

## PÚRPURA HEMORRÁGICA NA GRAVIDEZ (\*)

(ARTIGO DE REVISÃO)

DR. D. ANDREUCCI

Das hemopatias uma há — a púrpura hemorrágica trombocitopenica quando ocorre em gestante. É felizmente rara, trombocitopenica quando ocorre em gestante. É felizmente rara, pois na literatura estão registrados cerca de 80 casos (Long), o que nos autoriza a afirmar que à maioria dos parteiros não é dado observar caso algum. Talvez resida neste fato a pobreza de comentários nos tratados ou mesmo a ausência de referências a esta entidade. Hirst afirma “a púrpura hemorrágica pode ser rapidamente fatal na gravidez, que ela sempre compromete. A doença geralmente mata o feto antes de ser expulso e o óbito materno é quasi sempre devido à hemorragia do parto ou à sepsis”. Titus escreve “vi somente um caso de púrpura hemorrágica típica, em prenhez incipiente e estou impressionado pela possibilidade de que certos casos fulminantes de descolamento prematuro da placenta sejam devidos a esta rara ocorrência”.

A confusão reinante é grande. Kosmak propõe o diagnóstico diferencial com a hemofilia e o escorbuto. Seitz no Tratado de Döderlein afirma “a púrpura hemorrágica descrita na prenhez, deverá ser considerada como um sintoma”. Greenhill apresenta dois casos de púrpura hemorrágica, um dos quaes traz um quadro indiscutível de leucemia aguda — é evidente que a púrpura é fenómeno secundário resultante das muito alteradas condições do sangue. No caso de Hanot (in Ferroni) a púrpura foi concomitante com septicemia fatal por estreptococo com meningite purulenta.

(\*) Apresentado no “Curso de Especialização de Clínica Obstétrica e de Puericultura Neo-natal” em dezembro de 1945.

As opiniões anteriormente expostas, de forma alguma se associam, isto por não se definir o quadro da púrpura hemorrágica e suas modalidades. Desde os estudos de Duke, em 1910, tentou-se provar que a hemorragia e a púrpura num grupo grande de casos poderiam ser atribuídas à quasi completa ausência de plaquetas e fazendo estas pesquisas em indivíduos normaes e em pacientes com variadas doenças concluiu que este tipo de "diátese hemorrágica" tinha invariavelmente um reduzido número de plaquetas, sempre qu se observasse tendência ao sangramento. Assim passou a púrpura hemorrágica a ser qualificada de trombocitopênica, com os seguintes dados clínicos e laboratoriaes seguintes: 1.º tendência ao sangramento de quasi todos as tecidos; 2.º número de plaquetas muito reduzido; 3.º tempo de coagulação normal; 4.º tempo de sangramento prolongado — 10 a 90 minutos; 5.º coágulo não retrátil. Encarando as "púrpuras" sob o ponto de vista da concomitância com outros factos, existe o esquema de PRATT que tem alguma utilidade porque nos aponta a imensidade de quadros rotulados como tal: 1.º primária ou idiopática; 2.º das infecções agudas; 3.º das perturbações crônicas da nutrição; 4.º senil; 5.º tóxica; 6.º nervosa; 7.º mecânica. Na gravidez pode ocorrer qualquer uma destas formas com exclusão da senil. Nas nossas considerações deveríamos levar em conta a púrpura do primeiro grupo, dita primária, idiopática, essencial, trombocitopênica ou de Werlhof, pois as demais estão ligadas a quadros clínicos definidos.

Este critério rígido não é observado por todos os autores, pois muitos escreveram antes que o mesmo fosse estabelecido. A mais severa revisão do assunto foi feita por BURNETT e KLASS, que dos 80 casos relatados encontraram apenas registro de 68, excluindo 46 destes por serem duvidosos, 18 por serem de púrpura sintomática; conservaram 4 como sendo de púrpura idiopática essencial...

Já se alogou que a prenhez predispõe à púrpura. Não há evidência quanto a este ponto. Na gravidez não há desvio característico do normal no número de plaquetas e do aumento do tempo de sangramento, nem está diminuída a retractibilidade do coágulo, apesar das eventuaes provas fornecidas por tralhos modernos de ordem experimental em que se procura demonstrar a ação trombocitolítica dos estrógenos. Taes mudanças como são encontradas na prenhez podem ou não ter ligação com o factor desconhecido que há lugar à púrpura. Alguns casos mostraram pronto restabelecimento após o término da

gestação e em casos recidivantes (VIGNES e STIASSNIE) a púrpura só se manifestava durante a prenhez.

O quadro clínico da púrpura em gestante nos é dado por MOSHER, cuja descrição nos pareceu melhor: "A vítima é via de regra uma múltipara, variando sua idade entre os 22 e 35 anos. A paciente a princípio apresenta boa saúde e os antecedentes familiares podem ser negativos; suas prenhez anteriores foram normaes e cada uma terminou com o nascimento de um feto vivo, de termo, sadio. A presente gravidez pode ter sido normal ou pode ter sofrido metrorragias de suficiente monta para atrair a atenção quando a mulher percebeu estar novamente grávida. O início da prenhez não foi marcado por nenhum acidente grave. Por este tempo ela algumas vezes notou um cheiro peculiar que parece ter origem em fermentações do tubo gastro-intestinal. Por todos os dados ela está gozando boa saúde e a gestação não mostra sinais alarmantes até o 6.º ou 7.º mez, quando experimenta um vago mal estar, e perde apetite e se queixa de cefaléias; tem palpitações e perturbações gastro-intestinaes que se tornam cada vez mais accentuadas. Algum tempo mais tarde aparecem pontos hemorrágicos na pele, petéuicas que são a princípio discretas mas mais tarde tornam-se confluentes. Estes pontos em geral surgem em "poussées" repetidas. A doente percebe que suas gengivas estão tumefeitas e dolorosas e começam a sangrar; a epistaxis torna-se incomodativa, muitas vezes existindo uma diarréia persistente. A paciente procura um médico que constata um feto vivo mas a doente está com púrpura hemorrágica de caracter grave. Ela se apresenta pálida e deprimida, com respiração curta embora nada de anormal se encontre no coração, pulmões ou outros órgãos. A tensão arterial é normal, o pulso rápido correspondendo à ligeira febre. Geralmente a urina contem traços de albumina. A doente pode melhorar mas o inverso é a regra. Hemorragias das superficies mucosas são frequentes. A paciente sangra pelo nariz, boca, bexiga e recto tornando-se rapidamente anêmica e exausta, não abandonando mais o leito. As hemorragias aumentam de todas as superficies mucosas e a temperatura sobe. Entra rapidamente em trabalho sem grande sofrimento, dá à luz normalmente e às vezes começa a melhorar; muitas vezes contudo, morre algumas horas ou dias após, porque por alguma razão o organismo não pode se restabelecer após a expulsão do fructo da concepção".

As primeiras 33 observações foram colectadas por FERRONI e apresentadas em 1903, num estudo exaustivo em que reuniu toda a bibliografia até essa data. Nestes últimos quarenta anos a literatura se enriqueceu de algumas dezenas de casos mais, sem que nossos conhecimentos sobre sua causa e sobre a repercussão sobre o feto em casos de púrpura se tenham esclarecido.

Compulsando a bibliografia observamos uma gama na gravidade da repercussão da púrpura sobre o feto. Assim no caso de RODECOURT o feto apresentou-se com púrpura sem que a mãe mostrasse sinais clínicos, embora se constatasse diminuição acentuada no número de plaquetas. No caso de LIEBLING a mulher e o feto apresentaram púrpura, porém ambos evoluíram satisfatoriamente o mesmo se dando no caso de DAVIDSON. No caso relatado por HOTTENSTEIN e KLINGMAN a paciente morreu enquanto que o feto, extraído a fórceps mostrou-se normal. SAUSSURE e TOWNSEND publicaram um caso em que ocorreu a morte do feto numa gestante portadora de púrpura. Há casos em que um factor tóxico exógeno parece estar em jogo, assim o caso de POSNER em que o parto foi induzido pelo quinino, embora o teste para essa substância tenha sido negativo, observou-se uma redução acentuada no número de plaquetas tanto no sangue materno como no do recém-nascido; fato semelhante se observa no relato de ISRAEL e WINSON, aqui ligado ao hipertiroidismo pois tratava-se de paciente hipertiroidiana com prenhez dupla e ambos os fetos sucumbiram. CONTI em 1933, relatou um caso dramático em que a mãe e o recém-nascido morreram com púrpura; recusara-se a mulher submeter-se à esplenectomia. WITNEY e BARRITT observaram um caso curioso; uma mulher durante sua adolescência sofreu uma esplenectomia por púrpura hemorrágica, passando bem. Esta paciente anos após perdeu em duas prenhezess sucessivas dois filhos que nasceram com púrpura.

Na falta de conhecimento quanto à causa da púrpura o tratamento é sintomático. A deficiência de trombocitos pode diminuir graças a transfusões repetidas. O efeito é temporário mas pode ser o suficiente para fazer a paciente ultrapassar uma possível crise até que o poder de recuperação esteja restabelecido. Sempre que feito o diagnóstico está indicada, nos casos graves, a esplenectomia e já estão registrados alguns resultados desta terapêutica. POLOWE em 1944, procedeu à esple-

nectomia numa gestante no 8.º mez, portadora de púrpura idiópática, seguindo-se um mez após parto normal com evolução satisfatória. BERNSTEIN, NEUMANN e HITZIG procederam à esplenectomia numa gestante e observaram a remissão dos sintomas; o parto deu-se prematuramente, morrendo o feto embora este não apresentasse sinais hematológicos ou clínicos de púrpura.

(Esplenectomias em gestantes, foram praticadas por outras indicações, desde ha muito tempo. Sutton já em 1901 levará a efeito por prolapso de baço, etc.)

Não nos é possível chegar a conclusões satisfatorias quanto á interrupção artificial da prenhez, porque o numero de casos é muito escasso, e escassa é a documentação da maioria deles. Pelo menos presentemente, parece que os beneficios possíveis de um esvaziamento uterino não compensam o aumento dos riscos de hemorragia. De qualquer forma que a prenhez termine deverão ser tomadas precauções para transfusão imediata e a doente deverá ser vigiada cuidadosamente durante a primeira semana de puerperio. Ha 44 casos nos quaes o resultado final para a mãe foi relatado, destas 26 sucumbiram e 18 salvaram-se. Dos 42 recém-nascidos cujas condições são conhecidas 27 morreram e 15 sobreviveram.

### CONCLUSÕES

- 1.º — Não existem elementos para afirmarmos que todos os casos registrados como pertencendo a esta entidade, o sejam.
- 2.º — As repercussões sobre o organismo fetal são inconstantes na intensidade e na repetição do quadro clinico.
- 3.º — Parece não oferecer vantagens o esvaziamento uterino.
- 4.º — Embora todas as terapeuticas propostas terem falhado dois metodos merecem atenção: as transfusões de sangue e as esplenectomias.
- 5.º) — A remissão espontanea dos sintomas e recidivas durante prenhezes sucessivas já foram observadas.

**BIBLIOGRAFIA**

- Bernstein, Neumann e Hitzig — *Am. J. Obst. & Gyn* — 38: 321-27; 1939.  
Burnett e Klass — *J. of Obst. & Gyn. Brit. Emp.* — 50: 583; 1943.  
Christian, A. H. — *J. A. M. A.* — 69: 325; 29; 1917.  
Conti, F. — *Razegna internaz. di clin. e terap.* 14: 450-1; 1933.  
(in Saussure & Townsend).  
Davidson — in Wittney & Barritt.  
DUke, W. W. — *Arch. Int. Med.* — 10: 445-71; 1912.  
Duke, W. W. — *J. A. M. A.* — 55: 1185-92; 1910.  
Finn, W. — *Am. J. Obst. & Gyn* — 48: 497-509; 1944.  
Greenhill, J. P. — *Surg. Gyn. & Obst.* — 36: 584; 1923.  
Hirst — *A text book of obstetrics* — Ed. 1918.  
Hottenstein & Klingmann — *Am. J. Obst. & Gyn.* — 13: 375-8; 1927.  
Israël, L. S. & Winson, S. G. — 42: 157-159; 1941.  
Kosmak — *A text book of obstetrics* — 1918.  
Liebling, P. — *Am. J. Obst. & Gyn.* — 11: 847-50; 1926.  
Long — in Finn.  
Minot, Ge — *Am. J. Med. Sci.* — 152: 46; 1916.  
Mosher, G. C. — *Surg. Gyn. & Obst.* — 36: 502-7; 1923.  
Polwe, D. — *J. A. M. A.* — 124: 771-3; 1944.  
Posner, C. A. — *Am J. Obst. & Gyn.* — 34: 155-8; 1937.  
Rodecourt, M. — *Zentralbl. f. Gynäk.* — 52: 241-4; 1928.  
Saussure, S. de & Townsend, E. W. — *Am J. Obst. & Gyn* — 29: 597-9; 1935.  
Sutton, J. B. — *Lancet* — 1: 382, 452 e 529; 1901.  
Titus, P. — *The management of obstetrics difficulties* — Ed. 1940.  
Vignes e Stiassnie — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.* — 19: 211; 1921.  
Wittney, L. H. & Barritt, A. S. — *Am. J. Dis. Children* — 64: 705-13; 1942.  
Ferroni, E. — *Annali. de Ostet. e Gin.* — 1903.