 2, 3 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2015.00076>

FRANCOISCA, Paulo Luiz Carvalho; SILVA, Wilson de Melo; DELL'ACQUA, Alessandro; ANDRADE, Luis Eduardo Coelho; HARTLUBERT, René; VON MEJUNIK, Carlos Alberto; BICHARA, Carlos David Araújo; BILSONI, Cleonice; MANGUEIRA, Cristóvão Luis Pitangui; CARVALHO, Darlene Gonçalves. IV Comissão Brasileira para pesquisa de substâncias em células HEp-2. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 54, n. 1, p. 46-50, jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-12110>

doi et al. Púrpura trombocitopênica idiopática: diagnóstico e tratamento em adultos. *Rev Med Minas Gerais*, v. 21, n. 4, p. 7-10, 2011.

LORENDO, Dayan Maria. Púrpura Trombocitopênica Imunológica. In: ZAGO, Marco Antonio; TALCÃO, Roberto Passetti; FALQUINI, Ricardo. *Tratado de Hematologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. Cap. 63, p. 605-611.

MAZUZZO, Maria Gabriela; FAZ, Paula; BERNARDINI, Sayle; ROSSI, Galdo de; LEONE, Giuseppe; COLUCCI, Luigi; VANELLI, Nicola; AVANZI, Giuseppe; BODINI, Francesco; AMENDOLA, Angela. Therapy with high-dose dexamethasone (10-DM) in previously untreated patients affected by idiopathic thrombocytopenic purpura: a clinical experience. *Blood*, v. 109, n. 4, p. 1483-1487, 31 out. 2006. <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2005-11-101222>

OMISA, Miroslav; VUKOBRA, Anu-Maria; SPINU, Andreia; CĂMĂN, Alina; BUIBĂ, Hora. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) – new era for old disease. *Balkan Journal of Internal Medicine*, v. 57, n. 4, p. 279-281, 1 dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.2478/s11219-019-0014>

PAZOVANI, Tatiana Regina et al. Púrpura Trombocitopênica Idiopática. In: *Gravos*. Rev. F.C.R.C. Méd. Sorocaba, v. 1, n. 14, p. 22-31, 2013.

PROVAN, Drew; STAS, ROBERTA; ANDERSON, ADRIAN C.; BRANCHTSH, Victor J.; BLOTHMANN, Peter; BOGGS, James B.; CHONG, Bing H.; CHEN, Douglas B.; GONZALEZ, Terry B.; GOODE, Bernard. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood*, v. 115, n. 2, p. 168-186, 14 jan. 2010. <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2009-06-225665>