

Manejo de pacientes portadores de discrasia sanguínea rara candidatos a cirurgia plástica: relato de caso de hematoma tardio em pós-operatório de mamoplastia de aumento em paciente portadora de tromboastenia de Glanzmann

BARBARA MARIA MACHADO TINOCO FEITOSA ROSAS, CHANG YUNG CHIA, DIEGO ANTONIO ROVARIS, JOSÉ DANIEL DE ALBUQUERQUE LINS ROLIM, LEONARDO OLIVEIRA RODRIGUES, VICTOR RAGONHA VARELA

Introdução

A trombastenia de Glanzmann é uma síndrome hemorrágica autossômica recessiva rara (1:1.000.000), que afeta a linha megacariocítica, caracterizado por déficit de agregação plaquetária caracterizado por deficiência ou anormalidade do complexo glicoproteico IIb/IIIa da membrana, que é indispensável para a agregação plaquetária e interação com o fibrinogênio. Na apresentação clínica da doença ocorrem sinais hemorrágicos, tais como púrpura, hemorragia gengival, menorragia e, principalmente, epistaxe. Sangramento espontâneo é raro. Muitas vezes, os pacientes não sabem serem portadores de tromboastenia e candidatam-se a procedimentos cirúrgicos eletivos, podendo evoluir com complicações hemorrágicas. Sendo assim, levanta-se a questão da necessidade ou não de investigação da função plaquetária de rotina em pré-operatório de cirurgia plástica.

Objetivos

Relatar um caso de paciente submetida a mamoplastia de aumento com evolução pós-operatória com hematoma tardio em que se fez diagnóstico de tromboastenia de Glanzmann. Discutir a necessidade de investigação pré-operatória de alterações da função plaquetária em pacientes candidatos a cirurgia plástica. Avaliar, por meio de revisão bibliográfica, se tromboastenia constitui contraindicação a realização de cirurgia plástica estética. Discutir o manejo pré e per operatório em paciente com tromboastenia de Glanzmann.

Relato do caso

Foi realizada mamoplastia de aumento bilateralmente em uma paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, portadora de

hipomastia, sem história de sangramentos atípicos ou uso de anticoagulantes ou antiplaquetários. Utilizou-se implante de 400 ml, da marca Mentor, perfil alto, texturizada, sob anestesia geral, no ambiente hospitalar, com 24 horas de internação. O acesso foi peri-areolar inferior, com infiltração de solução de adrenalina de concentração de 1:200.000, no plano retroglandular, suprafascial, dissecação com bisturi eletrônico, sob visão direta com iluminação através do afastador específico com fibra óptica, e hemostasia rigorosa com pinça de coagulação. Não houve descolamento digital às cegas. O paciente não apresentou nenhuma anormalidade de sangramento no per-operatório. Após irrigação da loja dissecada com soro fisiológico 0,9% à temperatura ambiente, foi feita a revisão da hemostasia e procedido ao implante, sem intercorrências. O fechamento do plano glandular foi com fio de nylon monofilamentar 3-0, plano subdérmico com Vicryl 4-0 e intradérmico com Monocryl 4-0. Não foi administrada profilaxia de trombose com heparina de baixo peso molecular. A alta hospitalar foi dada após a visita médica no dia seguinte, sem anormalidades. Quinze dias após a cirurgia, a paciente relatou dor na mama esquerda, e apresentou drenagem espontânea pela cicatriz periareolar de grande quantidade de sangue escurecido. Seis dias após, queixou-se de dor e aumento de volume na mama direita. Submetida ao exame ultrassonográfico de mama, evidenciou coágulo na loja do implante. Evoluiu com diminuição progressiva e alívio da dor. Encaminhada ao hematologista, sendo diagnosticada, após exame laboratorial, tromboastenia de Glanzmann. O critério laboratorial para o diagnóstico inclui contagem e morfologia plaquetária normal, tempo

de sangramento prolongado, ausência ou diminuição acentuada da agregação plaquetária em resposta ao ADP, colágeno e epinefrina, exceto à ristocetina, e estudo da coagulação plasmática normal. A deficiência de IIb/IIIa plaquetária deve sempre ser confirmada, podendo ser feita por meio da utilização de anticorpos monoclonais e citometria de fluxo. A paciente foi acompanhada clinicamente, com diminuição progressiva do volume e sem anormalidade ao exame físico.

Conclusão

Concluimos que não há necessidade de investigação da função plaquetária em pacientes candidatos a cirurgia plástica. Esta investigação é reservada a procedimentos nos quais o sistema hemostático poderá ser prejudicado (circulação extracorpórea; cirurgia de próstata e neurocirurgia) ou a indivíduos com evidências clínicas sugestivas de possível doença hemorrágica, incluindo doença renal, hepática, desnutrição e síndromes de má-absorção. Vários estudos demonstraram que o tempo de sangramento, TP e TTPa não são bons preditores de sangramento intra ou pós-operatório. Concluimos, ainda, que no caso de tromboastenia de Glanzmann, não é definida contraindicação à cirurgia plástica, uma vez que a possibilidade de sangramento intra e pós-operatório pode ser evitada com o uso de transfusão de plaquetas. Cirurgias em pacientes trombastênicos, cuja incidência é bastante baixa, necessitam de perfeito trabalho de equipe entre o anestesiológico, o cirurgião e o hematologista (banco de sangue), para que o procedimento seja planejado e realizado com segurança.