

Purpura de Henoch-Schönlein após ressecção transuretral de próstata

Henoch-Schönlein purpura after transurethral prostatic resection

Vitorino Modesto Santos¹, Maira Farias Polcheira², Sergio Luiz da Costa³,

Maíra Rocha Machado Carvalho⁴

Resumo

A púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite de pequenos vasos com depósitos de IgA na pele, nos rins e no trato gastrointestinal. Predomina em crianças, associada com reação a drogas, infecções, picadas de insetos e vacinação, e sua patogênese não está bem esclarecida. Um homem de 50 anos foi submetido à ressecção transuretral de próstata e irrigação continuada com solução de cloreto de sódio a 0,9%, e usou quinolona, dipirona e nimesulida. No pós-operatório, apresentou cefaléia, tonturas, hipertensão arterial e taquicardia. Surgiram lesões purpúricas e pápulas não pruriginosas localizadas nas extremidades inferiores, que desapareceram com o uso de prednisona. Exames de sangue descartaram trombocitopenia, hiponatremia, alteração de imunoglobulinas, e insuficiência renal; mas foram evidenciadas hematúria e proteinúria, sem dismorfismo eritrocitário nem eosinofilia. As características clínicas foram bastante consistentes com a púrpura de Henoch-Schönlein. Raros estudos comparam o padrão clínico e o prognóstico de crianças e adultos portadores dessa doença.

Palavras chave: Alergia, púrpura de Henoch-Schönlein, ressecção transuretral de próstata

Summary

Henoch-Schönlein purpura is a small vessel vasculitis with deposits of IgA in the skin, kidney and gastrointestinal tract. It predominates in children, associated with drug reactions, infections, insect bites and vaccination, and its pathogenesis remains unclear. A 50 year-old-man underwent a transurethral resection of the prostate and continuous irrigation with sodium chloride 0.9%, and used quinolone, dipyrone and nimesulide. Postoperatively, the patient had headache, dizziness, hypertension, and tachycardia. Purpuric lesions and no itchy papules appeared located on the lower extremities, which disappeared with the use of prednisone. Blood determinations discarded thrombocytopenia, hyponatraemia, altered immunoglobulins, and renal failure; but haematuria and proteinuria were observed without dysmorphic erythrocytes or eosinophiluria. Clinical characteristics were strongly consistent with the Henoch-Schönlein purpura. Few studies have compared the clinical patterns and prognoses of children and adults with this disease.

Keywords: Allergy, Henoch-Schönlein purpura, transurethral prostatic resection

1. Professor Adjunto da UCB e Preceptor do Departamento de Medicina Interna do Hospital das Forças Armadas (HFA)

2. Preceptora do Departamento de Medicina Interna do HFA

3. Cirurgião Dentista, MSc, do HFA

4. Médica Residente de Clínica Médica

E-mail do primeiro autor: vitorinomodesto@gmail.com

Recebido em 16/09/2015

Aceito, após revisão, em 19/10/2015

Introdução

A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite comum de pequenos vasos na qual se encontram depósitos de IgA em capilares da pele, dos rins e do trato gastrointestinal.¹⁻³ Acomete mais frequentemente crianças do sexo masculino com idades entre 2 e 10 anos.^{2,3} A incidência anual estimada é 15 casos/ 100.000 em crianças e 1,3 casos/ 100.000 em adultos³. Fatores associados incluem drogas, infecções, picadas de insetos, malignidade e vacinas.^{1,2,4-6} A patogênese da PHS permanece pouco esclarecida; porém, tem sido relacionada com a ativação de células B, além do papel de autoanticorpos como anticardiolipina IgA.² Purpura palpável é a manifestação mais frequente (50%) e característica dessa enfermidade; também ocorrem dor abdominal, artrite, enterorragia, hematúria e proteinúria; além do acometimento cardíaco, hepático, pancreático, pulmonar e adrenal, e alterações do sistema nervoso central.¹ Corticosteróides, ciclosporina, ciclofosfamida e azatioprina constituem opções terapêuticas.^{1,3} A idade de início da PHS pode ter influência significativa no acometimento renal e no prognóstico, mas pouco destaque tem sido dado a estudos de caso em indivíduos adultos.³ Reportamos um caso com características típicas de PHS, que desenvolveu no pós-operatório imediato de ressecção transuretral (RTU) para tratamento de hiperplasia prostática benigna.

Caso Clínico

Os autores reportam o caso de um homem de 50 anos de idade, submetido à ressecção transuretral de hipertrofia prostática benigna em julho de 2014. No campo cirúrgico foi utilizada solução degermante com clorexedina a 2%. No pós-operatório imediato usou ciprofloxacino, nimesulida e dipirona, além de irrigação vesical continuada com cloreto de sódio a 0,9%. No segundo dia (D2), surgiram petéquias com distribuição simétrica e restrita às nádegas e aos membros inferiores inicialmente atribuídas à dermatite de contato. Imediatamente, as medicações foram suspensas e usou dose única (20 mg) de prednisona. Permaneceu sem febre, mas referiu cefaléia constante, além de repetidos episódios de instabilidade postural associados com picos pressóricos de até 180/ 130 mmHg e taquicardia. Negou antecedente alérgico relacionado com o uso de medicamentos, e não teve recentes alterações respiratórias ou digestivas. Afirmou que teve contatos prévios com o mesmo degermante e que nunca ocorreu qualquer reação adversa. Ao exame, apresentava-se em bom estado geral, com 24,6 kg/m², 36,2° C, 100/60 mmHg, 76 bpm, e 21 irpm. Contatou-se a presença de púrpura palpável, com lesões indolores não pruriginosas que predominavam nas regiões medial e posterior de coxas e nádegas (Figura 1 A-D). Os doseamentos laboratoriais são mostrados na tabela 1.

Purpura de Henoch-Schönlein

Foi solicitada biopsia de pele para complementação do estudo, mas essa não foi realizada. Em D7, a análise de urina revelou pH 7, hemoglobina (4+), hemácias 238/mcL, leucócitos 12,4/mcL, bactérias 4,5/mcL, e ausência de cilindros; já o exame de controle em D14 mostrou pH 5,5, hemácias 14,1/mcL, leucócitos 11,4/mcL, bactérias 366/mcL, e hemoglobina e cilindros (-). As lesões cutâneas apresentaram regressão completa em aproximadamente sete dias depois de utilizar a

dose única de prednisona (Figura 1 E-F). Em conjunto, os dados indicaram o diagnóstico de PHS, com boa resposta ao corticosteróide. Na ocasião da alta, o doente recebeu orientação para reavaliações periódicas no ambulatório de nefrologia; ele permanece sem sintomas com os exames laboratoriais de controle normais. Em virtude dos níveis de pressão inicialmente muito elevados, foi também realizado o monitoramento ambulatorial de pressão arterial (MAPA), o qual não revelou anormalidades.



Figura 1. **A-C**: Lesões cutâneas hemorrágicas de aparecimento súbito sob forma de petéquias e equimoses, além de pápulas não pruriginosas caracterizando púrpura não-trombocitopênica palpável, com distribuição simétrica e limitada às regiões de nádegas, coxas e pernas; **D-E**: as alterações desapareceram completamente em sete dias com dose única de prednisona

Tabela 1. Achados laboratoriais de homem adulto com púrpura de Henoch-Schönlein

Parâmetros (Julho de 2014)	D1	D7
Hemácias ($\times 10^{12}/L$)	4,33	5,64
Hemoglobina (g/L) e hematócrito (%)	12,5/ 37,4	17,8/ 49,2
Índice de anisocitose eritrocitária (%) e VCM (fL)	11,4/ 86	13,1/ 87,2
Leucócitos totais ($\times 10^9/L$) e eosinófilos (%)	14.7/ 0	8,7/ 1
Plaquetas ($\times 10^9/L$)	377	186
Sódio (mEq/L) e potássio (mEq/L)	138/ 3,6	141/ 4,4
Ureia (mg/dL) e creatinina (mg/dL)	18,4/ 0,9	34/ 0,8
Cistatina C (mg/L)	—	1,05
Taxa de filtração glomerular (mL/min/1,73 m ²)	—	> 60
AST (U/L)/ ALT (U/L)	—	39/ 58
Fosfatase alcalina (U/L) e GGT (U/L)	—	80/ 101
Albumina (g/dL) e globulinas (g/dL)	—	5,1/ 2,9
Imunoglobulinas IgG, IgM, e IgA (mg/dL)	—	1.160/ 130/ 240
Imunoglobulinas Kappa e lambda (mg/dL)	—	290/ 141
Complemento C3 e complemento C4 (mg/dL)	—	149/ 36
P-ANCA e C-ANCA	—	negativos
Fator reumatóide (UI/mL) e anticoagulante lúpico	—	< 10,0/ ausente
Anti-DNA (dupla hélice) e FAN (células HEp-2)	—	negativos
Anticardiolipinas IgM (MPL/mL) e IgG (GPL/mL)	—	2,6/ < 2,0
Proteinúria (mg/24hs) e cistinúria (mg/24hs)	—	377/ ausente
Beta 2 microglobulina urinária (mcg/mL)	—	0,05
Dismorfismo eritrocitário e eosinofilia	—	ausentes

VCM: volume corpuscular médio; AST: aspartato aminotransferase; ALT: alanina aminotransferase; GGT: gama glutamil transferase. Os achados anormais estão em negrito.

.

Discussão

A PHS é uma vasculite de pequenos vasos, inicialmente descrita por Johann Lukas Schönlein (1832)⁷ e Edouard Heinrich Henoch (1868)⁸, que acomete mais as crianças que os adultos.¹⁻⁶ Nosso doente adulto desenvolveu púrpura sem trombocitopenia, com alterações limitadas às extremidades inferiores, e as lesões cutâneas apresentaram as características clássicas de PHS. Trata-se de púrpura não trombocitopênica com pápulas palpáveis,¹⁻⁶ restritas aos membros inferiores e, nesse caso, sem antecedente de infecção respiratória ou intestinal, nem artralguas. Os sintomas sistêmicos do doente foram indicativos de distúrbios do sistema nervoso central. Episódios de instabilidade postural associados com elevação da pressão arterial são sugestivos de acometimento vascular encefálico, que origina edema cerebral e hipertensão intracraniana. Esse fenômeno pode ocorrer em doentes com PHS e acometimento sistêmico mais grave.^{2,3}

Nesse estudo, também se considerou a hipótese de manifestações sistêmicas secundárias à irrigação vesical continuada, como tem sido descrito em pós-operatórios de RTU.⁹⁻¹¹ Essa condição é conhecida como síndrome pós-RTU, que é caracterizada por alterações hidro-eletrolíticas associadas com distúrbios cardíocirculatórios e do sistema nervoso central.⁹⁻¹¹ As RTUs são procedimentos muito comuns em homens adultos, e a síndrome post-RTU inicialmente de grau leve pode passar

cl clinicamente despercebida ou evoluir para gravidade.¹¹ Classicamente, manifesta-se por hiponatremia e hipoosmolaridade, que podem se acompanhar de hipotensão ou hipertensão arterial, dor torácica, bradicardia, oligúria, cefaléia, mal estar geral, náusea, vômito, tontura, confusão mental, e distúrbios de visão e de consciência.⁹⁻¹¹ Hiponatremia pode ocorrer assintomática em mais da metade dos doentes submetidos a RTU; e estima-se que esse distúrbio hidro-eletrolítico se torne evidente em apenas 2% dos casos.¹¹ Irrigação continuada com água destilada ou solução hipotônica, pressão de irrigação elevada, ressecções demoradas e abertura de seios venosos da próstata são fatores predisponentes.⁹⁻¹¹

Nesse doente ocorreu hipertensão arterial e taquicardia, com níveis normais de eletrólitos; como a irrigação continuada foi realizada com solução fisiológica, não houve hiponatremia. Assim, os achados típicos de síndrome pós-RTU não foram constatados no presente caso. Digno de nota é o uso de medicamentos no pós-operatório da ressecção de próstata; de acordo com a literatura, a relação temporal do início de lesões cutâneas com o uso das drogas sugere a possibilidade de PHS desencadeada por efeito adverso de alguma dessas substâncias.^{1,2,4-6} Portanto, no presente estudo esse mecanismo fisiopatológico da púrpura não foi descartado. Clorexidina é um antimicrobiano eficaz amplamente empregado em ambiente hospitalar; seu uso é considerado

seguro, mas pode causar alergia de contato e hipersensibilidade do tipo I.¹² Outra hipótese, inicialmente considerada, foi a de reação adversa ao uso do degermante. De fato, a clorexidina tem sido relacionada com ocorrência de dermatite irritante de contato e reações alérgicas de hipersensibilidade do tipo imediato ou tardio.^{12,13} Nesse doente, os níveis de imunoglobulinas se mostraram dentro dos limites da normalidade, incluindo-se o de IgE; porém, segundo alguns autores esse achado não exclui hipersensibilidade por clorexidina.^{12,13} Esses fenômenos podem acometer indivíduos com longo uso profissional dessa substância; entretanto, a possibilidade dessa etiologia torna-se menos provável pela ausência de contato, de prurido ou urticária nas regiões afetadas, dados que caracterizaram os casos relatados.¹²⁻¹³

Importante salientar que não se encontram descrições de PHS causada por uso de clorexidina. Dados clínicos e complementares contribuíram para descartar outras etiologias de vasculite. Em suma, mesmo sem o estudo histopatológico da pele afetada,¹ as características clínicas foram consideradas consistentes com a hipótese de PHS, secundária ao uso de medicamento.³ Quando se comparam crianças e adultos com PHS as manifestações clínicas diferem muito.³ A idade de início é fator de risco para acometimento renal em doentes com PHS; e a maioria dos estudos sobre essa enfermidade em crianças mostra que o acometimento renal é mais comum na faixa

etária mais elevada, de 11 a 15 anos.² Nos adultos, estima-se que até 80% podem ter acometimento renal e, até um terço deles, evolui para insuficiência renal crônica.² O pronto uso de corticosteróide pode ter algum papel na ausência de lesão renal nesse adulto

Conclusão

A PHS acomete os adultos com uma frequência 2 a 3 vezes menor que entre as crianças;² e há poucos estudos comparando as características clínicas e o prognóstico desses grupos etários.³ Deve-se enfatizar a relativa falta de consenso quanto aos critérios diagnósticos de PHS em adultos,³ fato que propicia maior dificuldade no estabelecimento de diagnósticos definitivos. Diagnósticos precoces e o pronto início de tratamento podem levar a melhores prognósticos. Estudos de caso podem contribuir para o esclarecimento de aspectos da PHS pouco descritos.

Referências

1. Balamurugesan K, Viswanathan S. Henoch-Schonlein purpura presenting sequentially as nodular rash, erythema nodosum, and palpable purpura. *J Family Community Med.* 2014;21:58-60.
2. Ghrahani R, Ledika MA, Sapartini G, Setiabudiawan B. Age of onset as a risk factor of renal involvement in Henoch-Schönlein purpura. *Asia Pac Allergy.* 2014;4:42-7.

- 3 Kang Y, Park JS, Ha YJ, Kang MI, Park HJ, Lee SW, et al. Differences in clinical manifestations and outcomes between adult and child patients with Henoch-Schönlein purpura. *J Korean Med Sci.* 2014;29:198-203.
4. Drago F, Arditi MR, Rebora A. Henoch-Schönlein purpura induced by fluoroquinolones. *Br J Dermatol.* 1994;131:448.
5. Gamboa F, Rivera JM, Gómez Mateos JM, Gomez-Gras E. Ciprofloxacin-induced Henoch-Schönlein purpura. *Ann Pharmacother.* 1995;29:84.
6. Zaigraykin N, Kovalev J, Elias N, Naschitz JE. Levofloxacin-induced interstitial nephritis and vasculitis in an elderly woman. *Isr Med Assoc J.* 2006;8:726-7.
7. Schönlein JL. Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie. Nach seinen Vorlesungen niedergeschrieben von einigen seiner Zuhörer und nicht autorisiert herausgegeben. Etlinger, Würzburg. 1832; p.41.
8. Henoch E. Über den Zusammenhang von Purpura und Intestinalstörungen. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1868;5: 517-9.
9. Nakahira J, Sawai T, Fujiwara A, Minami T. Transurethral resection syndrome in elderly patients: a retrospective observational study. *BMC Anesthesiol.* 2014;14:30.
10. Ponce P, Correia R, Guimarães P, Freitas M, Barata JD, Santos JR. Alterações hidro-electrolíticas induzidas por ressecção prostática transuretral. *Acta Med Port.* 1989;2:263-5.
11. Sethi S, Kapil S. Atypical presentation of acute hyponatremia in transurethral resection of prostate surgery: A case report. *Saudi J Anaesth.* 2014;8:279-81.
12. Nagendran V, Wicking J, Ekbote A, Onyekwe T, Garvey LH. IgE-mediated chlorhexidine allergy: a new occupational hazard? *Occup Med (Lond).* 2009;59:270-2.
13. Wittczak T, Dudek W, Walusiak-Skorupa J, Swierczynska-Machura D, Palczynski C. Chlorhexidine – still an underestimated allergic hazard for health care professionals. *Occup Med (Lond).* 2013;63:301-5.