

Cuidados bucais em pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática

Oral care in idiopathic thrombocytopenic purpura patients

Caleb Shitsuka

Faculdades Metropolitanas Unidas, Brasil

E-mail: caleb@usp.br

Luciano Bonatelli Bispo

Universidade Brasil, Brasil

Daniel Gomes de Oliveira

Faculdades Metropolitanas Unidas, Brasil

Ruben Alberto Bayardo Gonzalez

Universidade de Guadalajara, México

Isaac Pedroza Murisi

Universidade de Guadalajara, México

Recebido: 02/06/2017 – Aceito: 01/08/2017

Resumo

A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma doença sanguínea causada devido a um distúrbio hematológico caracterizado por uma diminuição do número de plaquetas circulantes no sangue. O objetivo deste trabalho é orientar o cirurgião-dentista com os cuidados referentes ao tratamento de pacientes com PTI. Foi realizada uma revisão da literatura utilizando as bases de dado: PubMed e SciELO. Na cavidade bucal a PTI pode provocar petéquias, equimoses na mucosa, sangramento gengival espontâneo, sangramento de lesões superficiais e de cortes, podendo ser espontânea ou causada por pequenos traumas. O cirurgião-dentista deve compreender e ter os cuidados para o tratamento desses pacientes, sendo importante a realização de medidas preventivas e realizando procedimentos com a filosofia da mínima intervenção.

Palavras-chave: Púrpura trombocitopênica; doenças hematológicas; saúde bucal; odontologia.

Abstract

Purple Thrombocytopenia Idiopathic (PTI) is a blood disorder caused due to a hematological disorder characterized by a decrease in the number of circulating platelets in the blood. The aim of this study is to guide the dentist with care regarding the treatment of patients with PTI.

A literature review was performed using the databases: PubMed and SciELO. In the buccal cavity it can cause petechiae, ecchymosis in the mucosa, spontaneous gingival bleeding, bleeding of superficial lesions and cuts, and may be spontaneous or caused by minor trauma. The dentist must understand and take care of the treatment of these patients, being important to carry out preventive actions and working with the philosophy of minimal intervention.

Keywords: Thrombocytopenic purpura; hematologic diseases; oral health; dentistry.

1. Introdução

A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é uma doença sanguínea adquirida, caracterizada pela trombocitopenia, que é a diminuição do número de plaquetas no sangue periférico. Na maioria dos casos ela está relacionada ao aparecimento de anticorpos antiagregantes plaquetários (KUAN e NURAIN, 2017).

Este problema pode ser assintomático, podendo causar púrpuras pela baixa contagem de plaquetas. Essas púrpuras são manifestações que envolvem o surgimento de petéquias, equimoses e outros tipos de manifestações hemorrágicas, assim como, o surgimento cutâneo e na mucosa, podendo ser espontâneas ou causadas por pequenos traumas (RAJANTIE, 2011; DOOBAREE et al., 2016).

A doença é diagnosticada por anamnese e exames como: hemograma completo, pela contagem de plaquetas, tempo de sangramento, pesquisa de anticorpos antiplaquetários, tempo de coagulação do sangue total, tempo de tromboplastina parcial ativado e tempo de protombina (PROVAN e NEWLAND, 2015).

O paciente com PTI tem aumento de sangramento, redução da quantidade de plaquetas no sangue e aumento do tempo de sangramento, sendo concentrado o problema nas plaquetas e não na cascata da coagulação. Na cavidade bucal ela pode provocar petéquias, equimoses na mucosa, epistaxe, sangramento gengival espontâneo; e, sangramento de lesões superficiais e de cortes (GUPTA, 2007).

Devido as características clínicas específicas desse grupo de pacientes, e sabendo a importância de um tratamento adequado, o presente estudo é uma revisão da literatura com o objetivo de orientar os cirurgiões-dentistas com os cuidados referentes ao tratamento Odontológico de pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática.

2. Púrpura trombocitopênica

A púrpura trombocitopênica idiopática tem sua etiologia promovida por um distúrbio hematológico, caracterizado por uma considerável diminuição do número de plaquetas circulantes no sangue (NEVILLE et AL., 2006; KUAN e NURAIN, 2017).

O diagnóstico de púrpura não constitui uma doença específica, mas sim um sinal, apresentando: hemorragias cutâneas, perdas sanguíneas na mucosa e em órgãos internos, promovidas pelo extravasamento do sangue para os tecidos (PINTO et al., 1990; PROVAN e NEWLAND, 2015).

As púrpuras podem ocorrer de forma isolada; ou, agrupadas, de tamanho diminuto, semelhante a uma cabeça de alfinete (petéquias), ou com forma de placas, com coloração vermelha-azulada (equimose) (LORENZI, 2006).

Devemos lembrar que a PTI é uma doença autolimitada; e raramente, ocorre com quadros graves de sangramento. Apesar disso, uma avaliação clínica cuidadosa, bem como um preciso diagnóstico, tornam-se importantes para o manejo inicial e acompanhamento dessas crianças. Deve-se atentar para o diagnóstico diferencial com outras patologias, que podem também apresentar sinais e sintomas semelhantes à plaquetopenia. O tratamento conservador expectante pode preservar o paciente de efeitos adversos ligados às medicações, sem expô-lo a um aumento de risco de sangramento (DOOBAREE et al., 2016).

A doença é muito comum em crianças saudáveis. Acomete 50 crianças por milhão ao ano, igualmente em gênero (VAISMAN et al., 2004; MALUF JUNIOR, 2007).

A PTI é classificada em duas formas: a púrpura trombocitopênica aguda, mais incidente em crianças jovens (2 a 6 anos), seguida de alguma doença viral; e também, a púrpura trombocitopênica crônica, quando persiste por mais de seis meses (NAMDEV et al., 2009).

3. Diagnóstico

A púrpura pode ser causada por diversas etiologias, como: doenças infecciosas, neoplásicas e/ou imunes (MALUF JUNIOR, 2007).

Para que haja um diagnóstico preciso, é necessário que seja feita uma correta anamnese e um minucioso exame clínico, que devem ser os mais abrangentes possíveis, buscando o maior número de informações sobre o paciente, incluindo sua história familiar, médica e dentária, sendo observada a saúde sistêmica como um todo. A região orofacial deve

ser avaliada com cuidado, para observação da presença de lesões em mucosa, equimoses, petéquias, sangramento gengival e hematomas (FONTES et al., 1999; DOOBAREE et al., 2016).

A PTI pode ser diagnosticada por exclusão de outras causas de trombocitopenia (CINES e BUSSEL, 2005).

Um sangramento significativo é aquele que permanece por mais de 12 horas, o que faz com que o paciente recorra ao dentista, médico ou atendimento de emergência, e resulta no desenvolvimento de hematomas ou equimoses nos tecidos moles e duros; ou, requer um aporte de derivados sanguíneos (GUPTA et al., 2007).

Os testes laboratoriais para diagnóstico das alterações da hemostasia e de coagulação, caracterizam-se por hemograma completo, por contagem das plaquetas, pelo tempo de sangramento, pela prova do laço ou do torniquete, pela pesquisa de anticorpos antiplaquetários, pelo tempo de coagulação do sangue total, pelo tempo de tromboplastina parcial ativado e pelo tempo de protrombina. (LORENZI, 2006)

4. Manejo odontológico

Os dentistas devem ter consciência da gravidade da hemorragia na gestão de seus pacientes. É necessário que os dentistas proponham avaliação dos pacientes pelo médico, antes de qualquer planejamento odontológico (GUPTA et al., 2007).

O principal objetivo é diminuir o risco para os pacientes, restaurando a hemostasia, deixando-o com níveis aceitáveis e utilizar meios de manutenção por métodos locais de hemostasia e outros mecanismos auxiliares.

É importante um controle adequado do biofilme dentário, através de técnicas cuidadosas de higiene bucal, a fim de evitar inflamações, sangramentos, infecções e cáries (GUZELDEMIR, 2009).

As medidas preventivas podem incluir: escovação adequada, uso de creme dental fluoretado, recomendações dietéticas (diminuição da ingestão de sacarose), bochechos diários com fluoretos e procedimentos no consultório odontológico, tais como- aplicação de flúor ou selante em fósulas e fissuras (VAISMAN et al., 2004; GUZELDEMIR, 2009).

Pacientes com trombocitopenia grave necessitam de hospitalização e uma preparação especial para tratamentos como intervenções cirúrgicas. A comunicação entre o cirurgião-dentista e o médico do paciente é de extrema importância. O levantamento de informações necessárias como: profilaxia medicamentosa, medicamentos a serem dispensados, até mesmo

o horário e o dia, para o procedimento odontológico, devem ser seguidos conforme o hematologista, para uma maior segurança ao paciente (GUPTA et al., 2007).

Para que sejam autorizados procedimentos cirúrgicos em pacientes com PTI, as plaquetas devem estar superiores a $50.000/\text{mm}^3$. Em casos onde o sangramento está presente, o primeiro procedimento de controle, é a compressão com gaze, bem como a injeção de um vasoconstritor local. Nas cirurgias odontológicas, a anestesia local deve ser realizada com extremo cuidado, o mais atraumática possível, fazendo a injeção do anestésico de forma lenta e intermitente (ALMEIDA et al., 2004).

Agentes locais hemostáticos, técnicas como pressão, suturas cirúrgicas, entre outros, podem ser utilizados individualmente; ou, em combinação com hemostáticos puros, como a trombina tópica e os vasoconstritores. Mas é preciso cuidado, pois pode haver o risco de vasodilatação rebote, o que poderá aumentar o risco de sangramento tardio (GUPTA et al., 2007).

A saúde periodontal é de fundamental importância em pacientes que possuem PTI, já que tecidos gengivas sofrem maior risco de hemorragia. A periodontite pode causar mobilidade dentária, podendo ser necessária a exodontia do elemento, podendo apresentar complicações. Pode ser necessário, antes da cirurgia periodontal, o uso de bloqueios auxiliares para hemostasia (GUPTA et al., 2007). Tratamento subgengival e alisamento radicular são procedimentos feitos com precaução. Instrumentação ultrassônica pode resultar em menor trauma tecidual.

Procedimentos restauradores e tratamentos endodônticos, geralmente não representam um risco significativo de hemorragia. Devem ser tomados cuidados a fim de evitar ferimentos na gengiva pela colocação de grampo, pelo dique de borracha, pela colocação de matrizes e cunhas. Sugador de saliva de alta potência pode ferir a mucosa do assoalho bucal, causando hematomas ou equimoses, devendo ser utilizados com cautela.

Próteses não costumam envolver risco de hemorragia. Deve-se tomar cuidado com tecidos orais, manuseando-os delicadamente, durante as várias sessões da fabricação das próteses, reduzindo o risco de equimoses. Cuidados na adaptação pós-inserção são necessários, para evitar traumas nos tecidos moles. Em alguns pacientes, ocorre a formação de bolhas cheias de sangue, na mucosa oral, como resposta a traumatismos.

Muitos medicamentos prescritos na clínica odontológica, especialmente AAS, pode interferir na hemostasia do paciente. Os anti-inflamatórios não-esteroidais e AAS, podem aumentar o efeito da Varfarina. Penicilinas, eritromicinas, metronidazol, tetraciclinas e miconazol também potencializam o efeito sobre a Varfarina. Assim, cuidados devem ser

tomados ao prescrever esses medicamentos, principalmente a pacientes com tendências hemorrágicas; e, é aconselhável consultar o médico do paciente antes de qualquer planejamento terapêutico. (ALMEIDA et al., 2004; GUPTA et al., 2007).

É preferível o tratamento hospitalar desses pacientes, com alto risco hemorrágico, para a segurança de possíveis eventos hemorrágicos, durante e após o procedimento.

O cirurgião-dentista deve estar sempre apto a identificar pacientes com distúrbios hemorrágicos. Deve-se seguir sempre uma filosofia preventiva, visando uma correta conduta odontológica (GUZELDEMIR, 2009).

Não existem contraindicações ao tratamento dentário desses pacientes, se as precauções necessárias forem tomadas, referentes ao controle de sangramento, assim como infecções, analisando o melhor procedimento, diante da condição *sui generis* apresentada.

5. Considerações finais

O cirurgião-dentista deve compreender e ter os cuidados necessários, para o tratamento de pacientes que apresentem problemas hemorrágicos. A realização de correta anamnese, do minucioso exame clínico, de forma o mais abrangente possível, visará e potencializará um diagnóstico precoce.

Também, é importante a realização de medidas preventivas, incluindo escovação e uso de creme dental fluoretado, fio dental, bochecho e orientações dietéticas.

Durante o tratamento odontológico, para evitar ferimentos na gengiva, é preciso cuidados em quaisquer procedimentos que possam causar sangramento, realizando um procedimento conservador e o mais atraumático possível.

Referências

ALMEIDA, A. C. P.; ALMEIDA, S. R. F.; MOURA, R. C. Controle da Hemorragia Oral e Anestesia Local em pacientes Hemofílicos. In: *Jornal Brasileiro de Clinica Odontológica Integrada*, v.8, n. 45, p. 271-275, 2004.

CINES, D. B.; BUSSEL, J. B. How I treat idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). In: *Journal Blood*, v. 106, p. 2244-2251, 2005.

DOOBAREE, I. U.; NANDIGAM, R.; BENNETT, D.; NEWLAND, A.; PROVAN, D.

Thromboembolism in adults with primary immune thrombocytopenia: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Haematol.* v. 97, n. 4, p. 321-30, Oct. 2016.

FONTES, L. B. C.; ALVES, T. D. B.; MONTANDON, E. B.; CORREIA, M. D. C. B.; SANTOS, V. I. M. Doenças hemorrágicas no atendimento odontológico a crianças. In: *Pediatria Moderna*, v, 32, n. 10, p. 789-796, 1999.

GUPTA, A.; EPSTEINN, J. B.; CABAY, R. J. Bleeding Disorders of Importance in Dental Care and Related Patient Management, v 73, n. 1, p. 77-83, 2007.

GUZELDEMIR, E. The role of oral hygiene in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Int J Dent Hyg.* v. 7, n. 4, p. 289-93, Nov. 2009.

KUAN, Y. C.; NURAIN, M. N. Idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood, Langerhans cell histiocytosis in adulthood: More than a chance association? *Med J Malaysia.* v. 72, n. 1, p. 50-52, Feb. 2017.

LORENZI, T. F. Patologia da Hemostasia. In: *Manual de hematologia: propedeutica clinica*, 4.ed,-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006, p. 499-524.

MALUF JUNIOR, P. T. Púrpura Trombocitopênica imune: diagnóstico e tratamento, In: *Pediatria (São Paulo)*. V. 29, n. 3, p. 222-231, 2007.

NAMDEV, R.; DUTTA, S. R, Singh H. Acute immune thrombocytopenic purpura triggered by insect bite. In: *Journal Indian.* v 27, n. 1, p. 58-61, 2009.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Trombocitopênia In. *Patologia Oral e Maxiofacial*, Rio de Janeiro; Granabara Koogan S.A., 2006, 2ª ed., p. 414-515.

PINTO, L. A.; MOS, S.; PANSANI, C. A.; GIRO, E. M. A.; LIMA, F. C. B. D. A.; COSTA, J. H. C. Púrpura trombocitopênica. In: *RGO*, v. 38, n. 4, p. 280-281, 1990.

PROVAN, D.; NEWLAND, A. C. Current Management of Primary Immune

Thrombocytopenia. *Adv Ther.* v. 32, n. 10, p. 875-87, Oct. 2015.

RAJANTIE, J. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) in children. *Duodecim.* v. 127, n. 19, p. 2081-6, 2011.

VAISMAN, B.; MEDINA, A. C.; RAMIREZ, G. Dental treatment for children with chronic idiopathic thrombocytopaenic purpura: a report of two cases. *Int J Paediatr Dent.* v. 14, n. 5, p. 355-62, Sep. 2004.