


Púrpura trombocitopênica idiopática da infância: Manifestações bucais e atendimento odontológico

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.019-003>

Rafaela Brito Vasconcelos

Graduada em Odontologia, especialização em Odontopediatria, Centro de Pós-graduação em Odontologia, Brasil.

Gabriela Brito Vasconcelos

Graduada em Odontologia, especialização em Periodontia pela Associação Brasileira de Odontologia, Brasil.

Michele Gomes do Nascimento

Doutoranda em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia. Universidade de Pernambuco, Brasil.

Viviane Colares

Professora Associada de Odontopediatria, da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, da Universidade de Pernambuco, e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

RESUMO

Manifestações orais podem ser os primeiros sinais clínicos de púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) diagnosticada por um dentista pediátrico. O objetivo do presente estudo foi descrever manifestações orais e cuidados odontológicos para pacientes com PTI. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, envolvendo uma busca no banco de dados eletrônico MEDLINE (PubMed) por artigos relevantes publicados em inglês usando as seguintes palavras-chave: “Púrpura, Trombocitopênica, Idiopática”, “Doenças hematológicas” e “Cuidados odontológicos”. Não foram impostas restrições quanto ao ano de publicação. Os critérios de inclusão foram estudos que abordassem manifestações orais e tratamento odontológico em pacientes com PTI. Esta condição é considerada uma das doenças sanguíneas mais comuns em crianças. Manifestações como sangramento gengival espontâneo ou induzido por trauma, petéquias, hematomas, púrpura e equimoses são relatadas em regiões da mucosa vestibular, bordas laterais da língua e junção entre o palato duro e mole, bem como outros locais da mucosa oral. O tratamento oral depende do estado da doença, que se reflete na contagem de plaquetas. Além disso, a inclusão de um hematologista na equipe de tratamento é fundamental. Na ocorrência dessas manifestações, uma história detalhada do paciente é a chave para o sucesso do tratamento oral desses pacientes para evitar inflamação, sangramento gengival e infecção.

Palavras-chave: Púrpura, Trombocitopênica, Idiopática, Doenças hematológicas, Cuidados dentários.

ABREVIACÕES

ITP: Púrpura Trombocitopênica Idiopática



1 INTRODUÇÃO

A trombocitopenia é uma doença do sangue caracterizada por uma redução acentuada das plaquetas. Essa redução em número e função pode resultar de diferentes mecanismos, como destruição autoimune, sequestro do baço, falência da medula óssea, infiltração por células tumorais e uma reação adversa a medicamentos [1].

A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é uma das causas mais comuns de trombocitopenia sintomática em crianças, [2,3] com a incidência anual de PTI estimada entre 1 e 6,4 casos por 100.000 crianças [2,4]. Os sintomas clínicos mais comuns são hematoma, petíchieas, sangramento das mucosas e outras manifestações hemorrágicas da trombocitopenia [5-7].

As manifestações orais estão frequentemente entre os primeiros achados de trombocitopenia, como sangramento gengival decorrente de trauma na cavidade oral [1,8]. A terapia para pacientes com PTI depende das condições encontradas, bem como da relação com o tratamento odontológico. A abordagem clínica do odontopediatra deve ser baseada no conhecimento prévio da evolução da doença no paciente [9].

O objetivo do presente estudo foi descrever as manifestações bucais e os cuidados (odontopediatria) para pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, envolvendo uma busca na base de dados eletrônica MEDLINE (PubMed) por artigos relevantes publicados em inglês usando as seguintes palavras-chave: "*Purpura, Trombocitopênica, Idiopática*", "*Doenças hematológicas*" e "*Atendimento odontológico*". Não foram impostas restrições em relação ao ano de publicação. Os critérios de inclusão foram estudos que abordassem manifestações bucais e manejo odontológico em pacientes com PTI.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CONCEITO E DIAGNÓSTICO

A PTI é um distúrbio adquirido caracterizado por trombocitopenia leve a grave na ausência de qualquer outra anormalidade. Os dois principais mecanismos envolvidos na patogênese dessa condição são o aumento da destruição ou redução da produção de plaquetas [8]. A redução plaquetária pode ocorrer em casos de síndromes de falência da medula óssea, como anemia aplásica ou síndrome mielodisplásica, e trombocitopenia induzida por quimioterapia ou induzida por drogas [8].

Segundo diferentes autores [9-13], o diagnóstico de PTI é feito por exclusão, pois o diagnóstico diferencial inclui outras condições com etiologias distintas que podem levar aos sintomas gerais de púrpura trombocitopênica, como os citados acima e trombocitopenia hereditária (síndrome de Bernard-Soulier e síndrome de Aldrich-Schlonlein), deficiência de vitamina C, infecções virais (HIV,



mononucleose infecciosa), distúrbios autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico), leucemia aguda e linfoma de Hodgkin.

3.2 FORMAS DE APRESENTAÇÃO

Os sinais clínicos da PTI incluem petéquias, equimoses, hematomas, epistaxe, hematúria, sangramento mucocutâneo e, ocasionalmente, hemorragia nos tecidos. As complicações são raras. Em geral, a esplenomegalia não é comum, estando na forma aguda do PTI, o baço apenas palpável em 10% dos casos [13].

A doença tem duas formas: aguda e crônica. A forma crônica é conhecida como PTI infantil, que pode afetar crianças de ambos os sexos com menos de dez anos de idade, bem como adultos jovens [14-16]. Tem sido associada a uma história de infecção viral dois a 21 dias antes dos primeiros sinais clínicos e início da PTI [9,15-19]. A forma aguda tem sido associada à infecção pelo vírus Epstein-Barr, vírus varicela-zoster, após vacinas para rubela, caxumba e sarampo, bem como outras infecções de diferentes etiologias [13,20,21]. Essa condição é geralmente autolimitada, com remissão ocorrendo em várias semanas ou meses [22], mais especificamente em seis meses, de acordo com Sugiura, et al. [12].

Para a forma crônica, que é caracteristicamente observada em adultos, não há consenso na literatura a respeito de: sua duração. Alguns autores a definem como persistindo por mais de seis meses [14,23]. No entanto, a classificação proposta em 2009 define PTI crônica como a ocorrência da doença por mais de 12 meses [24]. As manifestações sintomáticas desta forma são geralmente leves [13,22].

3.3 MANIFESTAÇÕES ORAIS

A cavidade oral merece atenção especial como fator predisponente para diversos distúrbios sistêmicos, devido aos seus aspectos anatômicos e fisiológicos particulares [25]. As manifestações bucais de doenças do sangue podem ser os primeiros sinais clínicos encontrados por um dentista, servindo como um guia para um histórico detalhado do paciente [26].

O sangramento espontâneo ou induzido por trauma, como durante a escovação ou o uso de fio dental, costuma ser o primeiro sinal de trombocitopenia [1,8,23]. Sinais como petéquias, hematoma, púrpura e equimose são relatados na região da mucosa vestibular, bordas laterais da língua e junção entre o palato duro e mole [8,13,23], que são propensos a traumas. Outros sinais incluem múltiplas bolhas hemorrágicas na membrana mucosa sublingual, assoalho da boca ou superfície lateral da língua, de acordo com Byatnal, et al. [27].

Com relação às reações teciduais, há poucos relatos na literatura do aparecimento de hiperplasia gengival. Em um estudo avaliando formas de tratamento para PTI infantil refratária, foi relatado que o uso de ciclosporina A causou o crescimento gengival como uma reação adversa em 10 pacientes dentro



de um grupo controle de 21 pacientes [28]. Estes foram resultados idênticos aos já relatados na China [29].

O achado frequente de sangramento gengival na odontologia clínica de rotina [12] ressalta a necessidade de um histórico detalhado do paciente para determinar o diagnóstico com a inclusão ou exclusão de diferentes fatores causais, como doença periodontal, trauma, terapia anticoagulante, infecção bacteriana, leucemia e distúrbios sanguíneos [27] como ITP. As doenças do sangue, em particular, exibem sangramento anormal característico com um início súbito que é difícil de controlar [9].

3.4 GESTÃO ODONTOLÓGICA

O tratamento odontológico depende da contagem de plaquetas [8], que deve ser superior a 50.000/mm³ antes que qualquer tratamento seja realizado. Além disso, o tratamento só deve ser realizado com o conhecimento do hematologista do paciente [30]. Não há consenso na literatura sobre procedimentos cirúrgicos. De acordo com alguns autores, uma contagem de plaquetas inferior a 50.000 mm³ requer transfusão ou corticoterapia antes de cirurgia [31,32]. No entanto, a American Hematology Society afirma que corticosteróides ou infusão intravenosa só são necessários quando a contagem de plaquetas é inferior a 30.000/μL [33]. Para cirurgias menores e maiores, a margem de segurança é de ≥ 50.000 e ≥ 80.000 células/μL, respectivamente [34].

A cicatrização por primeira intenção de feridas cirúrgicas pode ser alcançada com medidas hemostáticas, como compressão manual com gaze e injeção local de vasoconstritor [13]. O preenchimento do alvéolo com esponjas de gelatina absorvíveis, colágeno microfibrilar [32] ou celulose regenerada oxidada também é útil em casos de sangramento. A cauterização elétrica ou a aplicação de cera óssea são outras opções para o controle da hemorragia [13]. Para o manejo da dor transoperatória, as técnicas anestésicas infiltrativas e intraligamentares são preferíveis para pacientes com PTI [35]. O bloqueio do nervo alveolar inferior é contraindicado devido à maior chance de formação de hematoma [36].

Procedimentos não cirúrgicos como sondagem gengival, raspagem e alisamento radicular podem ser realizados sem risco de sangramento gengival, desde que sejam cuidadosos. Curetas finas e raspadores devem ser usados, ou instrumentação ultrassônica, devido a menos trauma tecidual [8].

Em relação à terapia medicamentosa empregada nesses pacientes, drogas antiagregantes plaquetárias e anti-inflamatórios não esteroidais devem ser evitadas [8,37]. O uso de medicamentos à base de paracetamol ou inibidores seletivos da COX-2 é preferível [8]. No entanto, a linha de medicamentos de escolha para esses pacientes é um corticosteróide, tomando os devidos cuidados para evitar insuficiência adrenal [8].



3.5 PREVENÇÃO

Uma possível falta de higiene bucal pode ser observada entre indivíduos com coagulopatia devido ao medo de sangramento exacerbado após a escovação e o uso de fio dental [37]. A longo prazo, essa falta de higiene pode levar a problemas periodontais e cáries [37]. Portanto, o controle adequado da placa é fundamental para a prevenção de inflamação, sangramento gengival e infecção nesses pacientes [13,14,38].

Um programa de prevenção individualizado deve ser implementado com base na idade do paciente e no risco de cárie [13,14]. O uso de um creme dental com flúor e aconselhamento diferenciado devem ser instituídos. Dependendo do risco de cárie e da quantidade ideal de flúor no abastecimento de água, pode ser recomendado o enxaguamento bucal diário com suplementos de flúor e flúor sistêmico. Além disso, procedimentos de consultório odontológico, como a aplicação tópica de flúor ou clorexidina, bem como o selamento de fossas e fissuras, são medidas preventivas que podem ser realizadas [13].

4 CONCLUSÃO

Manifestações orais, como sangramento espontâneo ou sangramento induzido por trauma, podem ser os primeiros sinais clínicos de púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) diagnosticada por um odontopediatra. Outros sinais dessa doença incluem petéquias, hematomas, púrpura e equimoses, que são relatados em diversos locais da doença bucal mucosa. O manejo oral depende do estado da doença, que se reflete na contagem de plaquetas. Além disso, a inclusão de um hematologista na equipe de tratamento é fundamental. A prevenção é a chave para o sucesso do tratamento oral desses pacientes, a fim de evitar inflamação, sangramento gengival e infecção.

5 CONFIRMAÇÕES

Os autores reconhecem os estudos que abordam esse distúrbio peculiar, que requer cuidados especiais, e a contribuição da comunidade científica, que forneceu os dados encontrados na literatura que norteou esta revisão. Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse. Financiamento: Este estudo não teve nenhuma fonte de financiamento.



REFERÊNCIAS

Amit Byatnal, Neha Mahajan, Shrinivas Koppal, Ravikiran A, Thriveni R, et al. (2013) Unusual yet isolated oral manifestations of persistent thrombocytopenia-a rare case report. *Braz J Oral Sci* 12: 233-236.

D’Orazio JA, Neely J, Farhoudi N (2013) ITP in children: Pathophysiology and current treatment approaches. *J Pediatr Hematol Oncol* 35: 1-13.

Alam MM (2014) Idiopathic thrombocytopenic purpura in children: A 10 years’ experience at tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc* 64: 1358-1362.

Terrell DR, Beebe LA, Vesely SK, Neas BR, Segal JB, et al. (2010) The incidence of immune thrombocytopenic purpura in children and adults: A critical review of published reports. *Am J Hematol* 85: 174.

George JN, Rizvi MA (2001) Thrombocytopenia. In: Beutler E, Lichtman MA, Coller BS, Kipps TJ, Seligsohn U, Williams Hematology. (6th edn), McGraw-Hill Medical Publishing Division, New York, USA, 1495.

Bolton-Maggs PH, Moon I (1997) Assessment of UK practice for management of acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura against published guidelines. *Lancet* 350: 620-623.

Schlosser BJ, Pirigyi M, Mirowski GW (2011) Oral manifestations of hematologic and nutritional diseases. *Otolaryngol Clin N Am* 44: 183-203.

Neha Bansal, Manika Jindal, Narinder Dev Gupta, Pradeep Shukla (2017) Clinical guidelines for periodontal management of idiopathic thrombocytopenic purpura: Current considerations. *IJOHS* 7: 30-34.

Hunter ML, Hunter B, Lesser L (1997) Acute idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood: Report of a case presenting in general dental practice. *Br Dent J* 183: 27-29.

Ozsoylu S, Karabent A, Irken G, Tuncer M (1991) Antiplatelet antibodies in childhood idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Hematol* 36: 82-85.

Cines DB, Bussel JB (2005) How I treat idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). *Blood* 106: 2244-2251.

Tsutomu S, Kazuhiko Y, Kazuhiro M, Satoshi H, Yumiko M, et al. (2018) Immune Thrombocytopenic purpura detected with oral hemorrhage: A case report. *J Dent* 19: 159-163.

Vaisman B, Medina AC, Ramirez G (2004) Dental treatment for children with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura: A report of two cases. *Int J Paediatr Dent* 14: 355-362.

Viviane Ferreira R, Stella Maria Coda Pinto Alves Campos V, Ana Lidia C, Renata de Oliveira G (2015) Dental considerations on the management of idiopathic thrombocytopenic purpura in children: Case report. *Rev Gauch Odontol* 63: 472-476.

James WD, Guiry CC, Grote WR (1984) Acute idiopathic thrombocytopenic purpura. *Oral Surgery* 57: 149-151.



- Lowe EJ, Buchanan GR (2002) Idiopathic thrombocytopenic purpura diagnosed during the second decade of life. *J Pediatr* 141: 253-258.
- Ganong WF (1977) Fluidos circulantes do organismo. In: Ganong WF, *Fisiologia médica*. (3rd edn), Atheneu, Sao Paulo, Brazil, 385-399.
- McClure PD (1975) Idiopathic thrombocytopenic purpura in children: diagnosis and management. *Pediatrics* 55: 68.
- McWilliams NB, Maurer HM (1979) Acute idiopathic thrombocytopenic purpura in children. *Am J Hematol* 7: 87-96.
- Jonville-Béra AP, Autret E, Galy-Eyraud C, Hessel L (1996) Thrombocytopenic purpura after measles, mumps and rubella vaccination: A retrospective survey of French regional pharmacovigilance centres and Pasteur-mérieux serums and vaccines. *Pediatric Infectious Diseases Journal* 15: 44-48.
- Nieminen U, Peltola H, Syrjälä MT, Mäkipernaa A, Kekkonen R (1993) Acute thrombocytopenic purpura following measles, mumps and rubella vaccination. A report on 23 patients. *Acta Paediatr* 82: 267-270.
- Martins G, Rozas FG, Ribas MO, Martins WD (2010) Idiopathic thrombocytopenic purpura and oral surgery: Case report rev. *Clín Pesq Odontol* 6: 87-93.
- Sujata Satoskar, Tajindra Singh Saluja, Sapna Raut Desai, Aarthi Shenoy (2016) Oral manifestations of immune thrombocytopenic purpura: A diagnosis of exclusion. *IOSR- JDMS* 15: 65-67.
- Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, et al. (2009) Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: Report from an international working group. *Blood* 113: 2386-2393.
- Owais Z, Dane J, Cumming CG (2003) Unprovoked periodontal hemorrhage, life-threatening anemia and idiopathic thrombocytopenia purpura: An unusual case report. *Spec Care Dentist* 23: 58-62.
- Adeyemo TA, Adeyemo WL, Adediran A, Akinbami AJ,
- Akanmu AS (2011) Orofacial manifestations of hematological disorders: Anemia and hemostatic disorders. *Indian J Dent Res* 22: 454-461.
- Byatnal A, Mahajan N, Koppal S, Ravikiran A, Thriveni R, et al. (2013) Unusual yet isolated oral manifestations of persistent thrombocytopenia: A rare case report. *Braz J Oral Sci* 12: 233-236.
- Liu QC, Wu WH, Wu DY, Feng XW, Ma YH, et al. (2008) Clinical observation on the treatment of childhood refractory idiopathic thrombocytopenic purpura with dihuang zhixue capsule. *Chin J Integr Med* 14: 132-136.
- Yang N, Cai J (2002) Clinical observation of cyclosporin a in the treatment of refractory chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *J Pract Diagn Ther* 16: 286-287.
- Akin L, Herford AS, Cicciù M (2011) Oral presentation of disseminated histoplasmosis: A case report and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 69: 535-541.
- Bal MV, Koyuncuoglu CZ, Saygun I (2014) Immune thrombocytopenic purpura presenting as unprovoked gingival hemorrhage: A case report. *Open Dent J* 8: 164-167.



Little JW, Falace DA (1993) Dental management of the medically compromised patient. (4th edn), MO: Mosby, St Louis, 423-438.

Wagner WR, Pachence JM, Ristic J, Johnson PC (1996) Comparative in vitro analysis of topical hemostatic agents. J Surg Res 66: 100-108.

Provan D, Stasi R, Newland AC, Blanchette VS, Bolton-Maggs P, et al. (2010) International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood 115: 168-186.

British committee for standards in haematology general haematology task force (2003) Guidelines for the investigation and management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy. Br J Haematol 120: 574-596.

Patton LL (2003) Bleeding and clotting disorders. In: Greenberg MG, Burket's oral medicine: Diagnosis and treatment. (10th edn), ON: BC Decker; Hamilton, 454-477.

Gupta A, Epstein JB, Cabay RJ (2007) Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. J Can Dent Assoc 73: 77-83.

Guzeldemir E (2009) The role of oral hygiene in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. Int J Dent Hyg 7: 289-293.