

## PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA EM MULHER ADULTA: UM RELATO DE CASO

Congresso Online Brasileiro de Medicina, 3ª edição, de 29/11/2022 a 01/12/2022  
ISBN dos Anais: 978-65-5465-003-8

SILVA; Adriele Debortoli da <sup>1</sup>, CORREA; João Lucas Guelber <sup>2</sup>, SILVA; Giulia Marilac Teixeira da <sup>3</sup>, BRITO; Eugênia Agnes Alves <sup>4</sup>, RIBEIRO; Raíssa Tiradentes <sup>5</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO** O desenvolvimento de uma doença autoimune denominada Púrpura Trombocitopênica ou Trombocitopenia Primária Imune pode ser desencadeada por infecções virais, como em crianças, ou ter etiologia desconhecida, recebendo o nome de idiopática. A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma condição rara, caracterizada pela redução significativa na contagem de plaquetas no sangue, que ocorre devido a produção de anticorpos contra algum antígeno da estrutura plaquetária. A doença cursa com hemorragias, na maior parte das vezes, sem associação com anemia ou leucopenia. O diagnóstico é majoritariamente clínico e de exclusão. O tratamento pode ser feito com corticoterapia, imunossuppressores, agonistas da trombopoetina ou inibidores da tirosina-quinase no baço, podendo também ser indicada esplenectomia em casos específicos. O relato a seguir é de um caso de PTI com uma plaquetopenia expressiva, com abordagem de terapêuticas combinadas. **OBJETIVO** Relatar o diagnóstico e manejo clínico de caso raro de PTI, havendo sucesso após a corticoterapia. **MÉTODOS** Estudo de caso realizado por meio do acesso ao prontuário e dados de um caso que obteve resultado positivo após o tratamento com corticoide em 2022. **RESULTADOS E DISCUSSÃO** Paciente feminina, 51 anos, hipertensa em uso de Atenolol 25mg, apresentou-se com queixa de surgimento súbito de petéquias dispersas por todo o corpo, associadas à hemoptise. Buscou ajuda na atenção primária onde foi realizada prova do laço, com resultado positivo, sendo prontamente encaminhada para o hospital de referência sob hipótese diagnóstica de dengue grave. Na admissão, foram realizados exames laboratoriais, como hemograma e coagulograma, que evidenciaram anemia microcítica e hipocrômica, plaquetopenia (7.850 plaquetas/mm<sup>3</sup>), além de teste de sorologia para dengue (NS1), com resultado não reagente. Paciente sem queixas de artralgia, cefaléia, náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresentava-se lúcida e orientada em tempo e espaço, hipocorada (+/4+), afebril, com abdome livre e maciço à percussão de hipocôndrio esquerdo. Em um primeiro momento, a conduta tomada foi transfundir 07 bolsas de concentrado de plaquetas. No dia seguinte, a plaquetometria apresentou piora significativa (158 plaquetas/mm<sup>3</sup>), entretanto, a paciente não apresentou novos episódios hemorrágicos e a clínica era incompatível com a plaquetopenia. Foi iniciado tratamento com prednisona 20mg, 04 comprimidos pela manhã e colhido novos exames. Nos exames realizados nos próximos 4 dias a paciente persistiu com a plaquetopenia acentuada, sem novas transfusões de concentrado de plaquetas, TAP e RNI dentro dos valores de

<sup>1</sup> UFJF-GV, adrieledebortoli@hotmail.com

<sup>2</sup> UFJF-GV, joalucas.guelber@estudante.ufjf.br

<sup>3</sup> UFJF-GV, Giuliaisabelasilva@gmail.com

<sup>4</sup> UFJF-GV, eugeniagnes@hotmail.com

<sup>5</sup> UFJF-GV, raissa.tiradentes@estudante.ufjf.br

normalidade, HIV, hepatite B, hepatite C e citomegalovírus não reagentes, levantando nova hipótese diagnóstica de púrpura trombocitopênica idiopática. Persistido tratamento com corticoterapia, tendo a paciente recebido alta no 7º dia de internação, apresentando contagem de plaquetas de 24.400 cels/mm<sup>3</sup> e estabilidade do quadro. O diagnóstico da PTI é feito com base na exclusão. Dessa forma, primeiramente, devem ser descartados fatores que levariam à uma trombocitopenia “secundária”, como infecções por HIV e/ou HCV, vírus das Hepatites, doenças autoimunes como LES, neoplasias linfoproliferativas, além de uso abusivo de medicamentos, fato negado pela paciente. Para isso, foram solicitados uma bateria mínima de exames complementares, sendo eles: sorologia anti-HIV, sorologia anti-HCV, dosagem de FAN e sorologias para hepatites, assim como hemograma e coagulograma diariamente. Todas as sorologias apresentaram resultados não reagentes, dosagem de FAN dentro das referências, assim como leucograma sem alterações. Com relação ao tratamento, ele está indicado para todos os adultos que apresentam contagem de plaquetas abaixo de 30.000 cels/mm<sup>3</sup>, mesmo na ausência de sintomas, ou então quando o paciente apresenta hemorragia, independente da contagem de plaquetas. A base terapêutica consiste na corticoterapia, inicialmente prednisona, que pode ser associada à imunoglobulina humana intravenosa, dependendo da resposta do paciente. Segundo a literatura, a resposta aos corticóides costuma aparecer em torno de 3-5 dias. Observamos que as plaquetas da paciente começaram a se elevar no quarto dia de tratamento, tendo a paciente também apresentado melhora clínica das petéquias. Após permanecer em observação por mais três dias, apresentou crescente plaquetometria, tendo recebido alta com a melhora geral do quadro. A paciente foi orientada a seguir o desmame de prednisona em casa, com redução gradual da dosagem, assim como seguir acompanhamento com hematologista. **CONCLUSÃO** No caso exposto, apresentamos uma paciente adulta que manifestou um quadro de petéquias e hemoptise em decorrência da diminuição significativa de plaquetas que ocorre na PTI. Uma vez que o diagnóstico da doença em destaque é de exclusão, comumente são tomadas condutas diferentes da terapêutica necessária, que consiste na corticoterapia, com desmame fundamental para evitar recidivas. Portanto, é de suma importância se conhecer sobre a doença e seu tratamento, para que seja estabelecida a propedêutica correta, a fim de agilizar o diagnóstico inicial, promovendo uma terapia eficaz e melhora da morbimortalidade do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Púrpura, Trombocitopenia, Plaquetopenia, Hemofilia, Autoimune

<sup>1</sup> UFJF-GV, adrieledebortoli@hotmail.com  
<sup>2</sup> UFJF-GV, joalucas.guelber@estudante.ufjf.br  
<sup>3</sup> UFJF-GV, Giuliaisabelasilva@gmail.com  
<sup>4</sup> UFJF-GV, eugeniagnes@hotmail.com  
<sup>5</sup> UFJF-GV, raissa.tiradentes@estudante.ufjf.br