



16º CONGRESSO BRASILEIRO
DE CLÍNICA MÉDICA 2021

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência

Campinas, SP - 08 a 11 de outubro/2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E ON-LINE

HEM  TERAPIA
NÚCLEO DE HEMATOLOGIA - HRSM

Anemia e plaquetopenia: o que o clínico não pode esquecer?

Lucas Rabelo Fernandes Leão¹; Elisa Caixeta Fallieri Nascimento²; Fernanda Alencastro²; Maria Inês Minardi²; Thatiane Gabriela Guimarães Pereira²

¹Médico e Responsável Técnico do Banco de Sangue do Hospital Regional de Santa Maria e professor do Centro Universitário de Brasília (UnICEUB); ²aluna de medicina do UnICEUB.

Introdução/Fundamentos

O conhecimento sobre o diagnóstico e tratamento da Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) é de extrema importância por ser uma emergência médica quase sempre fatal se não for implementado o tratamento precoce apropriado.

Objetivos

Abordar a análise de um relato de caso de PTT; Correlacionar a PTT com seus principais diagnósticos diferenciais.

Descrição do caso

Paciente, 26 anos, sexo feminino, previamente hígida, deu entrada no Hospital Regional de Santa Maria dia 04/05/2021 queixando-se de cefaleia holocraniana progressiva, tontura, hematomas em membros, hiporexia, vômitos e episódios de febre não aferida há 1 mês. Negou hematêmese e melena. O exame físico da admissão revelava paciente em regular estado geral, desidratada, hipocorada, afebril, dessaturada, com abdome doloroso e hepatoesplenomegalia. Hemograma prévio evidenciava uma anemia com leucocitose e plaquetopenia. Interrogou-se como hipótese diagnóstica dengue e leucemia, solicitou-se novos exames e uma hemotransfusão imediata. Os novos exames confirmaram a plaquetopenia e anemia com presença de esquizócitos, aumento de reticulócitos e da desidrogenase láctica, coombs direto negativo e testes rápido de dengue negativos. Perante tal bicitopenia com presença de esquizócitos interrogou-se a possibilidade de uma PTT, com escore PLASMIC de 7, evidenciando alto risco de atividade da ADAMTS13 inferior a 15%, realização de plasmáfereze imediata. Aguardou vaga em leito de UTI por 3 dias, sem acesso ao tratamento. Cinco dias após internação, paciente evoluiu com dispnéia, afasia, gemência e sialorréia, progredindo com convulsão seguida de uma parada cardiorrespiratória (PCR), sem resposta a protocolo de reanimação e evoluindo a óbito.

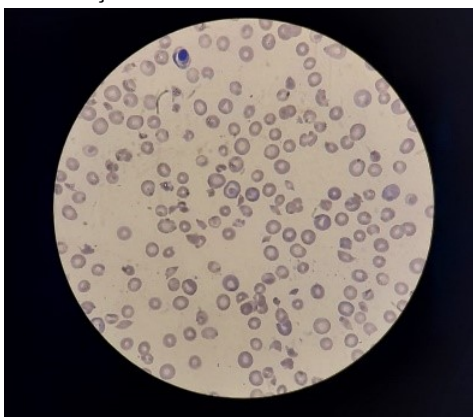


Figura 1. Esfregaço de sangue periférico evidenciando a presença de esquizócitos.

Conclusões/ Considerações finais

A PTT é uma microangiopatia causada por uma redução da atividade da protease ADAMTS 13, que cliva o fator de von Willebrand. A doença é caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, presença de esquizócitos e plaquetopenia. O diagnóstico é feito por meio do escore PLASMIC utilizando características clínicas e laboratoriais. O tratamento de urgência, se indicado, é iniciar o quanto antes a plasmáfereze. Antes de iniciar o tratamento precoce é essencial realizar o diagnóstico diferencial com a Síndrome Hemolítico Urêmica, a partir da alteração e na função renal; a Coagulação Intravascular Disseminada, por meio da alteração no coagulograma; e a Síndrome de Evans que apresenta teste de coombs positivo.

PLASMIC Score for TTP

Predicts ADAMTS13 deficiency in suspected thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) with high discrimination.

INSTRUCTIONS
Use in hospitalized adult inpatients with suspected thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) who might benefit from early initiation of plasma exchange while awaiting ADAMTS-13 results. Do not use in patients who have already undergone plasma exchange (i.e., intermediate and high risk groups, in whom therapeutic plasma exchange must be initiated immediately).

When to Use Pearls/Pitfalls Why Use

| | | |
|---|-------|--------|
| Platelet count <30 x 10 ⁹ /L | No 0 | Yes +1 |
| Hemolysis Reticulocyte count >2.5%, haptoglobin undetectable, or indirect bilirubin >2.0 mg/dL (34.2 µmol/L) | No 0 | Yes +1 |
| Active cancer Treated for cancer within the past year | No +1 | Yes 0 |
| History of solid-organ or stem-cell transplant | No +1 | Yes 0 |
| MCV <9.0 x 10 ¹⁵ L (<80 fL) | No 0 | Yes +1 |
| hgb <15 | No 0 | Yes +1 |
| Creatinine <2.0 mg/dL (175.8 µmol/L) | No 0 | Yes +1 |

7 points
PLASMIC Score
High risk
Risk group
72 %
Risk of severe ADAMTS13 deficiency (defined as ADAMTS13 activity level <15%)

Figura 2. Parâmetros do escore PLASMIC para predição de inatividade da ADAMTS13.

Referências Bibliográficas

- GEORGE, J. N.; CUKER, A. Acquired TTP: clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2018.
- GEORGE, James N.; CUKER, Adam. Acquired TTP: initial treatment. UpToDate. uptodate. com/contents/acquired-ttp-initial-treatment, p. 3-150, 2017.
- GEORGE, James N.; NESTER, Carla. Approach to the patient with suspected TTP, HUS, or other thrombotic microangiopathy (TMA). UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on December 02, 2017), 2017.
- KREMER HOVINGA, Johanna A.; GEORGE, James N. Hereditary thrombotic thrombocytopenic purpura. New England Journal of Medicine, v. 381, n. 17, p. 1653-1662, 2019.
- POLITO, Maria Goretti; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Microangiopatias trombóticas: púrpura trombocitopênica trombótica e síndrome hemolítico-urêmica. Brazilian Journal of Nephrology, v. 32, p. 303-315, 2010. <https://www.mdcalc.com/plasmic-score-ttp>

Autor principal: Lucas Rabelo Fernandes Leão - lucasrleao.cm@gmail.com