

Quais são as causas de trombocitopenia na gestação e qual a conduta recomendada?

Data: 21 Mar 2019

Solicitante: Médico

Área Temática: Apoio ao Diagnóstico

DeCS: Trombocitopenia, Gestantes

Trombocitopenia gestacional (TG) é a causa mais comum de plaquetopenia durante a gestação, aparece principalmente no terceiro trimestre, é assintomática e a contagem de plaquetas é acima de 100 mil em 99% dos casos. TG é secundária a alterações fisiológicas da gravidez e não aumenta o risco de desfechos desfavoráveis para mãe ou feto, nem o risco de sangramento durante o parto.

Outras causas de plaquetopenia relacionadas à gestação geralmente cursam com contagem de plaquetas < 100 mil e incluem pré-eclâmpsia, síndrome HELLP, fígado gorduroso da gravidez e coagulação intravascular disseminada. Além disso, outras etiologias possíveis são condições não relacionadas à gestação, como trombocitopenia autoimune, hepatites, HIV, infecções virais e bacterianas, uso de medicamentos, deficiências nutricionais, síndrome antifosfolipídica, mielodisplasia, etc.

Conduta

Mulheres com contagem de plaquetas <100.000 céls/mm³ devem ser investigadas para uma etiologia diferente de trombocitopenia gestacional (quadro 1) e encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco (não é necessário aguardar resultado de exames).

Gestantes com contagem de plaquetas entre 100.000 e 150.000 céls/mm³, em qualquer momento durante a gravidez, provavelmente têm TG e não necessitam de investigação adicional, a menos que outros fatores estejam presentes (trombocitopenia prévia à gravidez ou outros diagnósticos prováveis, como pré-eclâmpsia). Nestas gestantes com plaquetopenia leve, que permanecem no pré-natal de baixo risco, a monitorização das plaquetas deve ser realizada a

cada 1 a 3 meses (conforme tendência e contagem absoluta de plaquetas), além de uma medida próxima ao termo (36-37 semanas).

Quadro 1 - Investigação laboratorial inicial de trombocitopenia na gestação

- Hemograma com plaquetas
- Análise do esfregaço do sangue periférico
- Reticulócitos
- Coombs direto
- TGO/ TGP, albumina, TP/ KTTTP
- Anti-HCV, anti-HIV, HbsAg
- Creatinina, proteinúria em amostra
- Conforme suspeita clínica: FAN, TSH, vitamina B12 e ácido fólico

Fonte: adaptado de Martins-Costa (2017).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- qualquer manifestação hemorrágica; ou
- trombocitopenia assintomática e valor de plaquetas inferior a 30 mil céls/mm³; ou
- citopenias com critérios de gravidade (quadro 2); ou
- trombocitopenia associada a:
 - aumento da pressão arterial (PA sistólica \geq 140 mmHg ou PA diastólica \geq 90 mmHg); ou
 - presença de anemia hemolítica; ou
- elevação de transaminases ou provas de função hepática; ou

- perda de função renal (elevação de creatinina prévia, proteinúria).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco:

- trombocitopenia com contagem plaquetária < 100.000 céls/mm³, em qualquer trimestre da gestação - suspeita de outras causas que não trombocitopenia gestacional.

Quadro 2 – Citopenias com critérios de gravidade

- Citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou
- citopenias em pessoas com linfonodomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou
- presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou
- paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/ μ L); ou
- bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:
Hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
Neutrófilos < 500 céls/ μ L; e/ou
Plaquetas < 50 mil céls/mm³.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2016).

Bibliografia Selecionada

Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, Passos EP, Freitas F, editores. Rotinas em obstetrícia. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

George JN, McIntosh JJ. Thrombocytopenia in pregnancy [Internet]. In: UpToDate, LLK Leung, Lockwood CJ, editors. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019 [citado em 12 mar 2019]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/thrombocytopenia-in-pregnancy>

Myers B. Diagnosis and management of maternal thrombocytopenia in pregnancy. Br J Haematol. 2012 Jul;158(1):3-15. doi: 10.1111/j.1365-2141.2012.09135.x.

Reese JA, Peck JD, Deschamps DR, McIntosh JJ, Knudtson EJ, Terrell DR, et al. Platelet counts during pregnancy. N Engl J Med. 2018;379(1):32-43.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 166: thrombocytopenia in pregnancy. Obstet Gynecol. 2016;128:e43-e53.

Cines DB, Levine LD. Thrombocytopenia in pregnancy. Blood. 2017;130(21):2271-2277. doi: 10.1182/blood-2017-05-781971.

TelessaúdeRS-UFRGS. Quais são as causas e qual é a investigação inicial de plaquetopenia assintomática? [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2016 [citado em 12 mar 2019]. Disponível em:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/ps-plaquetopenia/>