

Lesões bucais em paciente com púrpura trombocitopênica idiopática: Um relato de caso

Oral lesions in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura: A case report

Lesiones bucales en paciente con púrpura trombocitopénica idiopática: Un relato de caso

Recebido: 15/10/2024 | Revisado: 24/10/2024 | Aceitado: 25/10/2024 | Publicado: 28/10/2024

Anna Isis Fornazari Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1162-6983>

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

E-mail: anna.rocha@uepg.br

Marceli Dias Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4037-0191>

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

E-mail: marcelif23@gmail.com

Fernanda Pereira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4108-5843>

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

E-mail: fernanda.pesilva@hotmail.com

Valeska Caroline Walchaki

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6510-4845>

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

E-mail: valeska.walchaki@uepg.br

Maria Luiza Chemin

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3190-9441>

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

E-mail: marialuizachemin@gmail.com

Manoela Wisniewski Bevervanso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9721-7756>

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

E-mail: manubevervanso@hotmail.com

Marcela Claudino

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2756-5047>

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

E-mail: marcelaclaudino@hotmail.com

Resumo

A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é um distúrbio hematológico caracterizado por trombocitopenia. A patogênese desta condição é mediada por autoanticorpos que revestem as plaquetas, resultando em sua eliminação pelo baço. Quanto à sintomatologia, pode ser assintomática ou pode apresentar hematomas leves, moderados ou graves com alto risco hemorrágico. As manifestações bucais associadas a PTI incluem sangramentos, equimoses, petéquias, hemorragias e lesões mucocutâneas. O objetivo deste estudo é relatar um caso de PTI com manifestações bucais, bem como realizar a descrição detalhada delas, discutir métodos de diagnóstico e as condutas terapêuticas. A presença do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar é de extrema importância para o paciente visando o diagnóstico e tratamento adequados, uma vez que manifestações bucais são comumente observadas como os primeiros sinais clínicos da doença. O cirurgião-dentista, através da avaliação minuciosa da cavidade bucal, pode identificar precocemente esses sintomas, contribuindo para o diagnóstico precoce e a administração de cuidados adequados.

Palavras-chave: Trombocitopenia; Púrpura Trombocitopênica Idiopática; Equimose.

Abstract

Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) is a hematological disorder characterized by thrombocytopenia. The pathogenesis of this condition is mediated by autoantibodies directed at platelets and resulting in their elimination by the spleen. It can be asymptomatic and may present with mild, moderate or severe hematomas with a high risk of hemorrhage. Oral manifestations include bleeding, ecchymoses, petechiae, hemorrhages and mucocutaneous lesions. The aim of this study is to report a case of ITP with oral manifestations, provide a detailed description of the oral lesions, discuss diagnostic methods and therapeutic approaches. The presence of a dental surgeon in a hospital environment is of great importance for proper diagnosis and treatment, since oral manifestations are commonly

observed as the first clinical signs of the disease. The dental surgeon can identify these symptoms early on and contribute to early diagnosis and the administration of appropriate care.

Keywords: Thrombocytopenia; Idiopathic Thrombocytopenic Purpura; Ecchymosis.

Resumen

La Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) es una enfermedad hematológica caracterizada por trombocitopenia. La patogénesis de esta afección está mediada por autoanticuerpos que recubren las plaquetas, lo que conduce a su eliminación en el bazo. Clínicamente, la PTI puede ser asintomática o presentar hematomas leve, moderados o graves con alto riesgo hemorrágico. Los síntomas bucales asociados a esta enfermedad incluyen hemorragias, equimosis, petequias y lesiones mucocutáneas. El objetivo de este estudio es reportar un caso de PTI con síntomas orales, describirlos en detalle, discutir los métodos diagnósticos y los enfoques terapéuticos. La presencia de un odontólogo en un entorno hospitalario es esencial para garantizar un diagnóstico y tratamiento adecuados, ya que los síntomas bucales suelen observarse como manifestaciones iniciales de la enfermedad. A través de una evaluación exhaustiva oral, el odontólogo puede identificar estos síntomas en una etapa temprana, contribuyendo al diagnóstico precoz y a la provisión de cuidados adecuados.

Palabras clave: Trombocitopenia; Púrpura Trombocitopénica Idiopática; Equimosis.

1. Introdução

A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI), também conhecida como púrpura trombocitopênica primária ou trombocitopenia imune é um distúrbio hematológico caracterizado por uma contagem reduzida de plaquetas no sangue periférico (abaixo de 100.000 mm³) e por distúrbios plaquetários como a marginalização plaquetária (Neunert et al., 2011; Provan et al., 2019; Rodeghiero et al., 2009; Bussel et al., 2021; Queiroz et al., 2022).

Pode ser classificada em aguda, forma mais comum em crianças, caracterizada pelo início súbito de petéquias e púrpuras aproximadamente 2 ou 3 semanas após uma infecção viral ou imunização. Neste caso, a condição pode ser autolimitada, sendo que mais de 70% dos casos de PTI aguda apresentam remissão em 6 meses. A PTI também pode ser crônica, com um início sutil e acometendo principalmente pacientes adultos. Quanto às características apresenta-se de forma assintomática ou pode manifestar hematomas leves/moderados ou graves com alto risco hemorrágico (Provan, 2009; Queiroz et al., 2022).

A incidência de PTI é de 3,3 casos em 100.000 adultos por ano, com uma prevalência de 9,5 por 100.000 em adultos. Além disso, há uma predileção por pacientes do sexo feminino em adultos jovens, mas a prevalência de PTI em homens e mulheres é uniforme em pacientes com mais de 65 anos (Lambert; Gernsheimer, 2017). Em crianças, essa depuração plaquetária mediada por anticorpos e a produção plaquetária prejudicada ocorre em aproximadamente 1,9 - 6,4 por 100.000 por ano (Neunert, 2017).

A PTI é mediada por autoanticorpos, geralmente do subtipo IgG, direcionados contra glicoproteínas da membrana plaquetária como IIb/IIIa, Ib/IIa e VI, formados após exposição a um agente desencadeante. Estas plaquetas, revestidas de anticorpos, são rapidamente eliminadas pelos macrófagos no baço, resultando em trombocitopenia. Também há um mecanismo alternativo proposto que envolve a citotoxicidade mediada por células T atacando megacariócitos na medula óssea, embora não totalmente elucidado (Zufferey; Kapur; Semple, 2017; Thakre; Gharde; Raghuwanshi, 2023).

O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico, hemograma e análise do esfregaço periférico. No exame físico, observa-se desde sinais de sangramentos, como petéquias, equimoses e hematomas, até sangramentos mais importantes, como: epistaxes, hematúria, sangramento gengival e no sistema nervoso central. Além disso, o diagnóstico da PTI envolve a exclusão de outras causas que podem levar à redução na produção de plaquetas ou ao aumento do seu consumo. Exemplos incluem trombocitopenia induzida por drogas, etilismo crônico, tratamento com heparinas, distúrbios mieloproliferativos, coagulação intravascular disseminada, esplenomegalia e infecção por *Helicobacter pylori*. Os principais diagnósticos diferenciais da PTI incluem síndrome de Bernard-Soulier, síndrome de Wiskott-Aldrich, leucemias, linfomas, infecções virais

como HIV/AIDS e mononucleose infecciosa, além de outras doenças autoimunes como o lúpus eritematoso sistêmico (Cines; Bussel, 2005; Provan et al., 2019).

O tratamento da Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) deve ser gerido por um hematologista. As opções incluem uso de corticosteróides como a prednisona para hemorragias não graves; imunoglobulinas para hemorragias graves ou risco de sangramento, porém seu efeito é transitório. A esplenectomia é indicada na presença de falha terapêutica prévia e sangramentos persistentes. As transfusões de plaquetas são reservadas para hemorragias de risco de morte e devem ser combinadas com altas doses de corticoides ou imunoglobulina intravenosa. A administração de anticorpos monoclonais também pode ser considerada, levando à depleção rápida das células B e interferindo na ação dos linfócitos T (Cines; Bussel, 2005).

Dentre as manifestações iniciais associadas à PTI, podem-se observar sangramentos, equimoses, petéquias, púrpuras, hemorragias e lesões mucocutâneas, sendo essas comumente presentes na mucosa bucal (Lanza et al., 2021; Sugiura et al., 2018; Verde et al., 2024). Casos com manifestações bucais precoces evidenciam a relevância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar no diagnóstico diferencial, permitindo a identificação e o tratamento adequado de lesões na cavidade bucal. Além disso, o manejo de pacientes com PTI, que apresentam risco aumentado de sangramento durante procedimentos odontológicos ambulatoriais, requer o conhecimento especializado do cirurgião-dentista para prevenir complicações e garantir a segurança do paciente. Dessa forma, a atuação interdisciplinar entre cirurgiões-dentistas e equipe médica é fundamental para um tratamento integrado e eficaz da PTI (Pereira; Torregrossa, 2023., Uda et al., 2024).

Portanto, o objetivo deste estudo será relatar um caso de PTI com manifestações bucais, bem como realizar a descrição detalhada das lesões bucais, discutir métodos de diagnóstico e as condutas terapêuticas.

2. Metodologia

Este artigo é um relato de caso, abordado de forma descritiva e qualitativa (Pereira et al., 2018), em que as informações foram obtidas por meio de exames laboratoriais e outras observações clínicas relevantes encontradas em registros médicos e multidisciplinares.

Este estudo foi desenvolvido levando-se em conta os princípios éticos descritos na Declaração de Helsinque (World Medical Association, 1964), respeitando a resolução 466/2012, a carta circular CONEP/2018 (Ministério da Saúde, 2018) mediante a assinatura do TCLE e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Regional dos Campos Gerais (UEPG), sob o número de aprovação: (CAAE 82397324.9.0000.0105).

3. Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 52 anos, construtor civil, bom estado de saúde geral, sem histórico de comorbidades, ex tabagista há 3 anos (fumou por mais de 40 anos), foi encaminhado para um Hospital Universitário no Paraná com quadros de epistaxe, gengivorragia e hematúria. Além disso, foi observada presença de manchas violáceas difusas por todo o corpo. Negava febre, perda de peso, sudorese e dor. Não possuía doença hereditária ou adquirida nem registros de transfusão sanguínea.

Os exames laboratoriais iniciais realizados no primeiro dia de internamento (Tabela 1) demonstraram plaquetopenia relevante e valores elevados de desidrogenase lática. Os exames sorológicos (dengue NS1, HIV, VDRL e HbsAg) apresentaram resultados não reagentes.

Tabela 1 – Exames complementares do primeiro dia de internamento.

Parâmetros	Valores de admissão	Valores de referência para sexo masculino
Hemoglobina (Hb)	13,5 g %	13,0 - 16,9 g/dL
Hematócrito (Ht)	36,60%	40 - 50 %
Volume corpuscular médio (VCM)	84,1 fl	80 - 100 fl
Hemoglobina corpuscular média (HCM)	31 pg	26,9 - 32,6 %
Amplitude de distribuição dos eritrócitos (RDW)	14%	11,2 - 15,6 %
Leucócitos	7.900 / mm ³	3.500 - 10.000 mm ³
Bastões	0%	0 - 80 %
Neutrófilos	3.900 / mm ³	1.500 - 8.000 mm ³
Linfócitos	3.100 / mm ³	1.000 - 4.800 mm ³
Monócitos	500 / mm ³	100 - 1.000 mm ³
Plaquetas	10.000 mil/mm ³	150.000 - 450.000 mil/mm ³
Desidrogenase láctica (LDH)	544 UI/L	120 - 146 UI/L
Transaminase pirúvica (TGP)	36 UI/L	7 - 56 UI/L

Fonte: Autoria própria (2024).

No segundo dia de internamento, observou-se queda de plaquetas para 1.000/mm³. O paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, acordado, comunicativo e sem queixas. Ao exame físico pela hematologia, apresentava petéquias e púrpuras difusas por todo o corpo, episódios de epistaxe autolimitada e com presença de múltiplas lesões em cavidade bucal. Baseado nos dados clínicos e laboratoriais, o paciente foi diagnosticado com púrpura trombocitopênica idiopática em quadro agudo. A prescrição realizada foi de Prednisona 1mg/Kg, Ivermectina 200mcg/Kg/dia, Sulfato Ferroso 40mcg via oral, Omeprazol 20mg/dia (IBP) e baixa dose de Ácido Tranexâmico (500mg de 8h em 8h) por persistência de epistaxe. Devido a estabilidade clínica apesar de sangramentos, optou-se por manter sem imunoglobulina.

Após solicitação da equipe de Hematologia, no terceiro dia de internamento foi realizada avaliação pelo cirurgião dentista de lesões bucais associadas ao quadro clínico do paciente, onde se observou presença de múltiplas púrpuras e hematomas difusos por todo corpo, lábios hidratados e hipocorados (Figura 1).

Figura 1 – Aspecto clínico das manifestações extrabucais da PTI, caracterizadas por púrpuras e hematomas em região facial (A) e cervical (B).



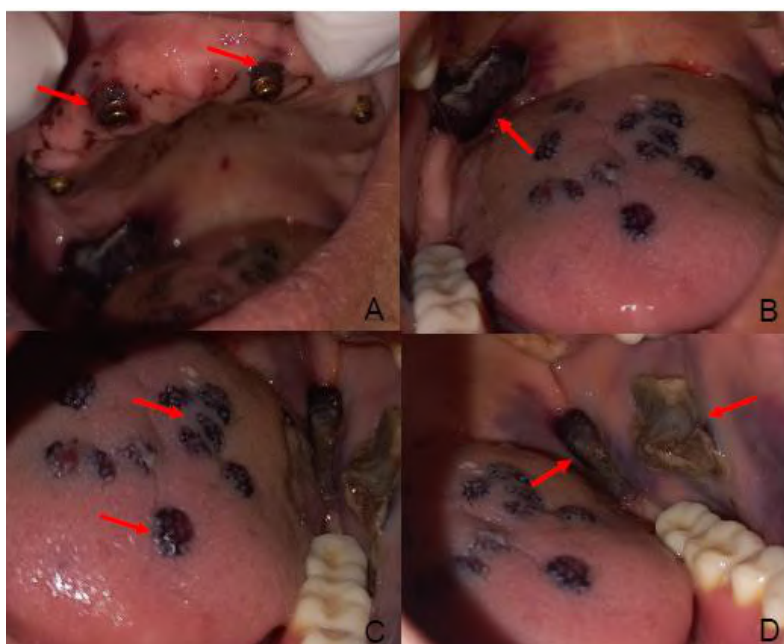
Fonte: Autoria própria (2024).

Ao exame intraoral, observou-se rebordo edêntulo em uso de protocolo do tipo overdenture superior e inferior, apresentando sangramento peri-implantar, hematomas e múltiplas lesões bolhosas hemorrágicas em mucosa jugal bilateral, região de trígono retromolar, palato e língua (Figura 2). Em região de trígono retromolar lado direito e mucosa jugal lado esquerdo havia lesões com aumento de volume e superfície necrótica devido à formação de bolha hemorrágica associada à trauma na região (Figura 2A e 2D).

Neste primeiro atendimento odontológico, as próteses foram removidas para evitar traumas recorrentes e foi orientado para que o uso fosse restrito durante a alimentação.

Além disso, foi realizada sessão de laserterapia com uso de laser vermelho (660nm/100 mW), com dose de 2 Joules durante 20 segundos (LASER DUO MMO), com a técnica pontual, nas margens das lesões que se apresentavam com maior aumento de volume bem como centro necrótico (Figura 2A e 2D) com objetivo de estimular a fotobiomodulação e reparo da lesão. Também foi realizado o planejamento do desbridamento de pontos necróticos na sessão seguinte.

Figura 2 – Aspecto clínico das múltiplas lesões bolhosas hemorrágicas no terceiro dia de internamento.



Fonte: Autoria própria (2024).

No quarto dia de internamento, foi prescrito Imunoglobulina intravenosa (IgIV) 1g/kg e manutenção das demais medicações anteriormente prescritas devido persistência de hematúria, anemia progressiva, epistaxe e sangramento mucocutâneo. Foi realizada a segunda sessão de laserterapia associada ao desbridamento das lesões que se apresentavam com porções necróticas. Também foi prescrita dieta na consistência pastosa para minimizar os traumas mastigatórios. Lesões bolhosas hemorrágicas persistiram na cavidade bucal (Figura 3).

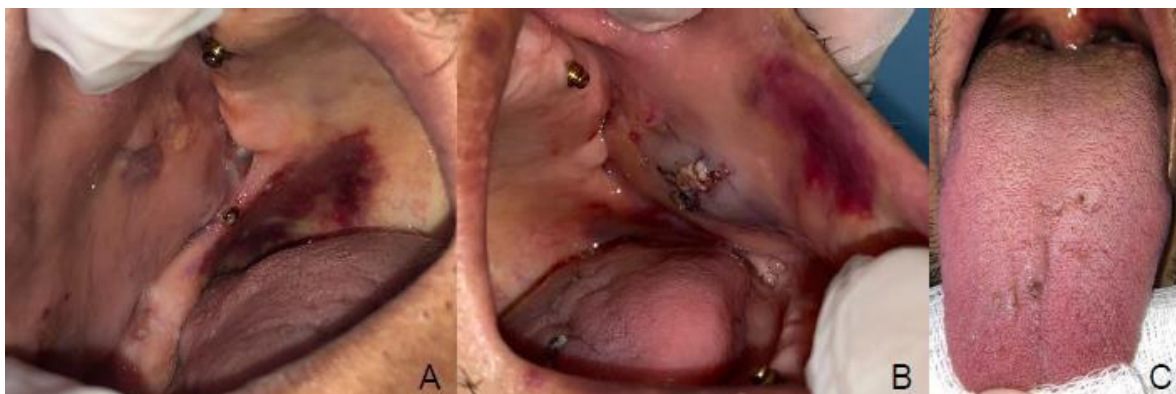
Figura 3 – Aspecto clínico das lesões bucais no quarto dia de internamento.



Fonte: Autoria própria (2024).

No quinto dia de internamento o paciente permaneceu estável hemodinamicamente, com melhora progressiva da hematúria. As lesões bucais apresentaram melhora significativa (Figura 4). Foi realizada a terceira sessão de laserterapia e a segunda sessão de desbridamento das lesões. No dia seguinte, foi possível dar retorno a dieta branda.

Figura 4 – Aspecto clínico da remissão parcial das lesões bucais no quinto dia de internamento.



Fonte: Autoria própria (2024).

No sétimo dia de internamento, o paciente negava exteriorização de sangramentos ou outras queixas e as lesões bucais tiveram remissão completa (Figura 5). Porém, a contagem de plaquetas manteve-se baixa ($2.000/\text{mm}^3$). Assim, foi prescrito Eltrombopag Oliamina 25mg, Prednisona 1mg/Kg, Omeprazol (IBP) 20mg/dia, Sulfato Ferroso 40mcg via oral. O ácido tranexâmico de horário foi suspenso. Somente no décimo dia de internação hospitalar, com contagem de plaquetas em $5.000/\text{mm}^3$ o paciente recebeu alta hospitalar. Devido a falta de resposta ao corticoide e imunoglobulina, optou-se por manter Eltrombopag 50mg/dia, reduzir prednisona para 60mg/dia e manutenção do sulfato ferroso 40mcg VO 48/48h, com retorno

ambulatorial programado para acompanhamento.

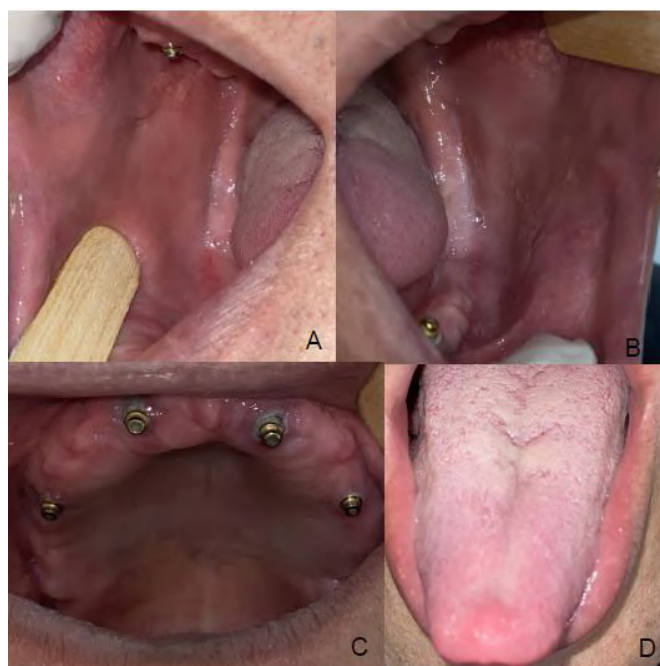
Figura 5 - Aspecto clínico da remissão completa das lesões bucais no sétimo dia de internamento.



Fonte: Autoria própria (2024).

O paciente foi submetido a acompanhamento ambulatorial após 2 meses, 5 meses e por fim 7 meses após alta, onde não se observou recidiva de lesões bucais (Figura 6). O uso de Eltrombopag 50mg/dia foi mantido, em desmame da Prednisona até sua suspensão, mantendo sulfato ferroso. No entanto, a máxima de contagem de plaquetas observada em 7 meses de proervação foi 28.000/mm³. Assim, a cirurgia de esplenectomia foi solicitada devido ao quadro de púrpura trombocitopênica idiopática corticorresistente, sem resposta à imunoglobulina.

Figura 6 - Aspecto clínico extrabucal e intrabucal da avaliação de acompanhamento de 7 meses, revelando ausência de lesões bucais.



Fonte: Autoria própria (2024).

4. Discussão

A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), também chamada de Trombocitopenia Imune Primária, é uma condição autoimune caracterizada pela destruição prematura das plaquetas pelo sistema imunológico na ausência de outras causas ou condições subjacentes, resultando em baixos níveis de plaquetas no sangue (trombocitopenia). Esta condição deve-se a produção de autoanticorpos que se ligam às plaquetas, sinalizando-as para destruição pelo baço (Thakre; Gharde; Raghuwanshi, 2023). O exame físico odontológico concentra-se na identificação de sinais de sangramento nas mucosas bucais, que podem indicar a presença de condições mais graves. Este caso clínico ilustra as manifestações bucais em um paciente com PTI, abordando os aspectos clínicos das lesões em cavidade bucal, os tratamentos odontológicos aplicados e as intervenções clínicas realizadas até a completa remissão das lesões.

O paciente deste estudo é do sexo masculino e possui 53 anos. De acordo com a literatura, a PTI pode variar de acordo com a faixa etária e o sexo, no entanto em adultos destaca-se a predominância pelo sexo feminino, em uma faixa etária que abrange a 4ª década de vida (Lambert; Gernsheimer, 2017; Dong et al., 2023). Em um estudo realizado nos EUA foi quantificada a prevalência de PTI a partir de dados coletados de 1.169 pacientes. Houve uma predominância de homens na infância e de mulheres na meia-idade, com uma razão da taxa de prevalência geral entre mulheres e homens em 1,9:1 (Segal; Powe, 2006). Um estudo de 2022 traçou o perfil de adultos com PTI em um hospital de referência em São Paulo e verificaram que dentre os 100 pacientes, 78% foram do sexo feminino e 22% do sexo masculino, corroborando para estatística geral da doença, no entanto a idade mediana dos pacientes foi de 58 anos (Augusto et al., 2022), faixa etária próxima a do paciente descrito neste caso.

O diagnóstico da PTI é feito por exclusão, pois sua etiologia é considerada idiopática (Neunert et al., 2019). A condição envolve uma desregulação das células B e plasmócitos, resultando na produção de autoanticorpos patogênicos que causam a destruição das plaquetas e comprometem a megacariopoiese, favorecendo o desenvolvimento da trombocitopenia (Zufferey; Kapur; Semple, 2017). Existe também a trombocitopenia secundária, que ocorre devido a doenças subjacentes ou à exposição a medicamentos. A distinção entre a PTI primária e secundária é clinicamente relevante, pois, embora o tratamento de ambas seja semelhante, no caso da trombocitopenia secundária, as terapias são direcionadas para a causa subjacente (Rodeghiero et al., 2009). No caso descrito, durante o internamento, foram excluídas todas as possíveis causas relacionadas à trombocitopenia secundária, confirmando o diagnóstico de PTI primária de etiologia idiopática.

O sangramento da pele pode ocorrer como petéquias, púrpuras ou sangramento nas mucosas. Petéquias são pequenas manchas vermelhas, planas, discretas e do tamanho de uma cabeça de alfinete, causadas pelo extravasamento de hemácias dos capilares, são indolores e não desaparecem com a pressão. Púrpura refere-se a manchas arroxeadas na pele formadas por petéquias confluentes. A púrpura seca ocorre na pele, enquanto a púrpura úmida aparece em mucosas e pode se manifestar como bolhas hemorrágicas, sendo um possível indicativo de hemorragias mais graves (Mithoowani et al., 2020).

As manifestações bucais podem anteceder ou acompanhar o quadro clínico da PTI. Entre elas, destacam-se o sangramento gengival, que pode ser provocado por pequenos traumas ou ocorrer espontaneamente, e diversos tipos de lesões hemorrágicas, como petéquias, púrpuras, equimoses e hematomas. Essas lesões podem surgir na mucosa bucal durante atividades rotineiras, como mastigar ou engolir (Chi et al., 2010).

A gravidade da trombocitopenia varia entre os pacientes com PTI, sendo que a maior preocupação com o risco de sangramento ocorre em contagens de plaquetas inferiores a 20.000 mm³. Os preditores clínicos de sangramento incluem histórico prévio de episódios hemorrágicos, presença de púrpura úmida e hematúria. Estudos demonstram que indivíduos com PTI e púrpuras bucais têm um risco aumentado de sangramento (Mithoowani et al., 2020; Balitsky et al., 2021). Podemos destacar ainda que no caso analisado, observou-se níveis elevados de desidrogenase láctica (LDH). Estudos indicam que a

presença de altos níveis de LDH extracelular estão associados à morte celular e destruição tecidual, o que pode apontar para lesões que comprometem a integridade da mucosa bucal (Lokesh; Kannabiran; Rao, 2016).

O paciente apresentou um padrão de lesões bucais semelhante ao descrito na literatura. Em 2021, um paciente do sexo masculino com 47 anos, com boa saúde geral, apresentou lesões equimóticas na mucosa bucal, gengivorragia, lesão sangrante em ápice de língua e presença de inúmeras petéquias em tronco, couro cabeludo, membros inferiores e dorso dos pés, em seguida foi encaminhado ao atendimento médico e necessitou de internação hospitalar, com contagem de plaquetas em $1.000/\text{mm}^3$, sendo submetido aos exames necessários, com diagnóstico de PTI (Lanza et al., 2021).

Relatos na literatura descrevem sangramento gengival, bolhas hemorrágicas na cavidade bucal e equimoses no dorso da língua (Chi et al., 2010; Sugiura et al., 2018; Sangwan et al., 2013), e a maioria dos estudos tem como objetivo destacar o papel dos profissionais de saúde bucal no reconhecimento precoce da PTI, que é especialmente relevante em casos de rápida depleção plaquetária, alto risco de sangramento interno e complicações potencialmente fatais. Além disso, esses estudos reforçam a necessidade de cautela ao realizar intervenções odontológicas em pacientes com esse quadro (Verde et al., 2024). Nosso estudo propõe, pela primeira vez, um protocolo direcionado ao tratamento das lesões intraorais em ambiente hospitalar. Enquanto a literatura atual foca na remissão das lesões bucais por meio de tratamento sistêmico, a abordagem intraoral ainda permanece inexplorada, abrindo novas possibilidades para o manejo odontológico hospitalar em colaboração com a equipe multidisciplinar.

Após a execução do protocolo pela equipe de Odontologia Hospitalar, o paciente apresentou uma melhora significativa nas lesões bucais. A laserterapia, amplamente utilizada no tratamento de lesões bucais, exerce efeitos anti-inflamatórios, analgésicos e de regeneração tecidual (Dompe et al., 2020; Pandeshwar et al., 2015). No caso relatado, a fotobiomodulação foi aplicada de forma pontual nas margens das lesões necróticas e com aumento de volume, promovendo uma modulação nas células adjacentes, regeneração dos tecidos e redução da resposta inflamatória local e periférica (Freitas; Hamblin, 2016; Campos et al., 2021).

A remoção dos fatores traumáticos e a adaptação da dieta também foram essenciais para a melhora. A pasta de ácido tranexâmico com solução salina 0,9% não foi utilizada neste caso, mas seria uma opção em caso de dificuldade para controlar um sangramento na cavidade bucal. A aplicação tópica pode ajudar a conter o sangramento com efeitos sistêmicos mínimos (Ker; Beecher; Roberts, 2013). O paciente permaneceu corticoresistente, sendo necessária a programação de uma esplenectomia. Ainda assim, não surgiram novas lesões após a alta hospitalar.

Neste contexto, a relevância do atendimento multidisciplinar é evidente para que as estratégias terapêuticas sejam realmente eficazes (Pereira; Torregrossa, 2023., Uda et al., 2024). De fato, a adequação da dieta bem como a suspensão do uso das próteses são importantes para minimizar os traumas mastigatórios que podem gerar ou exacerbar quadros hemorrágicos. Além disso, o acompanhamento realizado por meio do hemograma é fundamental para o delineamento do plano de tratamento.

5. Conclusão

Este relato de caso ilustra as manifestações bucais associadas ao quadro de púrpura trombocitopênica idiopática, bem como as possíveis estratégias terapêuticas que podem ser utilizadas. Contudo, outros estudos devem ser conduzidos visando otimizar o manejo destes pacientes e descrever diferentes formas de tratamento para pacientes com manifestações bucais associadas a púrpura trombocitopênica idiopática. Estes estudos certamente contribuirão para que as estratégias preventivas e terapêuticas sejam mais efetivas.

Referências

- Associação Médica Mundial. (1964). Declaração de Helsinque. Princípios éticos para a pesquisa em seres humanos. Helsinque.
- Augusto, G., Silva, A. C. P., Vicari, P. & Figueiredo V. L. P. (2022). Trombocitopenia imune: Diagnóstico e evolução de pacientes acompanhados em serviço de referência do estado de São Paulo. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, 44(2):S267-S268. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.452>
- Balitsky, A. K., Liu, Y., Meer, P. F., Heddle, N.M. & Arnold, D. M. (2021). Exploring the components of bleeding outcomes in transfusion trials for patients with hematologic malignancy. *Transfusion*, 61(1):286-293. doi: 10.1111/trf.16126.
- Bussel, J., Cooper, N., Boccia, R., Zaja, F. & Newland, A. (2021). Immune thrombocytopenia. *Expert Rev Hematol*, 14(11):1013-1025. doi: 10.1080/17474086.2021.1995347.
- Campos, L., Campanhã, D., Tateno, R. Y. & Palma, L. F. (2022). Photobiomodulation and Antimicrobial Photodynamic Therapy for Oral Ulcers in a Patient With Thrombocytopenia Following Bone Marrow Transplantation. *J Lasers Med Sci*, 13(17): 1-3. doi: 10.34172/jlms.2022.17.
- Cines, D. B. & Bussel, J. B. (2005). How I treat idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). *Blood Adv*, 106(7):2244-2251. <https://doi.org/10.1182/blood-2004-12-4598>
- Chi, A. C., Neville, B. W., Krayner, J. W. & Gonçalves, W. C. (2010). Oral Manifestations of Systemic Disease. *Am Fam Physician*, 82(11):1381-1388. PMID: 21121523.
- Dompe, C.; Moncrieff, L.; Matys, J.; Grzech-Leśniak, K.; Kocherova, I.; Bryja, A.; Bruska, M.; Dominiak, M.; Mozdziak, P.; Skiba, T.H.I.; et al. (2020). Photobiomodulation-Underlying Mechanism and Clinical Applications. *J. Clin. Med*, 9(6):1-17. <https://doi.org/10.3390/jcm9061724>
- Dong, Y., Xia, Z., Zhou, J., Hu, Y., Yue, M., Wang, Y & Hu, M. (2023). Risk of thrombotic events in immune thrombocytopenia patients treated with thrombopoietic agents: a systematic review and meta-analysis. *Thromb J*, 21(69):1-20. doi: 10.1186/s12959-023-00509-z.
- Freitas, L.F. & Hamblin, M.R. (2016). Proposed Mechanisms of Photobiomodulation or Low-Level Light Therapy. *IEEE J Sel Top Quantum Electron*, 22(3):1-37. doi: 10.1109/JSTQE.2016.2561201.
- Ker, K., Beecher, D. & Roberts, I. (2013). Topical application of tranexamic acid for the reduction of bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 23(7):1-65. doi: 10.1002/14651858.CD010562
- Lambert, M.P. & Gernsheimer, T.B. (2017). Clinical updates in adult immune thrombocytopenia. *Blood*, 129(21):2829-2835. <https://doi.org/10.1182/blood-2017-03-754119>
- Lanza, A., Spirito, F. D., Petrosino, S. & Sbordone, L. (2021). Oral Healthcare and Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: Early Recognition, Dental Management and Case Report. *Dent J (Basel)*, 9(9):1-9. doi: 10.3390/dj9090108.
- Lokesh, K., Kannabiran, J. & RAO, M.D. (2016). Salivary Lactate Dehydrogenase (LDH)- A Novel Technique in Oral Cancer Detection and Diagnosis. *J Clin Diagn Res*, 10(7):34-37. doi: 10.7860/JCD6/16243.7223.
- Ministério da Saúde, (2018). Carta Circular nº166 – CONEP. Brasil.
- Mithoowani, S., Cervi, A., Shah, N., Ejaz, R., Sirotich, E., Barty, R., Li, N., Nazy, I. & Arnold, D.M. (2020). Management of major bleeds in patients with immune thrombocytopenia. *J Thromb Haemost*, 18(7):1783-1790. doi: 10.1111/jth.14809.
- Neunert, C., Lim, W., Crowther, M., Cohen, A., Solberg, L. & Crowther, M. A. (2011). The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood Adv*, 117(16):4190-4207. <https://doi.org/10.1182/blood-2010-08-302984>
- Neunert, C. (2017). Management of newly diagnosed immune thrombocytopenia: can we change outcomes?. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 1(24):400-405. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2017.1.400>
- Neunert, C., Terrell, D.R., Arnold, D.M., Buchanan, G., Cines, D.B., Cooper, N., Cuker, A., Despotovic, J.M., George, J.N., Grace, R.F., Kühne, T., Kuter, D.J., Lim, W., McCrae, K.R., Pruitt, B., Shimanek, H. & Vesely, S.K. (2020). American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv*, 3(23):3829-3866. doi: 10.1182/bloodadvances.2019000966.
- Pandeshwar, P., Roa, M.D., Das, R., Shastry, S.P., Kaul, R. & Srinivasreddy, M.B. (2016). Photobiomodulation in oral medicine: a review. *J Investig Clin Dent*, 7(2):114-126. doi: 10.1111/jicd.12148.
- Pereira, A.S., Shitsuka, D.M., Parreira, F.J. & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da Pesquisa Científica. [E-book gratuito]. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf. Santa Maria/RS. Ed.UAB/NTE/UFSM.
- Pereira, N. M. S., & Torregrossa, V. R. (2023). Manejo odontológico de pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática: relato de caso clínico. *Revista Brasileira De Saúde Funcional*, 11(1), 52-64. <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v11i1.1470>
- Provan, D. (2009). Characteristics of immune thrombocytopenic purpura: a guide for clinical practice. *European Journal of Haematology*, 82(71):8-12. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0609.2008.01207.x>
- Provan, D., Arnold, D. M., Bussel, J.B., Chong, B. H., Cooper, N., Gernsheimer, T., Ghanima, W., Godeau, B., González-López, T .J., Grainger, J., Hou, M., Kruse, C., McDonald, V., Michel, M., Newland, A. C., Pavord, S., Rodeghiero, F., Scully, M., Tomiyama, Y., Wong, R. S., Zaja, F & Kuter, D. J. (2019). Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood Adv*, 3(22):3780-3817. doi: 10.1182/bloodadvances.2019000812.

- Queiroz, M .D., Souza, A. A. R., Rocha , A. C. A. A., Santos, M.D. dos. & Almeida, D. R. (2022). Idiopathic thrombocytopenic purpura in children: a narrative review. *Research, Society and Development*, 11(2): e35711225734. doi: 10.33448/rsd-v11i2.25734.
- Rodeghiero, F., Stasi, R., Gernsheimer, T., Michel, M., Provan, D., Arnold, D. M., Bussel, J. B., Cines, D. B., Chong, B. H., Cooper, N., Godeau, B., Lechner, K., Mazzucconi, M. G., McMillan, R., Sanz, M. A., Imbach, P., Blanchette, V., Kühne, T., Ruggeri, M. & George, J. N. (2009). Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood*, 113(11):2386-93. doi: 10.1182/blood-2008-07-162503.
- Sangwan, A., Tewari, S., Narula, S. C., Sharma, R. K. & Sangwan, P. (2013). Significance of periodontal health in primary immune thrombocytopenia - a case report and review of literature. *J Dent (Tehran)*, 10(2):197-202. PMID: 23724220; PMCID: PMC3666081.
- Segal, J. B. & Powe, N. R. (2006). Prevalence of immune thrombocytopenia: analyses of administrative data. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 4(11):2377-2383. <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2006.02147.x>
- Sugiura, T., Yamamoto, K., Murakami, K., Horita, S., Matsusue, Y., Nakashima, C. & Kirita, T. (2018). Immune Thrombocytopenic Purpura Detected with Oral Hemorrhage: a Case Report. *J Dent (Shiraz)*, 19(2):159-163. PMID: 29854891; PMCID: PMC5960737.
- Thackeray, R., Gharde, P. & Ranghuwanshi, M. (2023). Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: Current Limitations and Management. *Cureus*, 15(11):1-10. doi: 10.7759/cureus.49313
- Uda, C., Ohta, R., Koike, T. & Sano, C. (2024). Challenges in Managing External Dental Fistula in an Immunocompromised Elderly Patient: A Case Report. *Cureus*, 16(9):e69742. doi: 10.7759/cureus.69742.
- Verde, C. F., Pinto, V. A. D. B. M., Dias, E. A. F., Azevedo, T. C. S., Gomes, A. A., Ribeiro, E. L. F., Rodrigues, J. M. P., & Lima Júnior, D. A. (2024). Manejo cirúrgico oral de pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(9), 1994–2010. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p1994-2010>
- Zufferey, A., Kapur, R. & Semple, J.W. (2017). Pathogenesis and Therapeutic Mechanisms in Immune Thrombocytopenia (ITP). *J Clin Med*, 6(16):1-21. doi: 10.3390/jcm6020016.