

Relato de Caso

Angioplastia Transluminal Coronariana em Portador de Púrpura Trombocitopênica Idiopática

Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty in a Patient with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura

Luis Gustavo M. Marques, Murillo Kenji Furukawa, Thenyson Pereira Leitão, José Luis A. Quiñones, Fernando César de Queiroz, Rogerio Felipe Tiossi, Virgílio Ribeiro Franco Jr, Carlos Eduardo M. Domingues, Decio Salvadori Jr
São Paulo, SP

A associação entre a doença arterial coronariana e a púrpura trombocitopênica é rara e implica em algumas dificuldades quando a revascularização se faz necessária. Relatamos um caso dessa associação, com importante comprometimento coronariano, tratado percutaneamente com o implante de *stent*.

The association between coronary heart disease and thrombocytopenic purpura is rare and poses some difficulties when myocardial revascularization is necessary. We report a case with this association and significant coronary impairment, which was percutaneously treated with stent implantation.

A púrpura trombocitopênica Idiopática, também conhecida como doença de Werlhof, tem incidência rara na população geral. Ocorre em todas as faixas etárias, nas formas aguda e crônica. As crianças apresentam, predominantemente, a forma aguda, com o acometimento equalizado de ambos os sexos. Já os adultos apresentam, principalmente, a forma crônica, com maior incidência no sexo feminino (3:1)¹. Ambas as formas têm como fisiopatologia a produção de anticorpos anti-plaquetas, usualmente da classe IgG, levando à destruição acelerada das plaquetas pelo sistema retículo-endotelial.

A associação da púrpura com a doença arterial coronariana também é rara. Relatamos um caso de associação entre essas duas doenças, tratado percutaneamente, com o implante de dois *stents* intracoronarianos.

Relato do caso

Homem de 54 anos, relatando dor precordial típica associada a dispnéia, com início há cerca de 4 meses, associada a médios esforços, com piora rápida e, a uma semana da internação, apresentando-se com dor a pequenos esforços e mesmo em repouso.

Como antecedentes relatava ser hipertenso e diabético, em uso de captopril – 75 mg/d e de glibenclamida – 10 mg/d. Referia também ser portador de púrpura trombocitopênica, sendo acompanhado, regularmente, por hematologista de sua cidade e fazendo uso de prednisona – 60 mg/d, não apresentando sangramentos

patológicos nos últimos meses. Negava antecedentes familiares de doença arterial coronariana, tabagismo ou hipercolesterolemia.

Ainda em sua cidade, foi submetido a cinecoronariografia que mostrou circulação coronariana de dominância esquerda com lesões graves nas artérias descendente anterior (DA), circunflexa (CX) e no ramo primeiro marginal esquerdo (ME-1) (fig. 1). Notadamente, apresentava ainda origem anômala da artéria coronária direita (CD) no terço proximal da DA, junto à lesão dessa artéria, estando a própria CD com lesão importante na sua origem.

O paciente foi encaminhado para a realização de cirurgia de revascularização do miocárdio. À admissão, o hemograma mostrou Hb de 10,4 g/dl, Ht de 28,8% e plaquetopenia acentuada com 8.000 plaq/mm³. Não havia outras alterações laboratoriais dignas de nota.

O caso foi avaliado pela hematologia, que tratou, primeiramente a anemia e a plaquetopenia, iniciando também a administração de metil-prednisolona e imunoglobulina e orientando a realização da cirurgia, somente após a obtenção de pelo menos 90.000 plaq/mm³. Entretanto, mesmo após várias transfusões ao longo de 20 dias, atingiu-se um máximo de 86.000 plaq/mm³ (fig. 2). Nesse período houve piora importante do quadro anginoso, sendo necessária a transferência para Unidade Coronariana e uso de altas doses de nitroglicerina EV (Tridil®). Como não obtivesse melhora da concentração de plaquetas, foi solicitada avaliação da cardiologia intervencionista com vistas à realização de angioplastia transluminal coronariana.

O eletrocardiograma prévio mostrava ritmo sinusal, com alterações difusas e inespecíficas da repolarização ventricular.

O paciente foi então submetido a dissecação da artéria braquial direita, decorrida sem incidentes. No dia do procedimento o paciente apresentava uma contagem de 15.000 plaq/mm³. Após a dissecação da artéria braquial foi administrada heparina EV na dose de 70 U/Kg e utilizado um cateter-guia modelo *Wiseguide*TM FL

Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência - São Paulo
Endereço para correspondência: Murillo Kenji Furukawa
Rua Haddock Lobo, 1459/102 - Cep 01414-003 - São Paulo, SP
E-mail: mkenji@cardiol.br
Enviado em 30/04/2004 - Aceito em 03/08/2004

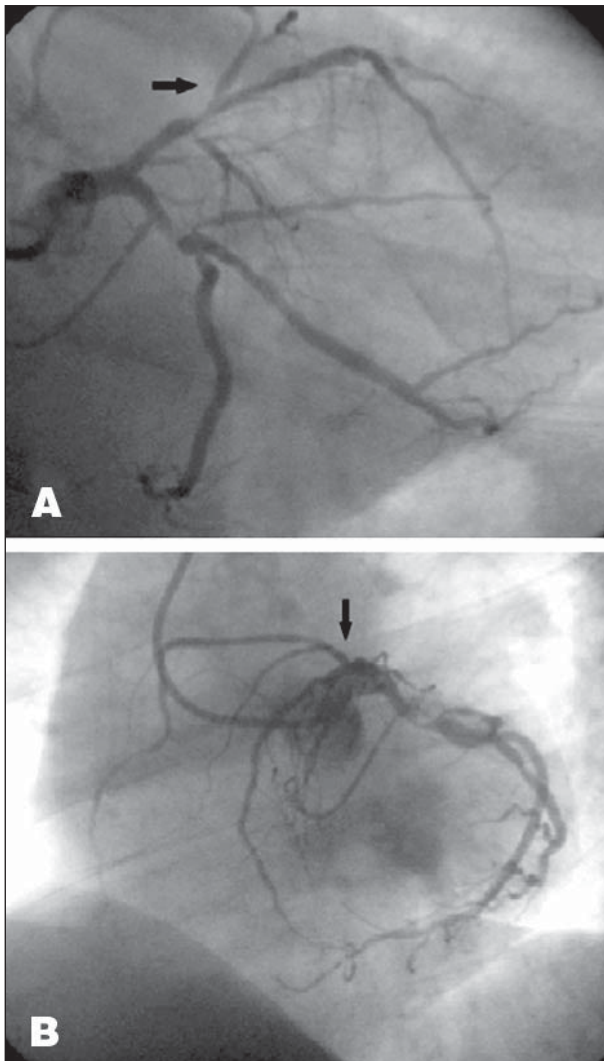


Fig. 1 - A - vista em OAD caudal da CE; B - vista em OAE da CE. As setas mostram a origem anômala da CD.

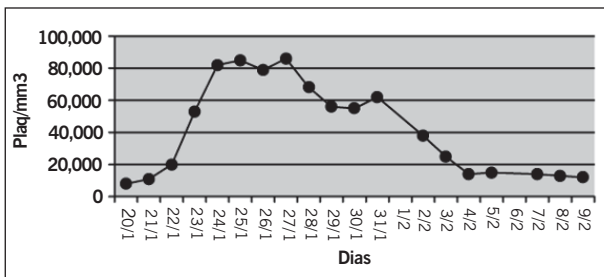


Fig. 2 - Evolução da concentração de plaquetas durante a internação.

3,5 SH - 6F e uma corda-guia 0,014" - 182 cm modelo *Choice PT Extra Support™* (ambos da *Boston Scientific - SCIMED*). Inicialmente, abordou-se a lesão da artéria CX, ultrapassada sem dificuldades pela corda-guia. A seguir, implantou-se, de forma direta, um *stent* modelo *Driver-RX 3,5x15 mm (Medtronic AVE)*, liberado com 12 atm. Redirecionou-se, então, a corda-guia para a artéria DA, novamente passando-se a lesão sem grandes dificuldades. Implantou-se, também de forma direta, outro *stent* modelo *Driver-RX*, desta vez 3,5x18 mm, com 14 atm, obtendo-se bom resultado final (fig. 3). A despeito da CD originar-se de forma anômala junto à DA e do ramo primeiro marginal esquerdo, por

sua vez, originar-se junto à lesão da CX, não houve oclusão de nenhum deles. Notou-se uma diminuição importante do fluxo na CD (TIMI I) sem, entretanto, a ocorrência de dor precordial ou instabilidade hemodinâmica.

Após a constatação de resultado satisfatório em ambas as artérias tratadas, encerrou-se o procedimento. A artéria braquial foi suturada com um fio prolene 6-0, não se observando a ocorrência posterior de sangramentos ou hematomas.

No seguimento intra-hospitalar, o paciente apresentou boa evolução, com melhora do quadro anginoso. A CKMB pré-ATC era de 42 U/l, havendo normalização já nas primeiras 24h (fig. 4). O eletrocardiograma pós-ATC não mostrou alterações em relação ao pré-ATC.

Embora o grupo de hematologia não aconselhasse a utilização de anti-plaquetários, optou-se, em comum acordo, administrar enoxaparina por via subcutânea na dose de 1 mg/kg/dia durante o período hospitalar. Entretanto, nas primeiras 24h após o início da administração da droga houve 3 episódios de epistaxe, e nova contagem de plaquetas revelou a concentração de 11.000/mm³. A enoxaparina foi suspensa e o paciente mantido sem qualquer tipo de heparina ou anti-plaquetário. Dois dias após, recebeu alta hospitalar, evoluindo sem precordialgia ou sangramentos. Recebeu orientação de controle rigoroso com o hematologista de sua cidade, sendo-lhe solicitado a liberação de pelo menos um antiagregante, assim que se verificasse valores de concentração plaquetária que permitissem a utilização de tais drogas.

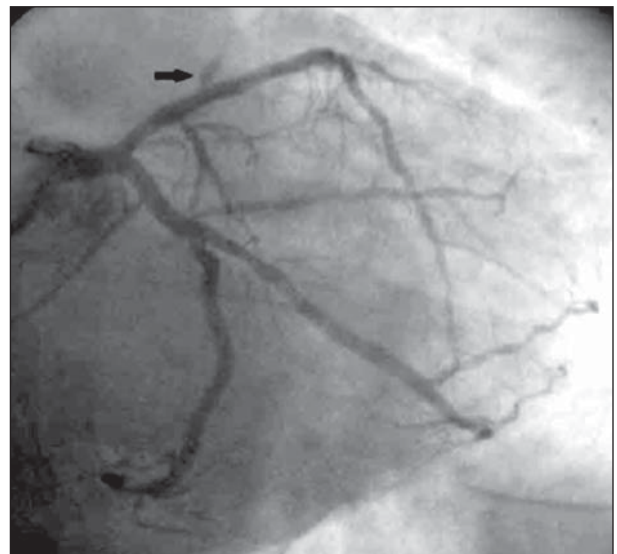


Fig. 3 - CE em OAD caudal pós-ATC; a seta mostra a diminuição do fluxo na CD.

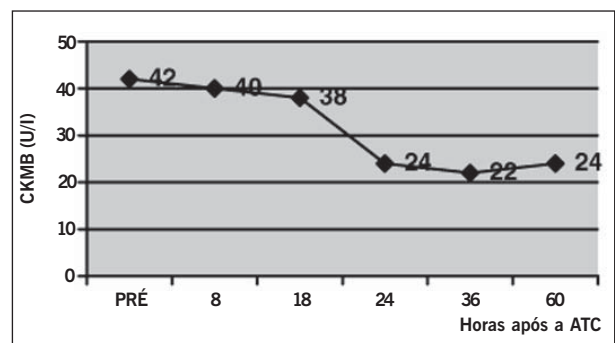


Fig. 4 - Curva dos valores de CKMB (VN: até 25 U/l).



Em reavaliação telefônica recente, 4 meses após o procedimento, o paciente apresenta-se sem angina. Durante esse período não iniciou o uso de qualquer droga antiplaquetária, por recomendação de seu hematologista, devido à persistência da plaquetopenia acentuada e atingiu um máximo de 20.000 plq/mm³, sendo a maioria dos valores inferiores a 10.000; última contagem em 22/06/04 mostrava 3.000 plq/mm³. Continua sob uso de corticóides e imunoglobulinas, aguardando melhora para ser submetido a esplenectomia. Faz uso ainda de captopril - 50 mg/dl, atenolol - 100 mg/d e mononitrato de isossorbida - 30 mg/d.

Discussão

A púrpura trombocitopênica idiopática tem incidência rara. Levantamento realizado no Japão mostra uma prevalência de 15,5 casos ao ano para cada 100.000 indivíduos². A associação entre a doença arterial coronariana e a púrpura também é rara, e relatos na literatura mostram boa evolução desse quadro, quando é possível se elevar, adequadamente, a concentração plaquetária e submeter o paciente a revascularização cirúrgica^{3,4}.

No caso descrito, observamos uma forma agressiva dessa doença, associada a grave doença coronariana obstrutiva. Uma possível explicação para a acentuada plaquetopenia, com inexpressiva resposta terapêutica, pode ser a concomitância de importantes níveis de estresse, gerados pela precordialgia e pela iminência de uma cirurgia de grande porte.

Embora dispuséssemos de sistemas para a hemostasia do local de punção femoral (do tipo *Perclose - AbbotVascular Devices*), consideramos a possibilidade da ocorrência de acidentes durante a punção da artéria, que acarretaria, diante de níveis tão baixos de concentração plaquetária, complicações hemorrágicas antes mesmo de se iniciar o procedimento intervencionista. Não utilizamos a abordagem radial por não dispormos do material necessário, além da falta de experiência de nosso grupo com essa técnica. Optamos, então, pela dissecação da artéria braquial direita, o que permitiu visualização direta da artéria e melhor controle da hemostasia. Embora o paciente já tivesse sido submetido previamente a cinecoronariografia por essa técnica, observamos que a artéria braquial encontrava-se facilmente palpável acima da primeira incisão e sem diminuição do pulso radial.

Apesar do paciente apresentar-se com plaquetopenia importante, consideramos prudente a utilização, pelo menos, da enoxaparina, já que foram implantados dois *stents* na DA e na CX, que por sua vez eram dominantes. Entretanto, a ocorrência do sangramento (epistaxe) impôs a retirada dessa droga, e o paciente foi mantido sem qualquer tipo de heparina ou antiplaquetário.

Observação importante deve ser feita com relação à introdução de algum antiagregante plaquetário assim que possível. Fuchi e cols.⁵ realizaram uma angioplastia transluminal coronariana primária em portador de púrpura trombocitopênica idiopática e com quadro de infarto agudo do miocárdio, onde se observou suboclusão da artéria DA no seu terço proximal e outra lesão, de 50%, no terço médio. Embora a angioplastia transluminal coronariana da lesão proximal tenha sido realizada com sucesso, a paciente desenvolveu, 9h depois, novo episódio de infarto agudo do miocárdio com oclusão no terço médio da DA junto à lesão de 50%. Os autores consideraram a possibilidade de ter havido lesão iatrogênica pela corda-guia durante a primeira angioplastia transluminal coronariana, associada a um aumento da viscosidade sanguínea causado pelo contraste e pela reposição das plaquetas. Ressaltaram a importância de se realizar as transfusões com cuidado, atendo-se ao mínimo necessário, a fim de evitar complicações trombogênicas após a angioplastia transluminal coronariana nesses portadores de púrpura trombocitopênica.

No nosso caso foi solicitado acompanhamento rigoroso pelo hematologista, com a introdução de pelo menos alguma droga antiagregante assim que se obtivesse concentrações aceitáveis de plaquetas, mantendo-se por um período mínimo suficiente para permitir a endotelização dos *stents*.

Nos casos de associação entre a púrpura trombocitopênica e a doença arterial coronariana, a angioplastia transluminal coronariana com o implante de *stents* apresenta-se como opção terapêutica atraente. Além de constituir método, comprovadamente eficaz, a introdução de técnicas mais recentes, notadamente a abordagem radial, torna o procedimento mais seguro para pacientes com essa associação, expondo-os a trauma mínimo e com excelente controle da hemostasia. Como precaução, chamamos a atenção para o controle hematológico rigoroso, de forma a balancear os níveis de concentração plaquetária e o uso dos antiagregantes, tendo como objetivo evitar a ocorrência de complicações trombóticas.

Referências

1. Burns TR, Saleem A. Idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Med* 1983; 75: 1001-7.
2. Oda K, Fujimura K, Kuramoto A. ITP (Idiopathic Thrombocytopenic Purpura). *Nitijo Shinryo To Ketsueki* 1995; 5: 25-30.
3. Mathew TC, Vasudevan R, Leb L et al. Coronary artery bypass grafting in immune thrombocytopenic purpura. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 1059-62.
4. Thompson LD, Cohen AJ, Edwards FH, Barry MJ. Coronary artery bypass in idiopathic thrombocytopenia without splenectomy. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: 721-2.
5. Fuchi T, Kondo T, Sase K et al. Primary Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty Performed for Acute Myocardial Infarction in a Patient With Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. *Jpn Circ J* 1999; 63: 133-6.