

Relato de caso

PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA GRAVE POR CITOMEGALOVÍRUS

Severe idiopathic thrombocytopenic purpura due to Cytomegalovirus

Leonardo Pessanha Cordeiro¹, Leticia de Almeida Velasco¹,
Juliana Fraga Soares¹, Marina Araujo Zulchner²

1 Egresso do Curso de Graduação em Medicina – Faculdade de Medicina de Campos
2 Residente de Angiologia – Hospital Universitário Pedro Ernesto

Autor correspondente: Marina Araujo Zulchner
Contato: marinazulchner@gmail.com

Palavras-chave:

Púrpura
Trombocitopênica
Idiopática.
Trombocitopenia.
Citomegalovírus

Keywords:

Idiopathic
thrombocytopenic
purpura.
Thrombocytopenia.
Cytomegalovirus.

RESUMO

A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma condição autoimune caracterizada pela destruição plaquetária mediada por anticorpos, com maior prevalência na faixa etária pediátrica. O diagnóstico é de exclusão, demonstrando plaquetopenia isolada e sinais clínicos, como equimoses, menorragia e gengivorragia. O presente artigo evidencia um caso de PTI associada à infecção por citomegalovírus em um homem de 64 anos. O exame inicial evidenciou uma trombocitopenia de $5.000 \times 10^3/\text{mm}^3$ e suas manifestações eram hematoma em palato e em fossa cubital direita, além de púrpuras em membros superiores, inferiores e abdome, além de episódios de melena, hematuria e epistaxe. O tratamento com imunoglobulina humana e corticoterapia foi efetivo, evoluindo com elevação da plaquetometria e redução dos hematomas. Visto que a plaquetopenia é uma alteração comum a diversas patologias, é necessário realizar o diagnóstico diferencial para que o tratamento seja iniciado o mais precoce possível de modo a evitar a evolução para quadros hemorrágicos graves.

ABSTRACT

Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) is an autoimmune condition characterized by antibody-mediated platelet destruction, with higher prevalence in the pediatric age group. The diagnosis is of exclusion, demonstrating isolated thrombocytopenia and clinical signs, such as ecchymosis, menorrhagia and gingivorragia. The present article highlights a case of ITP associated with cytomegalovirus infection in a 64-year-old man. His initial examination showed a thrombocytopenia of $5,000 \times 10^3/\text{mm}^3$ and his manifestations were hematoma on the palate and right cubital fossa, as well as purpura on the upper and lower limbs and abdomen, and episodes of melena, hematuria, and epistaxis. Treatment with human immunoglobulin and corticotherapy was effective, evolving with platelet elevation and reduction of hematomas. Since thrombocytopenia is a common alteration in several pathologies, it is necessary to make a differential diagnosis so that treatment can be started as early as possible to avoid the evolution to severe hemorrhagic conditions.

Recebido em:
03/03/2023

Aprovado em:
27/04/2023

Publicado em:
30/06/2023



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons. Os usuários têm permissão para copiar redistribuir os trabalhos por qualquer meio ou formato, e também para, tendo como base o seu conteúdo, reutilizar, transformar ou criar, com, propositos legais, até comerciais, desde que citada a fonte.

INTRODUÇÃO

A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma condição autoimune caracterizada pela destruição plaquetária mediada por anticorpos, que pode ser caracterizada em primária, causa desconhecida, ou secundária, precedida por algum gatilho imunológico¹, tal qual uma infecção viral, principalmente pelo vírus da hepatite C.

A PTI possui alta prevalência em crianças, com 3-8 casos a cada 100.000 crianças. Em adultos, sua prevalência é de 1,6-2,7 casos a cada 100.000 pessoas/ano, com uma leve predominância do sexo feminino². A prevalência da doença no Brasil é desconhecida. O diagnóstico é de exclusão, demonstrando plaquetopenia isolada e os sinais clínicos mais comuns, como equimoses, menorragia e gengivorragia¹.

Embora tenha curso benigno em crianças na grande maioria dos casos, a PTI apresenta maior risco de sangramentos severos e mortalidade quando atinge adultos associados à plaquetometria menor que $10.000 \times 10^3/\text{mm}^3$. O objetivo deste relato é descrever um episódio grave de PTI em paciente idoso, divergindo da faixa de prevalência e severidade dessa doença, com total remissão clínica.

DESCRIÇÃO DE CASO

Um homem de 64 anos procura atendimento médico devido à formação de hematoma em palato (Figura 1A) e em fossa cubital direita (Figura 1B), além de púrpuras em membros superiores, inferiores e abdome. Referia, ainda, episódios de melena, hematúria e epistaxe.

Ao exame físico, apresentava baço palpável a 3 cm do rebordo costal esquerdo por meio da manobra de Schuster. No dia anterior, havia sido puncionado em veia cubital direita para realização de exames de rotina.

Um hemograma inicial mostrou como única alteração uma trombocitopenia de $5.000 \times 10^3/\text{mm}^3$, sem alteração nos valores de hemácias e leucócitos e coagulograma também normal.

Recebeu 7 bolsas de plaquetas e 1000 mg de ácido tranexâmico e foi transferido para serviço terciário para seguimento.

Questionado sobre infecções ou vacinações recentes, o paciente relatou um quadro de odinofagia, tosse seca e febre há duas semanas com autorresolução. Em novo hemograma, demonstrou trombocitopenia de $3.000 \times 10^3/\text{mm}^3$. Diante do caso clínico e ausência de outros comemorativos, realizou-se dois dias de imunoglobulina humana e 4 dias de pulsoterapia com dexametasona, considerando o diagnóstico provável de PTI. No segundo dia de tratamento, não apresentava mais sangramento ativo, além de redução dos hematomas e púrpuras com plaquetometria de $26.000 \times 10^3/\text{mm}^3$. No último dia do ciclo, seguiu com melhora clínica e plaquetometria de $33.000 \times 10^3/\text{mm}^3$. Observando-se assim resposta satisfatória à prova terapêutica.

A pesquisa de fatores de gatilho para a PTI foi realizada com base em sorologias virais guiadas pela prevalência dos principais agentes relacionados à doença. O paciente apresentou amostras não reagentes para HIV (vírus da imunodeficiência humana) 1 e 2, além de IgM e IgG para EBV (Epstein Barr Virus), HBsAg, Anti-HBs e Anti-HCV também não reagentes. A sorologia de anticorpos para Citomegalovírus IgG e IgM foi reagente, 63,3 AU/mL e 5,06 AU/mL respectivamente. Foi mantido em enfermaria de clínica médica por mais 7 dias recebendo 70 mg de prednisona oral, tendo alta com redução importante dos hematomas (Figura 1C) e púrpuras, com plaquetometria de $99.000 \times 10^3/\text{mm}^3$. Foi encaminhado ao ambulatório de hematologia para acompanhamento e desmame de corticoterapia.

O artigo foi conduzido respeitando as diretrizes éticas da Declaração de Helsinque e recebeu aprovação pelo comitê, conforme protocolo CAAE 62714122.5.0000.5244. O número do parecer referente a essa aprovação é 5.876.544.

1A



1B



1C



Figura 1A. Aspecto inicial de hematoma importante em cavidade oral. **Figura 1B.** hematoma em fossa cubital direita. **Figura 1C.** Aspecto final do hematoma na alta hospitalar.

DESCRIÇÃO DE DISCUSSÃO

O caso relatado evidencia um quadro de PTI secundária a uma infecção viral por citomegalovírus e apresenta a peculiaridade de ter acometido um homem idoso, divergindo da faixa etária de maior prevalência². Além disso, o paciente manifestou hematúria e melena, sangramentos maciços menos frequentes na PTI, que demonstram maior gravidade e risco de sangramento em sistema nervoso central³. Em virtude da baixa plaquetometria ($<10.000 \times 10^3/\text{mm}^3$), o que também não é esperado na maioria dos casos, um tratamento mais intensivo foi necessário para atingir remissão clínica.

A corticoterapia é a principal forma de tratamento para pacientes com PTI, variando a dose conforme a gravidade clínica. No entanto, dados apontam que apenas 23% dos pacientes com PTI tratados com corticoides conseguem manter remissão clínica com plaquetometria normal após 6 meses⁴. Além disso, em pacientes idosos, o risco de efeitos adversos, como infecções e hiperglicemia, é maior e deve ser considerado quando for empregado⁵ o método de tratamento.

Idosos com PTI, quando comparados a crianças, tendem a apresentar mais complicações como *delirium*, injúrias renais e elevação de troponinas mesmo com valores comparativamente maiores de plaquetas. A mortalidade nesse grupo é maior principalmente no primeiro mês da doença, com risco gradativamente maior a cada 10 anos acima dos 60 anos de idade e na presença de comorbidades, como hipertensão e depressão^{6,7}.

A plaquetopenia é uma alteração comum a diversas doenças, incluindo enfermidades de maior prevalência, como a dengue. Já foi demonstrada também associações entre a infecção pelo vírus da dengue e quadros típicos de PTI semanas após a infecção viral⁸. Portanto, é necessário realizar o diagnóstico diferencial entre as diversas causas de plaquetopenia para iniciar o tratamento adequado o mais precoce possível de modo a evitar a evolução para quadros hemorrágicos graves.

REFERÊNCIAS

1. Garcia-Stivalet LA, Munoz-Flores A, Montiel-Jarquin AJ, Barragan-Hervella RG, Bejarano-Huertas R, Garcia-Carrasco M, et al. [Clinical analysis of 200 cases of idiopathic thrombocytopenic purpura]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52(3):322-5.
2. Abrahamson PE, Hall SA, Feudjo-Tepie M, Mitrani-Gold FS, Logie J. The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura among adults: a population-based study and literature review. *Eur J Haematol.* 2009;83(2):83-9.
3. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, Arnold DM, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood.* 2009;113(11):2386-93.
4. Provan D, Newland A. Fifty years of idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP): management of refractory itp in adults. *Br J Haematol.* 2002;118(4):933-44.
5. Andres E, Zimmer J, Noel E, Kaltenbach G, Koumariou A, Maloisel F. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a retrospective analysis in 139 patients of the influence of age on the response to corticosteroids, splenectomy and danazol. *Drugs Aging.* 2003;20(11):841-6.
6. Prevel R, Roubaud-Baudron C, Gourelain S, Jamme M, Peres K, Benhamou Y, et al. Immune thrombotic thrombocytopenic purpura in older patients: prognosis and long-term survival. *Blood.* 2019;134(24):2209-17.
7. Deford CC, Reese JA, Schwartz LH, Perdue JJ, Kremer Hovinga JA, Lammle B, et al. Multiple major morbidities and increased mortality during long-term follow-up after recovery from thrombotic thrombocytopenic purpura. *Blood.* 2013;122(12):2023-9; quiz 142.
8. Ramirez-Fonseca T, Segarra-Torres A, Jaume-Anselmi F, Ramirez-Rivera J. Dengue Fever: A Rare Cause Of Immune Thrombocytopenia. *Bol Asoc Med P R.* 2015;107(2):51-3.