

# Sangramento uterino anormal em paciente com púrpura trombocitopênica idiopática crônica

## *Abnormal uterine bleeding in patient with idiopathic thrombocytopenic purpura*

William Schneider da Cruz Krettl<sup>1</sup>, Bruno Cunha da Mota<sup>2</sup>, Gustavo Henrique Alvarenga Andrade<sup>2</sup>, João Renato Viana Gontijo<sup>2</sup>, Jordão Sobreira Silva<sup>2</sup>, José Henrique de Magalhães Lopes<sup>2</sup>, Lamartine Gonçalves Lafetá Rabelo Filho<sup>2</sup>, Lucas Iglesias Brandão<sup>2</sup>, Leonardo Gomes Alves<sup>2</sup>, Rafael Porto Silva<sup>2</sup>

### RESUMO

A púrpura trombocitopenica idiopática (PTI) constitui-se em doença autoimune, hemorrágica, decorrente de autoanticorpos contra as plaquetas. O sangramento uterino anormal (SUA) é das queixas mais comuns em Ginecologia, atingindo todas as faixas etárias, e seu tratamento depende de sua causa de base, sendo uma delas a PTI. Este relato descreve a evolução de paciente com SUA, PTI e miomatose uterina, caracterizada por choque hemorrágico.

**Palavras-chave:** Púrpura Trombocitopênica Idiopática; Hemorragia Uterina; Trombocitopenia.

### ABSTRACT

*Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) is an autoimmune bleeding disorder in which an IgG autoantibody that binds to platelets is formed. Abnormal uterine bleeding (AUB) is one of the most common complaints in gynecology, affecting women in all age groups, and its proper treatment depends on its many root causes like ITP. We report a clinical case of a patient with PTI presenting with abnormal uterine bleeding. At admission, the patient was pale 3+/4+, and presented 80x60mmHg of blood pressure, with active abnormal uterine bleeding and increased uterine size. The results of the tests performed detected anemia, thickening of the uterine wall, and presence of fibroids. The patient received adequate medical treatment and improved. She was discharged and is on an outpatient treatment basis with appropriate follow-up. We try to emphasize the etiologies of AUB, even in the case described, which can overlap and complicate diagnosis as well as the appropriate course of action in each case.*

**Key words:** Idiopathic Thrombocytopenic Purpura; Uterine Hemorrhage; Thrombocytopenia.

## INTRODUÇÃO

A púrpura trombocitopenica idiopática (PTI) constitui-se em diátese hemorrágica em decorrência de autoanticorpos contra as plaquetas. Sua incidência antes dos 40 anos de idade é de 4:1, mulheres:homens.<sup>1</sup> Caracteriza-se, clinicamente, principalmente por provocar epistaxe, púrpura e sangramento uterino anormal (SUA).

O SUA é das queixas mais comuns em Ginecologia, atingindo todas as faixas etárias, associando-se a qualquer alteração no período menstrual, seja na frequência, duração ou quantidade de fluxo, bem como sangramento entre os ciclos. A he-

<sup>1</sup> Médico Obstetra, Preceptor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

*Instituição:*  
Departamento de Ginecologia e Obstetria da UFMG

*Endereço para correspondência:*  
Departamento de Ginecologia e Obstetria da UFMG  
Av. Prof. Alfredo Balena, 217 – sala 203  
Bairro: Santa Efigênia  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
CEP: 30130-100  
E-mail: gob@medicina.ufmg.br

morragia uterina, na pós-menopausa, é considerada anormal, exceto associada à terapia hormonal, em que se pode observar sangramentos, especialmente nos seis primeiros meses de tratamento.<sup>2</sup>

O tratamento da SUA depende de sua etiopatogenia e de fatores concomitantes como gravidez, alterações uterinas (leiomioma, pólipos), distúrbios hematológicos, hiperplasia endometrial e neoplasias. Doença orgânica associada à hemorragia não é identificável em 75% dos casos, sendo considerada disfuncional e relacionada a mecanismos endócrinos que regulam a menstruação.

O sangramento uterino importante pode determinar instabilidade hemodinâmica, sendo necessária transfusão de concentrado de hemácias. A curetagem ou Amiu podem ser realizadas para obtenção de biópsias de endométrio com o fim de estabelecer o diagnóstico. A histerectomia está indicada como último recurso. Esses procedimentos, realizados sob anestesia, implicam risco de sangramento e devem ser realizados após a transfusão de plaquetas.<sup>3</sup>

Este relato apresenta a evolução de SUA em paciente com PTI.

## RELATO DE CASO

Paciente de 52 anos de idade, casada, do lar, portadora de PTI, admitida no pronto-atendimento (PA) do Hospital das Clínicas (HC) da UFMG em 22 de agosto de 2011 devido a sangramento vaginal excessivo. Apresentou sangramento semelhante há 15 dias, quando iniciou o uso de prednisona 10 mg, ácido tranexâmico 2 g e antibioticoterapia. Obteve, nessa ocasião, melhora parcial, porém, duas semanas após, apresentou recidiva importante. Em sua admissão estava prostrada, hipocorada 3+/4+, com frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial sistêmica (PA) de 80/60 mmHg, abdome livre, normotenso, sem sinais de irritação peritoneal. O útero estava aumentado de tamanho, com consistência fibroelástica e, ao exame especular, constatou-se sangramento ativo e intenso.

Menarca aos 12 anos, ciclos menstruais atuais irregulares, tendo quatro filhos por partos vaginais, sem intercorrências obstétricas. O último exame citológico foi realizado há três anos e considerado normal. Ausência prévia de dismenorreia e metrorragia. Internou-se anteriormente, em hospital por três vezes devido a complicações da PTI, necessitando de hemotransfusão.

Os exames realizados na data da admissão mostravam: Hb: 7,5 g%, Ht: 23,7; VCM: 82,4, leucócitos globais: 5.700, plaquetas: 34.000 mm<sup>3</sup>. Foi aumentada a dose de ácido tranexâmico, solicitados B-hCG e coagulograma e prescritos sulfato ferroso terapêutico e hemotransfusão (300 mL de concentrado de hemácias). Foi submetida à ultrassonografia endovaginal, que evidenciou endométrio espessado (15,7 mm) e levemente heterogêneo, com miomatose uterina e aumento do volume uterino (miomas intramurais e subserosos) e cisto simples em ovário esquerdo.

A melhora ocorreu em 36 horas, com PA de 140/90 mmHg, permanecendo hipocorada e com sangramento vaginal persistente. Os novos exames apresentaram os seguintes resultados: Hb: 6,6, Ht: 20%, VCM: 82, leucócitos globais: 4980 mm<sup>3</sup>, plaquetas: 10.000 mm<sup>3</sup>, e B-hCG negativo. Foi indicada biópsia de endométrio por Amiu ou curetagem em caráter de urgência e prescrita dexametasona em altas doses e imunoglobulina. O procedimento foi suspenso devido à instabilidade clínica e à plaquetopenia importante, recebendo, no dia seguinte, mais 600 mL de concentrado de hemácias.

Houve significativa melhora clínica e redução do sangramento com as medidas adotadas e o hemograma e plaquetas passaram a ter valores adequados. Foi realizada histeroscopia com biópsia e, a seguir, recebeu alta com retorno para avaliação do resultado histopatológico.

## DISCUSSÃO

A abordagem a pacientes com sangramento uterino anormal depende de vários fatores, incluindo idade, gravidez, cronicidade, gravidade da hemorragia, comorbidades e uso de medicamentos. Possui várias etiologias e atinge todas as faixas etárias, sendo mais prevalente nos extremos da menacme. Deve-se sempre afastar gravidez, incluindo ectópica, e abortamentos. Associa-se, principalmente, a: câncer de endométrio, pólipos endometrial, hiperplasia de endométrio, mioma submucoso, adenomiose, hemorragia uterina disfuncional e discrasias sanguíneas, entre elas a PTI.

A PTI associa-se a aumento da tendência ao sangramento quando a contagem de plaquetas é inferior a 30.000 mm<sup>3</sup>.<sup>3</sup> O tratamento do sangramento vaginal agudo pode ser clínico ou cirúrgico. A abordagem

clínica deve ser indicada diante de condições hemodinâmicas estáveis e incluem: prednisona 1 mg/kg ou dexametasona 40 mg/dia e imunoglobulina endovenosa em pacientes não esplenectomizados, caso não seja obtida resposta satisfatória. Pode-se optar também pelo uso de antifibrinolíticos. Esses medicamentos atuam inibindo os ativadores do plasminogênio. Sabe-se que no endométrio em sangramento são encontrados altos níveis desses ativadores. Recomenda-se 1 g de 6/6 horas. Seu alto custo limita seu uso na prática clínica, assim como o receio de aumento da atividade trombótica.<sup>4</sup>

Neste caso, observou-se paciente hemodinamicamente instável e SUA, em que a realização de curetagem ou ablação endometrial requer a avaliação do risco de sangramento, e prescreveu-se transfusão de plaquetas diante de plaquetopenia grave. A histerec-tomia deve ser considerada última opção terapêutica.

Em pacientes com mais de 35 anos e com manifestações semelhantes às aqui descritas é necessário excluir a existência de câncer endometrial. A hiperplasia endometrial é causa importante de SUA na perimenopausa. A biópsia endometrial (por Amiu, curetagem ou preferencialmente por histeroscopia) é indispensável para o diagnóstico e planejamento do tratamento definitivo.

## CONCLUSÃO

O SUA constitui a associação de várias entidades nosológicas que devem ser identificadas, em especial a neoplasia. Todas as medidas terapêuticas dependem de abordagem perseverante para a elevação da contagem de plaquetas e a realização de medidas mais adequadas em cada situação clínica.

## REFERÊNCIAS

1. Rezende SM. Distúrbios da hemostasia: doenças hemorrágicas. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(4):534-53.
2. Janet R, Albers MD, Sharon K, Hall MD, Robert M, Wesley MA. Abnormal uterine bleeding. *Am Fam Physician*. 2004 Apr 15; 69(8):1915-26.
3. Hamani Y, Ben-Shachar I, Kalish Y, Porat S. Intrauterine balloon tamponade as a treatment for immune thrombocytopenic purpura-induced severe uterine bleeding. *Fertil Steril*. 2010; 94(2769):e13-e15.
4. Brasil. Ministério da Saúde. SAS/MS nº 715 de dezembro de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Púrpura Trombocitopênica Idiopática. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Dart R. Approach to vaginal bleeding in the emergency department. *Uptodate*. 2007 Jun 5. [Cited 2011 oct 12]. Available from: <http://www.uptodate.com>.