

## Considerações sôbre um caso de Púrpura Trombopenica

Pelo

*Dr. Mario Rangel Ballvé*

No dia 6 de Agosto de 1943, ao cair da tarde, uma moça tentava suicidar-se atirando-se do Viaduto Borges de Medeiros. Foi, entretanto, no último momento, obstada em suas intenções por dois cavalheiros que conseguiram tomá-la pelos cabelos, enquanto o corpo ficava baloçando no ar.

Um destes, era um conheido médio que, despreocupadamente, baixava pelo Viaduto após o seu trabalho diário.

Entregue a moça à Polícia, o médico, que chamaremos D. C., dirige-se para um dos cafés do centro da cidade, mas já então nota que suas mãos estavam cobertas de petéquias. Ao tomar seu cafézinho, sente pelo contáto da chícara nos lábios, uma aspereza nestes, ao mesmo tempo que, ao passar a língua sobre a abóboda palatina notou naquela uma saliência indolor.

Já em casa, procura examinar-se melhor diante de um espelho, e repara que seu corpo, principalmente nos membros superiores e inferiores e na face anterior do torax, achava-se coberto de manchas arredondadas, de côr vermelha escura e que não desapareciam pela pressão digital, amhem observou mácula na língua e no lábio inferior.

Melnor informados sobre o caso, soubemos que seu pai sofre arterite no membro inferior direito e que D. C. dele cuida durante toda a noite, ná um ano e seis meses, e fuma, por noite, uns trinta cigarros além dos que usa durante o dia. Sua mãe e quatro irmãs, são sadias.

D. C. já teve sarampo e sofre de anginas repetidas. Apresenta bom apetite, evacuação diária e diurése normal.

Pelo exame objetivo, constatamos tratar-se de um bio-típo anabólico médiolíneo, com facies atípica e bom estado de nutrição. As mucósas apresentavam-se normalmente coradas e nos tagumentos encontramos máculas e petéquias disseminadas pelos membros superiores e torax.

No aparelho digestivo constatamos amígdalas sépticas; dentes em bom estado de conservação. Abdomen flácido, depressível, indolor. Fígado em seus limites normais. Baço percufível na linha axilar anterior.

SINAL DE RUMPEL-LEEDE... positivo.

Nada mais encontramos, pelo exame objetivo, que seja digno de registro.

Em síntese, estamos diante de um caso em que, subitamente e sem causa aparente, surge, em um indivíduo até então sadio, uma síndrome hemorrágica que se manifesta, principalmente, nas mucósas e tegumentos.

Fóra de toda a dúvida, estamos em presença de uma diatese hemorrágica que precisamos caracterizar claramente para que possamos dar uma boa orientação terapêutica.

Não obstante o sexo do paciente, julgamos que somente pelo exame objetivo e a anamnese, podemos já, inicialmente, descartar a hemofilia. Esta aparece, o mais das vezes, após um traumatismo e não se manifesta, unicamente, por máculas e petéquias, mas, principalmente, por hematomas e sufusões sanguíneas de maior vulto. Além disso, com a idade que está o paciente, já há muito tempo que deveria ter notado si sofria ou não de hemorragias incoercíveis. Entretanto, pela primeira vez, atualmente, ele apresenta uma diatese hemorrágica.

Pelo mesmo motivo do sexo, afastamos a pseudo-hemofilia ou fibrinopenia, pois, se pelo nosso sexo masculino estamos sujeitos a herdar uma hemofilia, ele mesmo, entretanto, nos protege de uma fibrinopenia, também denominada hemofilia da mulher.

Podemos pensar também em uma púrpura de Schoenlein-Henoch ou peliöse reumática. Esta se caracteriza por erupções cutâneas eritematósas, papulósas ou urticariformes, sendo que estas últimas, de congestivas que são no início, podem posteriormente transformar-se em hemorrágicas; edemas duros, dolorosos, aumentam os lábios ou pálpebras, desfigurando a fisionomia, quando não se localizam nos membros. Como já diz o seu nome, surgem artralgiias e tumefação das articulações com febre, constituindo um quadro reumatóide. Outras vezes, a púrpura de Schoenlein-Henoch se inicia por um quadro abdominal agudo, que pode levar a um ato cirúrgico de urgência. Pela sintomatologia apresentada pela peliöse reumática, Glanzman denominou-a "púrpura anafilactóide", assimilando-a, assim, aos processos de natureza alérgica. Franú não a considera como uma diatese hemorrágica, simão como uma "diatese transudativa-cõsudativa", podendo ser hemorrágica facultativamente.

Voltando ao nosso caso, descartamos a púrpura de Schoenlein-Henoch, pois cremos que a sintomatologia do nosso paciente em nada se assemelha à acima descrita.

Resta-nos, agora, a púrpura hemorrágica de Werlhoff e as púrpuras secundárias.

Estas últimas podem ser afastadas porque são sempre sintomáticas de infecções, intoxicações, processos leucêmicos, o que não nos parece existir no caso que apresentamos.

Na purpura hemorrágica de Werlhoff, vamos encontrar erupções em forma de víbices, petéquias e máculas disseminadas pelos membros, tronco e mucósas. Às vezes, hemorragia nazal, gengival, e, na mulher, metrorragias. O baço, em geral, acha-se discretamente aumentado de volume.

Deixamos para mostrar mais adiante o quadro sanguíneo destas diversas púrpuras e, agora, passamos a expôr o resultado dos exames laboratoriais procedidos no nosso paciente:

TEMPO DE SANGRIA: 3,30" (3 minutos e 30 segundos)  
 TEMPO DE COAGULAÇÃO — no tubo: 12' (doze minutos)  
   na lâmina: 10' (dez minutos)  
 RETRAÇÃO DO COAGULO: pequena após 4 horas.

## HEMOGRAMA:

Eritrocitos .....	5.500.000	por mm <sup>3</sup>
Leucocitos .....	9.200	por mm <sup>3</sup>
Hemoglobina .....	110%	
Valor globular.....	1,0	

## Fórmula leucocitária:

Eosinófilos .....	4,5%
Basófilos .....	1 0%
Neutrófilos em bastão .....	2,5%
Neutrófilos segmentados .....	45,0%
Linfocitos .....	35,0%
Monocitos .....	12,0%
TROMBOCITOS (plaquetas) .	16.500

Resumindo o que encontramos até agora no nosso caso, temos: — Sinal de Rumpel-Leede positivo; trombopenia acentuadíssima; discreto aumento do tempo de coagulação no tubo e normal na lâmina; retração do coagulo muito demorada; discreta esplenomegalia.

Para uma boa utilização destes resultados laboratoriais em face do quadro clínico por nós apresentado, vejamos rapidamente como se manifestam as diversas púrpuras, pelo exame de sangue.

A diatéses hemorrágicas podem ser classificadas em: plasmopáticas; angiopáticas e trombopáticas.

Nas plasmopáticas encontramos, apenas, um grande aumento do tempo de sangria.

As angiopáticas caracterizam-se por apresentarem o sinal de RUMPEL-LEEDE, nitidamente positivo.

Nas trombopáticas, a perturbação principal radica na diminuição do número ou na perda da função das plaquetas, ocasionando, concomitantemente, todos os distúrbios devidos à trombopenia, como aumento do tempo de sangria e retardamento na retração do coágulo.

É perfeitamente claro que o nosso caso se enquadra no esquema das púrpuras trombopáticas. Nestas, encontramos também um sinal do laço positivo, devido não tanto a uma manifesta fragilidade do endotélio-vascular, mas sim a diminuição do número das plaquetas. Para obtermos uma positividade no sinal de Rumpel-Leede, foi necessário, no nosso caso, praticarmos um traumatismo sobre a veia comprimida pelo laço.

Não acreditamos, entretanto, que seja só e exclusivamente a diminuição do número e função das plaquetas, quando não existe lesão do endotélio-vascular, a explicação lógica para a positividade do sinal do laço.

Ao contrário, julgamos que deverá existir, necessariamente, uma lesão endotelial nos casos de sinal do laço positivo e afirmamos isso baseados num caso que vimos no qual se constatou uma cifra de 3.000 trombocitos (três mil plaquetas) e que não apresentava hemorragia e nem tinha o sinal do laço positivo.

Por outro lado, a escola de Guedlin considera a prova do laço positiva como uma deficiência em vitamina C e serve-se desta prova como um teste para fazer, posteriormente, um tratamento com esta vitamina.

Não haverá necessidade de fazermos, no nosso caso, diagnóstico diferencial entre as púrpuras trombopáticas por atrombia e as secundárias. Ora, em face das considerações já referidas, parece-nos não será difícil enquadrar nosso caso dentro da síndrome:

**PÚRPURA TROMBOPENICA ESSENCIAL**, também denominada: — *Morbus maculosus de Werlhoff e hemogenia*.

Poderíamos pensar que, devido a vida levada pelo paciente, fumando grandes quantidades de cigarros e passando as noites em claro, e o abalo emotivo sofrida pela tentativa de suicídio daquela moça, fossem causas suficientes para ocasionar uma púrpura. Entretanto, inclinamo-nos mais a pensar que estas situações não tiveram ação nenhuma ou o abalo emotivo serviu penas para despertar uma purpura, que, cedo ou tarde, surgiria por qualquer motivo.

Sobre a etiologia das diatéses purpúricas, quase nada conhecemos.

As discussões se travam no terreno da patogenia. Todo o problema se centraliza ao redor da diminuição do número de plaquetas. Franú, baseado em autópsias, sustentava que esta trombopenia é devida a uma aplasia do sistema plaquetopoiético da medúla óssea.

Outros investigadores, entretanto não comprovaram inteiramente os achados de Franú. Si bem é certo que, em alguns casos, se encontra uma aplasia megacariocítica medular, em grande número de outros dá-se o inverso e os achados revelam grande quantidade de megacariocitos. Parece, pois que existe uma paralisia da maturação das plaquetas, e o ponto cardinal das discussões gira ao redor disso. É muito frequente, nestes casos de púrpura, o aumento do baço e as hipóteses para explicar a paralisia megacariocítica medular baseiam-se sobre esta esplenomegalia.

aznelson admite que exista uma hiperfunção do baço, o qual teria, além de sua função eritrocitolítica, uma plaquetolítica. A explicação do fenômeno, para aquele autor, está em que a esplenectomia, nas púrpuras, provoca um aumento das plaquetas. Após muitas observações de purpúricos esplenectomizados comprovou-se que si em alguns casos as plaquetas aumentam e assim se conservam, em outros casos elas voltam a diminuir.

Franú lançou, então, a idéia de que ação do baço seria simplesmente frenadora da medula óssea, por intermédio de uma substância apropriada para tal fim.

Atualmente, pensa-se que nem todos os casos de trombopenia são iguais. Alguns são devidos a esta substância frenadora produzida pelo baço, e nestes a punção esternal revela grande quantidade de megacariocitos, indicando que realmente existe uma paralisia na passagem dos me-

gacariocitos medulares para o sangue periférico e neles a esplenectomia dá ótimos resultados. Em outros, entretanto, verificamos uma aplasia medular megacariocítica e nestes a esplenectomia nada produz. Por isso é que se aconselha, antes de a praticar, estudar a trombocitopoiése pela punção esternal.

TRATAMENTO — Iniciamos o tratamento do nosso paciente com cálcio e vitamina C em altas doses por via endovenosa. Os resultados foram compensadores pois no dia 25 de Agosto do mesmo ano, as plaquetas atingiam a cifra de 590.000 por mm<sup>3</sup>. Todo o quadro clínico purpúrico havia desaparecido.

Não consideramos, por isso, que ele esteja radicalmente curado, pois de sobejo sabemos que a hemogenia, passado o período agudo, pode se manifestar de maneira crônica, por crises cíclicas, levando até a esplenectomia si a punção esternal o permitir.

Além do cálcio e vitamina C, foram preconizadas as transfusões de sangue e ultimamente Fonio recomenda a transfusão exclusivamente de plaquetas. Também foram usados os coagulantes do tipo Clauden e Coaguleno.

Como últimos recursos, utilizaremos as irradiações radioterápicas do baço com grandes doses ou então a esplenectomia, estando esta sujeita, como já repeti ao bom funcionamento da trombocitopoiése, que se pode observar pela punção esternal.

#### ———— BIBLIOGRAFIA ————

- C. Jimenez Diaz — Lecciones de Patologia Médica, IV volume. — Editorial Científico Médica, Madrid, 1940.
- Solá e Manfredi — Púrpura trombocitopenica. El Día Médico, 6 de Julio de 1942.
- P. Scrimini — Púrpura hemorrágica crônica. El Día Médico, 24 de Janeiro de 1938.
- R. Bizzozero — El diagnóstico de las purpuras. El Día Médico, 8 de Janeiro de 1934.
- José I. Lobo — Patogenia e tratamento das doenças hemorrágicas — Archivos de Biología.
- A. Ceballos e H. Taubenschlag — Púrpuras hemorrágicas trombocitopenicas — Editor Aniceto López — Buenos Aires, 1935.