
Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI): relato de caso clínico em paciente jovem no município de Maringá-PR

RITA CRISTINA DA SILVA CARDOSO(UNINGÁ)¹
KELLER FRANCIELLI POSSO(G-UNINGÁ)²
TATIANE MESQUITA HENRIQUE (G-UNINGÁ)²

RESUMO

Este artigo relata o caso clínico de um paciente jovem portador de Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) internado em um hospital do município de Maringá-PR. Tendo como objetivo atender as exigências curriculares, aconteceu no decorrer do estágio da disciplina de Saúde do Adulto, e visou fazer um levantamento bibliográfico para posteriormente relacionarmos com os sinais e sintomas que o paciente apresentava. A metodologia utilizada foi através de uma entrevista semi-diretiva com o paciente, ainda no período de internação e para complementação dos dados foi feito levantamento do prontuário médico. A PTI tem uma causa exata desconhecida, onde há uma produção de anticorpos antiplaquetários, diminuindo a vida das plaquetas. A caso descrito provavelmente esta relacionado com a administração da vacina de Hepatite B, embora a literatura descreva que não há relação da doença na fase crônica com infecções virais prévias, mas há uma relação íntima com os fatores de alteração auto-imune.

Palavras-Chave: Púrpura. Doença auto-imune. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Púrpura Trombocitopênica Idiopática é resultante da destruição imunológica das plaquetas, caracterizada por freqüentes sangramentos de

¹Professora Especialista, Faculdade Ingá – UNINGÁ
e-mail: critacardoso@teracom.com.br

² Acadêmicas do Curso de Enfermagem, Faculdade Ingá-UNINGÁ

mucosas (gengivas e nariz), presença de sangue na urina, petéquias e menorragias em mulheres.

Aparentemente, acontece uma reação imunológica do organismo contra as linhagens de plaquetas (estruturas do sangue responsável pela coagulação sanguínea), os anticorpos que atacam as plaquetas são produzidos de forma que a sobrevivência das plaquetas fica muito diminuída (HARRINSON, 1984).

Observa-se o extravasamento de sangue fora dos vasos sanguíneos. Como a camada cutânea é levemente transparente, este sangue é então visto como uma camada roxa, seu tamanho é variado, conforme o volume de sangue extravasado. Se a quantidade de sangue extravasado for pequena recebe o nome de petéquias, e quando o extravasamento de sangue é maior com manchas maiores recebem a denominação de púrpura.

A taxa normal de plaquetas em nosso organismo varia de 150.000 a 400.000 por milímetros cúbicos, uma contagem de plaquetas inferior a 100.000 por milímetros cúbicos considera-se trombocitopênica (BOUNDY, 2004).

Existem duas formas de Púrpura Trombocitopênica Idiopática, a aguda e a crônica. A aguda é uma doença da infância, entre as idades de dois a seis anos e acometem ambos os sexos. Geralmente, existe uma história prévia de infecção viral ou por imunização com vacinas de vírus vivos, o início é súbito, com sintomas comuns de sangramento da cavidade oral, sangramento gastrointestinal e geniturinário, tendo um maior risco de hemorragia intracraniana.

Em 80% dos casos, não é necessário qualquer terapêutica, pois ocorrem remissões espontâneas entre duas a seis semanas. Já a PTI crônica acomete indivíduos adultos menores de 50 anos, em especial nas mulheres, não se relaciona com infecções prévias, tem relação íntima com distúrbios imunológicos, os sintomas são petéquias ocasionais, equimoses, sangramentos imediatos a traumatismos. O tratamento consiste em três modalidades terapêuticas: corticosteróides, imunossupressores e esplenectomia (NETTINA, 2003).

OBJETIVO

Fazer levantamento bibliográfico para posterior relação comparativa com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada foi através de uma entrevista semi-diretiva com o paciente previamente agendada ainda no período de internação e para complementação dos dados foi feito levantamento do prontuário médico.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

K.D.S., 24 anos de idade, residente no município de Maringá-PR, acadêmico do curso de Engenharia Mecânica da Universidade Estadual de Maringá, internado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maringá-PR, para a realização de procedimento cirúrgico Esplenectomia. Tem história de ser hipertenso, faz uso de medicamento (Losartan), obeso, sedentário, e que aproximadamente há um ano iniciou os sintomas como manchas nas pernas, hemorragia nasal e digestiva, sangramento urinário. Após realização de várias consultas médicas e exames laboratoriais, foi confirmado o diagnóstico de Púrpura Trombocitopênica Crônica. Durante a entrevista, o paciente nos informou que este quadro se apresentou após ter sido realizado a imunização para Hepatite B. Relata não ser fumante, possui vida sexual ativa, procura ingerir uma alimentação hipossódica devido à hipertensão e fazer acompanhamento no Ambulatório de Hematologia Dom Bosco de Maringá-PR, desde a confirmação do diagnóstico.

Tem como história familiar a morte de um irmão, aos 18 anos de idade por Insuficiência Renal, mesmo após realização de hemodiálise e transplante renal, o qual houve rejeição do enxerto, K.D.S. não soube nos dizer qual foi o diagnóstico de base, para que pudéssemos fazer relações com suas patologias.

No momento da internação apresentava o seguinte quadro clínico: esplenomegalia (o baço estava aumentado em aproximadamente três vezes), o número de plaquetas estava normal, pois houve um tratamento medicamentoso prévio para que as plaquetas se mantivessem normais, para evitar intercorrências hemorrágicas no período trans e pós-operatório, os medicamentos utilizados foram: Meticorten, Psicofosfamida, Imunoglobulinas e Azatioprina, hipertensão (controlada com medicamentos), manchas roxas nos membros inferiores e tórax anterior e posterior, edema de membros inferiores, hematúria, e muita ansiedade. Os medicamentos prescritos eram Omeprazol, Dipirona, Losartan, Captopril e Cipro.

DISCUSSÃO

A Púrpura Trombocitopênica Idiopática tem uma causa exata desconhecida, onde há uma produção de anticorpos antiplaquetários, de modo que a vida das plaquetas diminuem bastante.

O caso descrito provavelmente está relacionado com a administração da vacina de Hepatite B, embora a literatura descreva que não há relação da doença na fase crônica com infecções virais prévias, mas há uma relação íntima com os fatores de alteração auto-imune.

A evolução do paciente com esplenomegalia demonstra que não houve uma boa resposta ao tratamento medicamentos, visto que o paciente já há oito meses fazia uso de corticóides, controle do número de plaquetas com exames laboratoriais (sempre plaquetopenia).

A Esplenectomia é uma segunda tentativa para o controle da doença, utilizada em pacientes que não respondem a terapia com grandes doses de corticóides, pois o baço é o principal órgão que faz destruição plaquetária, e também é uma fonte rica em síntese de anticorpos antiplaqueta. (WYNGAARDEN, 1984)

Observamos, já nos primeiros dias de pós-operatório uma boa resposta do organismo de K.D.S., pois os exames laboratoriais demonstravam uma contagem de plaquetas dentro dos padrões de normalidades. Houve uma preocupação por parte da equipe médica, quanto ao controle de infecções oportunistas, visto que o paciente havia utilizado previamente doses de medicamentos imunossupressores.

Durante a nossa entrevista podemos constatar que K.D.S. por ser um paciente jovem, estudante, fazer parte do Ambulatório de Hematologia, tinha muito conhecimento sobre a doença, com relação ao tratamento que estava recebendo, quanto as possíveis complicações do pós-operatório (infecções, hemorragias). Quando entrávamos no quarto para a realização dos cuidados de enfermagem, o paciente nos perguntava se nós achávamos que estava bem, sempre muito preocupado com o fator febre e o aspecto de cicatrização da ferida operatória.

Outro ponto que sempre discutimos com o paciente enquanto educadores de saúde, estavam associados com o fator obesidade e hipertensão, visto que o paciente ainda é muito jovem para estar apresentado este quadro. A mãe sempre estava presente de acompanhante, e dizia que o filho era muito ansioso e que estava com um pouco de depressão devido todo este problema de saúde, e que muitas vezes sentia o filho muito triste e desanimado, perante isto, sentia muita vontade de comer e não tinha “coragem” para praticar qualquer atividade física.

A doença e a hospitalização de pacientes jovens geram conflitos que extrapolam a estrutura individual e familiar, visto que este indivíduo geralmente esta em sua melhor fase da produção e elaboração de planos para a projeção de uma vida futura. (COLOMBO, 2003)

Para nós acadêmicos de enfermagem foi muito importante à investigação do caso clínico de K.D.S., pois pudemos sentir o quanto o profissional de enfermagem deve ter conhecimento das fisiopatologias, dos sinais e sintomas, para que quando formos prestar assistência ao paciente, tenhamos segurança para a realização dos cuidados, passar informações corretas ao paciente, desta forma o mesmo terá confiança e tranquilidade com aqueles que estão lhe assistindo diretamente.

CONCLUSÃO

Concluindo, o paciente deste estudo é um paciente muito jovem, com escolaridade de nível médio completo, portanto com grau de conhecimento suficiente para compreender os fatores que podem agravar a doença, porém persiste a obesidade e sedentarismo. Atentamos também para a pouca resposta que o paciente apresentou as terapias medicamentosas, talvez há relação com momentos e situações de stress vividos por pessoas jovens adultas.

Para nós acadêmicos de enfermagem foi muito importante a investigação do caso clínico de K.D.S., pois podemos sentir o quanto o profissional de enfermagem deve ter conhecimento das fisiopatologias, dos sinais e sintomas, para que quando formos prestar a assistência ao paciente, tenhamos segurança para realização dos cuidados, passar informações corretas, e desta forma o mesmo terá confiança e tranquilidade com aqueles que estão lhe assistindo diretamente.

REFERÊNCIAS

BOUNDY, J. **Enfermagem médico cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004. p.805-810

COLOMBO, S. A. **A longevidade da adolescência**. Folha de São Paulo, São Paulo, 2 jan.2000. Caderno mais.

HARRISON. **Medicina interna**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. p. 2108-2114

NETTINA, S. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 338,863,864,1471

WYNGAARDEN, J. ; SMITH, L. **Tratado de medicina interna- Cecil**. 16. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. p. 994-1003.