PETÉQUIAS GENERALIZADAS

Ana Rute Ferreira*, **Mafalda Lucas***, **Ana Rodrigues***, **Claúdia Fernandes***, **Anabela Ferrão#** e **Glória Carvalhosa***

- Unidade Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN) - Centro da Criança e do Adolescente Hospital Cuf Descobertas, Lisboa; Coordenadora: Profª. Ana Serrão Neto;

Consulta de Hematologia Pediátrica, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa.

INTRODUÇÃO:

A trombocitopénia neonatal aloimune ocorre em 40 a 60% dos casos na primeira gravidez. É na actualidade a causa hematológica mais comum de trombocitopénia grave isolada no recém-nascido. Os anticorpos de especificidade HPA-1a são responsáveis por 90% dos casos diagnosticados e apenas 2% da população é HPA-1a negativo. A não ser que haja um rastreio pré-natal por rotina, a trombocitopenia aloimune é inesperada e geralmente diagnosticada após o nascimento.

CASO CLÍNICO:

RN, ♀, 4ª filha do casal, gravidez vigiada, sem intercorrências, com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Parto eutócico às 38 semanas. PN- 2845gr; I.A. 9/10/10.

UCERN:

- **Admitida com 17 horas de vida por petéquias generalizadas sem outra sintomatologia ou alteração ao exame objectivo com excepção da presença de algumas lesões de eritema tóxico.**

(17 horas de vida)

Avaliação analítica:

→ **trombocitopénia isolada de 17.000. Sem parâmetros de infecção.**

Fez concentrado plaquetário e imunoglobulina endovenosa com subida progressiva das plaquetas até à sua completa normalização em D5 de vida.
(D1- 17.000; Pós transfusão- 64.000; D2- 81.000; D3- 89.000; D4-207.000; D5- 282.000)

(Após transfusão concentrado plaquetário)

Exames complementares de diagnóstico:

- **ecografia TF (D2 e D4): normal.**
- **virúria para CMV negativa;**
- **IgM negativa e IgG positiva para parvovirus B19; EBV e enterovirus (coxsackie A7, 1 e echovirus 7).**

- **Fenotipagem plaquetária- confirma trombocitopénia aloimune (mãe HPA Ib/b; RN HPA Ia/b; pai HPA Ia/b; crossmatch entre as plaquetas do pai do RN com o soro e plasma da mãe foi positivo).**

Evolução clínica:

D12- Consulta de Hematologia pediátrica
Clinicamente bem . Plaquetas- 378.000

CONCLUSÃO:

Os autores apresentam este caso clínico, pela sua manifestação apenas na quarta gestação de ambos os progenitores, ao contrário do que é mais frequente na literatura, que é logo na primeira gestação. A heterozigotia paterna para a expressão do antigénio HPA-1a, bem como o facto de apenas 10% das mulheres HPA-1a negativo com fetos HPA-1a positivo se imunizarem, pode explicar este facto.