

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO CLÍNICO

DENTAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA: CASE REPORT

Nathalia Micaela - Nathalia.micaela@hotmail.com

DDS, Centro Universitário de Tecnologia e Ciências - UniFTC, Salvador, BA, Brazil.

Vinicius Rabelo Torregrossa - viniusrabelotorregrossa@gmail.com

DDS, MSc, PhD, Centro Universitário de Tecnologia e Ciências - UniFTC, Salvador, BA, Brazil.

Resumo: A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma doença autoimune caracterizada pela trombocitopenia secundária ao consumo excessivo das plaquetas, que resulta em quadros hemorrágicos de variada duração e gravidade. A cavidade oral está susceptível à presença de eventos hemorrágicos nestes pacientes, mais comumente associados à doença periodontal, ou em decorrência da realização de procedimentos odontológicos invasivos. Em virtude disso, o atendimento odontológico de pacientes portadores de discrasias sanguíneas, como a PTI, é considerado um desafio na terapêutica de cirurgias dentistas generalistas. Este é um relato de caso clínico de uma paciente portadora de PTI submetida a atendimento odontológico de urgência e tratamento periodontal com foco nas estratégias de manejo clínico utilizadas com vistas a prover uma assistência odontológica segura e minimizar o risco de eventos hemorrágicos orais. Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de atendimento odontológico multidisciplinar de um paciente portador de PTI, descrevendo as manifestações orais da doença e discutindo os desafios encontrados no estabelecimento do manejo odontológico seguro a nível ambulatorial. Defende-se que a valorização e acessibilidade à saúde bucal de forma integral pelos pacientes portadores de PTI perpassa pela necessidade de capacitação das equipes de saúde bucal, especialmente na prevenção e manejo de possíveis intercorrências hemorrágicas, em âmbito multiprofissional.

Palavras-chave: Púrpura Trombocitopênica Idiopática; Doenças Periodontais; Saúde Bucal.

Abstract: Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) is an autoimmune disease characterized by thrombocytopenia due to excessive consumption of platelets, which results in hemorrhagic events of varying duration and severity. The oral cavity is a common site for hemorrhagic events in these patients, due to periodontal diseases, or related to invasive dental procedures. For this reason, treating patients with blood dyscrasias, such as ITP, is considered a challenge for general dentists.

This is a case report of a patient with ITP who underwent urgent dental care and periodontal treatment, focusing on the clinical management strategies used to provide safe dental care and minimize the risk of oral bleeding events. The appreciation and accessibility to oral health in an integral way by patients with ITP permeates the need for training of oral health teams, especially in the prevention and management of possible bleeding complications, in a multiprofessional scope.

Keywords: Idiopathic Thrombocytopenic Purpura; Periodontal Diseases; Oral Health.

INTRODUÇÃO

A trombocitopenia é definida como uma redução da contagem global de plaquetas por microlitro de sangue, quando valores abaixo de 150.000 céls/mm³ são encontrados⁽¹⁾. A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma discrasia sanguínea autoimune caracterizada pela trombocitopenia transitória ou crônica. Em pessoas portadoras da PTI, a contagem basal de plaquetas normalmente é inferior a 100.000 céls/mm³⁽²⁾.

A trombocitopenia secundária à PTI se dá através da produção de autoanticorpos, do tipo IgG, direcionados contra as glicoproteínas de superfície (GPIIb-IIIa) da membrana fosfolipídica das plaquetas, levando à fagocitose delas pelos macrófagos do sistema reticuloendotelial presentes no baço e no fígado. Em virtude disso, as plaquetas das pessoas com PTI sobrevivem apenas algumas horas no sangue periférico, ao contrário das plaquetas em indivíduos hígidos, que têm uma vida útil estimada entre sete a 10 dias⁽²⁻³⁾. A PTI transitória é a forma mais comum na infância e, geralmente, ocorre após infecções virais e/ou vacinas. Nestes casos, cerca de 80% das crianças acometidas têm cura espontânea, sendo que apenas cerca de 10% - 15% dos casos desenvolvem a forma crônica da PTI⁽⁴⁾. Em adultos, a PTI tem aumento progressivo com a idade e acomete cerca de 2-4/100.000 adultos/ano, com maior incidência entre mulheres⁽³⁾.

O diagnóstico da trombocitopenia de origem autoimune é realizado através da exclusão dos demais agentes etiológicos associados à redução na produção, ou relacionados ao aumento no consumo das plaquetas, como a trombocitopenia secundária ao uso de drogas, ao etilismo crônico, plaquetopenias associadas às heparinas, distúrbios mieloproliferativos, coagulação intravascular disseminada (CIVD), esplenomegalia e/ou infecção pela *Helicobacter pylori*⁽³⁾. Os principais diagnósticos diferenciais da PTI envolvem a Síndrome de Bernard-Soulier, Síndrome de Wiskott-

Aldrich, leucemias, linfomas, infecções virais (ex.: HIV/AIDS, mononucleose infecciosa), além de outras doenças autoimunes, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico⁽⁵⁾.

Apenas cerca de 5% das trombocitopenias com contagem de plaquetas abaixo de 30.000 céls/mm³ possuem um risco de hemorragia fatal em indivíduos diagnosticados com PTI⁽⁶⁾. Apesar da trombocitopenia poder atingir valores extremamente baixos na PTI, raramente esses pacientes desenvolvem quadros hemorrágicos graves, sendo mais comum os padrões de sangramento mucocutâneos leves a moderados. Isso ocorre em função de um mecanismo fisiológico compensatório de suprarregulação da função plaquetária e aumento da produção de novas plaquetas pela medula óssea⁽¹⁾.

As manifestações orais da trombocitopenia podem representar os primeiros sinais e sintomas da PTI⁽⁵⁾. Na cavidade oral, é comum que ocorra a presença de sangramentos, que podem se manifestar através de púrpuras, hematomas, petéquias, equimoses, telangiectasias, vesículas e bolhas hemorrágicas. Os sítios mais acometidos incluem as gengivas, palato mole e mucosa jugal. De uma forma geral, as manifestações orofaciais da PTI podem acompanhar ou mesmo anteceder os quadros de hemorragias viscerais significativas⁽⁷⁾.

O cirurgião dentista generalista pode contribuir com o diagnóstico precoce e estratificação da gravidade da doença através da identificação das manifestações hemorrágicas mucocutâneas da PTI. Entretanto, em virtude da tendência hemorrágica aumentada frente a procedimentos odontológicos invasivos, é comum que haja uma maior recusa profissional no atendimento odontológico desses pacientes, que podem enfrentar dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde bucal⁽⁸⁾.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de atendimento odontológico multidisciplinar de um paciente portador de PTI, descrevendo as manifestações orais da doença e discutindo os desafios encontrados no estabelecimento do manejo odontológico seguro a nível ambulatorial.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Este relato de caso clínico foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia (CEP/IMES) de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), de número 47566721.0.0000.5032, e parecer consubstanciado número 4.825.737.

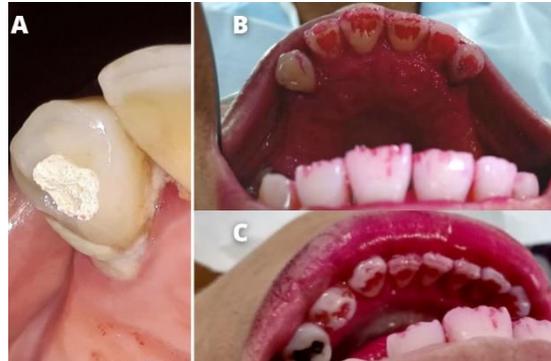
Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, melanoderma, compareceu à clínica odontológica da Universidade de Tecnologia e Ciências (UniFTC), Campus Salvador, com a queixa principal de “dor em um dente que sabia que precisava fazer canal”. Durante a anamnese, a paciente relatou ser

portadora de trombocitopenia desde 2003, diagnosticada com PTI em 2014. Seus níveis plaquetários oscilavam entre 10.000 - 50.000 céls/mm³, com apenas dois episódios recentes nos quais as contagens de plaquetas foram superiores a 100.000 céls/mm³, sendo um desses decorrente de tratamento com imunoglobulina venosa sob internamento para cirurgia de histerectomia, que apresentou complicações hemorrágicas pós-cirúrgicas. Outras complicações hemorrágicas reportadas incluíram episódios regulares de gengivorragia, hematúria e equimoses cutâneas desde o diagnóstico de PTI, sendo as gengivorragias mais frequentes na última década. Esses episódios de gengivorragias eram comuns durante o ato da higiene oral, mas com significativa diminuição nos últimos três anos, após escovação com dentífrício à base de Triclosan e Citrato de Zinco, sob prescrição odontológica. A paciente negou ser portadora de outras comorbidades ou possuir histórico familiar de trombocitopenia. Tratamentos prévios com um médico hematologista incluíram corticoterapia, com pico de 80 mg/dia de Prednisona, que se refletiu em elevação transitória dos níveis plaquetários durante o tratamento. Entretanto, atualmente a paciente apresenta-se refratária à corticoterapia.

A paciente cursava com dor espontânea no canino superior direito, com melhora associada ao uso de analgésicos. Além disso, a paciente relatou escovar os dentes duas vezes por dia e não utilizar o fio dental devido à presença comum de sangramentos por horas, ao fazê-lo. Relatou “mobilidade dentária” progressiva ao longo dos anos e a perda de dois dentes que “se soltaram da arcada”. Há cerca de um mês, a paciente buscou atendimento odontológico de urgência devido a quadro álgico agudo associado ao canino superior direito, que foi tratado por um cirurgião dentista de serviço externo através de acesso endodôntico, medicação intracanal e encaminhamento para tratamento endodôntico com especialista no atendimento odontológico de pacientes portadores de necessidades especiais. O motivo do encaminhamento incluía o fato da paciente ser portadora de PTI.

Ao exame físico extrabucal, a paciente apresentou-se em bom estado geral, lúcida, corada, eupneica, com simetria facial e linfonodos não palpáveis. Ao exame físico intrabucal, foi possível notar a presença de petéquias em palato mole e na mucosa jugal, bilateralmente. Outros achados incluíram a presença de cálculo espesso e biofilme em todos os sextantes, curativo em material restaurador provisório no dente 13 (Fig. 1), recessão gengival generalizada, ausência dos dentes 18, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 38 e 48, além de múltiplas microfraturas na borda incisal dos incisivos centrais superiores. Ao exame radiográfico, constatou-se a presença de radiotransparência difusa nos terços cervical e apical do dente 13 (Fig. 2A), além da presença de biofilme, cálculo subgengival e perda óssea horizontal generalizada.

Figura 1 – A. Aspecto clínico do curativo provisório no dente 13 e acúmulo de biofilme supragengival; B e C. Avaliação das superfícies dentais coradas durante a execução clínica do índice de placa de O’Leary. Salvador, BA, Brasil, 2021.



Fonte: Imagens do autor.

Figura 2 – A. Radiolucidez no terço cervical e apical da raiz do dente 13 sugestivas de cárie radicular e lesão periapical secundária à necrose pulpar. B. Imagem final do tratamento endodôntico do dente 13. Salvador, BA, Brasil, 2021.



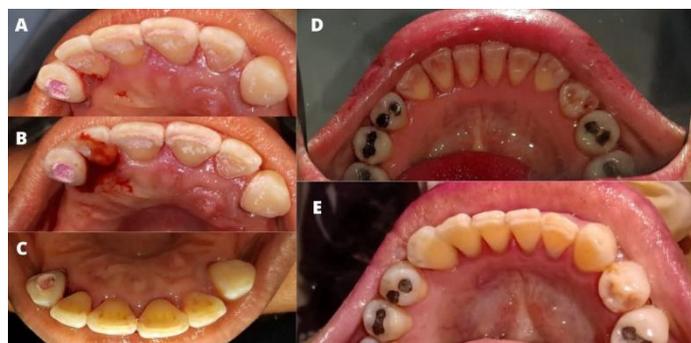
Fonte: Imagens do autor.

Para a definição do manejo perioperatório a ser adotado, foram solicitados plaquetogramas sucessivos da paciente, com antecedência mínima de 24 horas para cada atendimento odontológico, com o intuito de se monitorar os níveis plaquetários pré-operatórios. Além disso, antes de cada consulta, um questionário e exame físico incluíram a busca por sinais de sangramentos ativos, ou de sangramentos mucocutâneos relevantes, que pudessem indicar a gravidade e/ou agudização da doença. Respeitando-se esses critérios de avaliação perioperatória, o tratamento endodôntico da unidade 13 (Fig. 2B) foi realizado em duas sessões, com níveis plaquetários basais de 31.000 céls/mm³, sob isolamento absoluto, em cujo contexto a retração gengival favoreceu a colocação do grampo sem traumatizar os tecidos moles periodontais, utilizando-se um sistema de limas manuais sob irrigação contínua com hipoclorito de sódio a 2,5%, seguida da obturação do conduto radicular

com cones de guta-percha e restauração final da unidade acometida com resina composta. A anestesia utilizada incluiu o uso de técnicas infiltrativas supraperiosteais realizadas com punção única, com cloridrato de lidocaína com epinefrina 2% 1:100.000. Como recomendações pós-operatórias, a paciente foi informada sobre a possibilidade de formação de novos hematomas em proximidade com as áreas manipuladas em consulta odontológica, sendo orientada a aplicar compressas de gelo externamente sobre a face, nas regiões próximas onde as punções anestésicas foram realizadas, por aproximadamente 20 minutos, a cada hora, nas próximas 24 horas.

Após a resolução do quadro de urgência endodôntica do dente 13, as consultas seguintes incluíram o tratamento periodontal convencional, com orientação e encorajamento sobre técnicas de higiene bucal. Foi prescrita uma escova com cerdas macias e uso regular do fio dental com técnica atraumática. A paciente foi orientada a não suspender o uso do fio dental caso houvesse pequenos sangramentos durante o início da implementação desse novo hábito. Caso sangramentos maiores ocorressem, a paciente foi instruída a suspender o uso do fio dental e contactar o setor de Odontologia da UniFTC Salvador. As sessões de tratamento periodontal incluíram a raspagem e alisamento radicular supragengivais e, após a redução da inflamação local e do biofilme aderido aos dentes, foram iniciadas as sessões de raspagem e alisamento radicular subgengivais. Todo o tratamento periodontal foi realizado com o cuidado de se abordar um sextante por consulta e utilizar manobras compressivas locais com o auxílio de gaze estéril para contenção do sangramento transoperatório (Fig. 3). Ambos os procedimentos foram realizados sob monitorização regular do plaquetograma e aplicação de questionário para verificação de episódios hemorrágicos espontâneos.

Figura 3 – A. Aspecto clínico antes da raspagem subgengival do sextante II. B. Sangramento transoperatório da raspagem subgengival associado aos dentes 12 e 13. C. Aspecto clínico após a raspagem subgengival do sextante II. D. Aspecto clínico antes da raspagem supragengival do sextante V. E. Aspecto clínico após raspagem supragengival do sextante V. Salvador, BA, Brasil, 2021.



Fonte: Imagens do autor.

Em uma das consultas de tratamento periodontal da paciente, uma das sessões foi suspensa devido à identificação de petéquias e equimoses na mucosa oral da paciente, além de novas equimoses em membros superiores e nas costas, acompanhados de níveis plaquetários de 20.000 céls/mm³ (Fig. 4). Esse quadro poderia denotar um maior risco de eventos hemorrágicos orais decorrentes de uma intervenção odontológica, daí a suspensão. Após a paciente evoluir para a terapia periodontal de suporte, foi enfatizada a necessidade de um rígido controle do biofilme, reforço das orientações de higiene oral e aferição regular do índice de placa de O'Leary, a fim de se evitar eventos hemorrágicos orais advindos da exacerbação da condição periodontal da paciente. A avaliação continuada do índice de placa de O'Leary durante as sessões revelou valores iniciais de 76% de placa visível, seguida da redução para 21%, mantendo-se estável em uma média de 40% de placa visível durante todo o tratamento.

Figura 4 – A.B. Púrpura cutânea observa em uma das consultas durante o tratamento odontológico da paciente; A. Lado direito das costas. B. Região anterior do braço esquerdo. C e D. Púrpuras e petéquias dispersas na cavidade oral. Salvador, BA, Brasil, 2021.



Fonte: Imagens do autor.

Durante todo o tratamento odontológico da paciente foi realizado um rastreamento e monitoramento de novos eventos hemorrágicos advindos dos procedimentos realizados. Instruções específicas foram fornecidas por escrito e verbalmente à paciente. Além disso, foi estabelecida uma rotina de comunicação com a paciente e a sua médica hematologista antes das consultas odontológicas. Após as consultas, foi mantido o contato nas primeiras 72h com a paciente através de conversas por aplicativo para celular. Todas essas medidas tiveram como objetivo identificar novos possíveis sangramentos e manejá-los o mais precocemente possível. Mesmo com a implementação destas iniciativas, não houve a manifestação de eventos hemorrágicos orais pós-operatórios durante os atendimentos realizados.

DISCUSSÃO

A Embora existam diversas recomendações publicadas enfatizando que o atendimento odontológico de pacientes portadores de PTI pode ser realizado de forma segura na ausência de manifestações hemorrágicas graves orais ou em outros sítios, ainda existem barreiras que impendem o acesso integral à saúde bucal deste grupo de pacientes⁽¹⁾. Em um estudo anterior, um quinto dos pacientes questionados já tiveram atendimento odontológico negado por um cirurgião dentista generalista⁽⁸⁾. Estes resultados refletem sobre a necessidade de uma avaliação acurada do risco-benefício de prover uma assistência odontológica integral ao grupo de pacientes portadores de desordens hemorrágicas, como a PTI, tendo em vista que a ausência do acesso regular aos serviços odontológicos está ligada a intervenções mais invasivas tardias, que contribuem com a maior chance de novos eventos hemorrágicos orais. O objetivo deste presente trabalho foi o de relatar o manejo clínico de uma paciente portadora de PTI. Para tanto, o relato das informações concentrou-se nos procedimentos adotados, na discussão de estratégias viáveis para uma assistência odontológica segura, assim como na redução do risco de eventos hemorrágicos orais.

Já foi demonstrado em estudo que pacientes com níveis basais plaquetários de até 20.000 céls/mm³ raramente necessitam de transfusão de hemoderivados, como plaquetas. Os autores ainda afirmam, que, mesmo quando a contagem de plaquetas estiver menor que o patamar indicado, uma investigação acurada da real necessidade de se transfundir plaquetas para procedimentos odontológicos menores deve ser realizada⁽⁹⁾. Isto se deve a um mecanismo fisiológico de suprarregulação da função plaquetária e aumento compensatório da produção de megacariócitos pela medula óssea desses pacientes, que faz com que o risco de novas hemorragias seja reduzido, mesmo em vigência de trombocitopenia crônica, quando comparado a pacientes com outros tipos de trombocitopenias. No caso clínico reportado, apesar de a paciente cursar com níveis basais plaquetários em torno de 20.000 – 30.000 céls/mm³ durante as consultas odontológicas, a maioria dos tratamentos puderam ser realizados sem intercorrências hemorrágicas graves. Os procedimentos adotados incluíram anestésias infiltrativas, instalação de grampos metálicos para isolamento absoluto, além de raspagem e alisamento radicular supra e subgingivais durante o tratamento periodontal.

Terapias sistêmicas podem ser empregadas com vistas a aumentar os níveis basais plaquetários previamente a intervenções invasivas em pacientes portadores de PTI. Estão descritas como principais terapias sistêmicas a corticoterapia, uso de imunoglobulinas intravenosas, anticorpos anti-D e agonistas específicos do receptor de trombopoietina para pacientes refratários à terapia com corticosteroides e imunoglobulinas⁽¹⁰⁾. A esplenectomia e a transfusão de plaquetas ainda são

consideradas terapias de última escolha para aqueles pacientes não responsivos aos corticosteroides e à imunoglobulina humana, ficando essa última condicionada à presença de sangramentos ativos ou a cirurgias invasivas que possam trazer risco de vida ao paciente⁽¹¹⁾. Visto que o controle de níveis plaquetários sistêmicos é de competência médica, evidencia-se a importância da parceria entre cirurgião-dentista e hematologista no atendimento ao paciente portador de PTI, à percepção da possível oscilação dos níveis plaquetários no transcorrer do tratamento odontológico. Para o caso clínico reportado neste estudo, a paciente já havia sido submetida previamente à terapia sistêmica com corticosteroides e imunoglobulinas para outros procedimentos cirúrgicos, encontrando-se atualmente sem o uso de terapias sistêmicas para elevação dos valores plaquetários. A esplenectomia e a transfusão de plaquetas não foi considerada como opção terapêutica viável pela equipe médica até o presente momento da escrita desse relato de caso. Para o tratamento odontológico proposto, não foi realizada terapia sistêmica com o intuito de se elevar os níveis basais plaquetários, em virtude da estabilidade do quadro clínico da paciente, que cursava com ausência de sangramentos ativos.

As principais recomendações para o atendimento odontológico de pacientes portadores de PTI incluem a realização de plaquetograma prévio aos procedimentos odontológicos, invasivos ou não, já que a anestesia faz parte da rotina do cirurgião dentista, podendo representar um risco maior para a formação de hematomas intramusculares e/ou equimoses peribucais e cervicais após a punção e infiltração anestésica. A literatura evidencia que o uso de técnicas anestésicas que incluem o bloqueio do nervo alveolar inferior e infiltrações na região lingual devem ser evitadas pelo risco de formação de hematomas nos espaços retromolar ou ptérigomandibular⁽⁸⁾. Outras recomendações incluem a utilização de grampos, fio retratores e amarras para o isolamento absoluto de maneira atraumática, evitando lesões de tecido mole; realização de raspagens periodontais com o auxílio de instrumentos ultrassônicos; ajuste de próteses a fim de diminuir o risco de lesões e hematomas em tecidos moles por fricção ou apertamento⁽⁷⁾. Cuidados com a prescrição medicamentosa incluem evitar o uso de ácido acetilsalicílico ou de antiinflamatórios não esteroidais (AINES) para o alívio da dor devido à sua ação inibitória sobre a agregação plaquetária^(4,7). Para o caso reportado, cuidados locais incluíram o uso de técnicas anestésicas infiltrativas com punção única, injeção lenta do sal anestésico associado a vasoconstritor, crioterapia local pós-operatória nos locais em que foram feitas as punções anestésicas, posicionamento atraumático de grampos metálicos para isolamento absoluto, prescrição de paracetamol para o controle da dor pós-operatória, além do rígido monitoramento para novos eventos hemorrágicos orais através de orientações e comunicação efetivas com a paciente.

Uma gama de métodos hemostáticos locais pode ser utilizada com o intuito de minimizar, ou de tratar eventos hemorrágicos orais em pacientes portadores de distúrbios hemorrágicos, como a PTI. O uso de terapias locais para o controle dos sangramentos orais frente à necessidade de

procedimentos odontológicos invasivos tem reduzido significativamente a necessidade de reposição de hemoderivados, ou de plaquetas, e até mesmo a necessidade de terapias com corticosteroides nestes pacientes. As recomendações mais aplicáveis para este tipo de intervenções incluem o uso de agentes antifibrinolíticos (ex.: ácido tranexâmico) e manobras compressivas locais com gaze e suturas obliterativas⁽⁴⁾. Outros agentes hemostáticos locais podem ser utilizados para o mesmo fim, incluindo curativos alveolares absorvíveis (ex.: trama de celulose oxidada regenerada, gelatinas, gelatina embebida com trombina, colágeno microfibrilar); colas biológicas (ex.: selante de fibrina) ou sintéticas à base de cianoacrilato; esferas de quitosana e albumina bovina, entre outros^(8, 12 – 13). Para o caso reportado, apenas manobras compressivas locais com o uso de gaze estéril foram suficientes para conter o sangramento transoperatório advindo das raspagens supra e subgingivais. Não houve necessidade do emprego de outros métodos hemostáticos locais em virtude da baixa invasividade dos procedimentos propostos.

A gengivorragia é uma das complicações orais hemorrágicas mais frequentes em pacientes portadores de PTI⁽³⁾, que podem apresentar doença periodontal ativa⁽¹⁴⁾. Nestes casos, o controle do biofilme oral e da doença periodontal representam um dos maiores desafios a serem enfrentados pelo cirurgião dentista, devido ao nível necessário de cooperação conjunta com o paciente. Neste relato de caso, a paciente referiu a presença de sangramentos gengivais associados ao uso do fio dental, o que a motivou a interromper o seu uso. A interrupção da higiene oral em sítios gengivais recorrentemente sangrantes secundários à gengivite ou doença periodontal é comum nestes pacientes, o que favorece à manutenção de um ambiente pró-hemorrágico devido ao processo inflamatório local⁽²⁾. No caso reportado, medidas de instrução de higiene oral foram massivamente implementadas, com estímulo ao uso do fio dental e revisão do índice de placa visível em todas as consultas que antecederam o tratamento periodontal, até que a paciente apresentasse progresso no controle do biofilme oral.

Estudos correlacionaram a presença aumentada de ativadores de plasminogênio tecidual, t-PA, na saliva e no fluido crevicular, associados a eventos inflamatórios e estresses teciduais locais, como na doença periodontal, que corroboram com o aumento da atividade fibrinolítica oral, responsável pela dissolução precoce do coágulo sanguíneo recém-formado⁽¹⁴⁾. Identificou-se também uma correlação estatisticamente significativa entre os índices de placa e os índices da atividade fibrinolítica do sangue alveolar dos dentes estudados. A maior concentração de plasmina pode ativar metaloproteinases, aumentando a destruição tecidual causada pela doença periodontal⁽¹⁴⁾. Diante das evidências, estudos ainda instigaram que a destruição das plaquetas resulta na liberação de uma variedade de fatores plaquetários que contribuiriam e amplificariam lesões no tecido gengival e periodontal, repercutindo mais uma vez no ciclo pró-doença⁽¹⁵⁾. Considerando a possibilidade de que a redução da inflamação periodontal poderá repercutir positivamente na redução clínica de

sangramentos gengivais espontâneos e/ou provocados, é imperativo que a adequação do meio bucal deste grupo de pacientes inclua o estímulo à redução do biofilme e tratamento periodontal, quando indicado, como realizado no presente caso clínico.

Dentre as alterações sistêmicas possíveis, as mais preocupantes para o cotidiano clínico do cirurgião dentista generalista são as discrasias sanguíneas. Cerca de 20% de 105 pacientes questionados em um estudo não frequentavam um cirurgião dentista regularmente por experiência anterior de recusa diante da revelação de sua discrasia sanguínea durante a anamnese⁽⁸⁾. Pacientes que têm um acesso regular à consulta odontológica de manutenção e prevenção de saúde bucal, têm um menor risco de necessitar de procedimentos invasivos que requerem cobertura hemostática sistêmica e/ou local. Considerando a natureza invasiva dos procedimentos odontológicos e a presença de sangramento em grande parte de tais procedimentos, o indivíduo portador de PTI pode acabar evitando a procura por serviços odontológicos, o que impacta diretamente a sua condição de saúde bucal, tornando-se mais susceptível a afecções bucais que levam a procedimentos invasivos em estágios mais avançados, como as exodontias, criando assim um ciclo pró-sangramento. O presente caso clínico visa ilustrar a situação de recusa de atendimento odontológico vivenciada pela paciente, o que pode ter contribuído para o agravamento de sua saúde bucal, demandando procedimentos mais complexos e, com maior risco hemorrágico.

A pesquisa ocorreu em um contexto de pandemia pela COVID-19, portanto, por diversas vezes o atendimento odontológico precisou ser adiado pelas medidas restritivas que impediram o funcionamento habitual das clínicas nas universidades. Desse modo, os resultados aqui relatados não ilustram a conclusão total do planejamento inicial da paciente. Entretanto, o relato torna-se relevante pela raridade da condição clínica da paciente e pela necessidade de alertar cirurgiões dentistas sobre a inclusão e acesso integral aos serviços odontológicos pelas pessoas portadores de discrasias sanguíneas.

CONCLUSÕES

A dificuldade na acessibilidade à saúde bucal de forma integral pelos pacientes portadores de distúrbios hemorrágicos, como a PTI, ainda é uma realidade vivenciada nesta população específica. Isso se reflete na necessidade de capacitação de equipes de saúde bucal com vistas a identificar e manejar adequadamente possíveis eventos hemorrágicos orais nesses pacientes, utilizando-se de manobras hemostáticas locais transoperatórias ou pós-operatórias, em consonância com o médico hematologista, em virtude do risco aumentado para eventos hemorrágicos orais.

Os autores entendem que a valorização e orientação de hábitos saudáveis de higiene bucal são imprescindíveis ao paciente portador de PTI, tendo em vista que a presença de eventos inflamatórios, como a gengivite e doença periodontal, aumentam sobremaneira o risco de novos eventos hemorrágicos na cavidade oral, perpetuando, assim, um ciclo pró-hemorrágico.

REFERÊNCIAS

1. Lee ST, Kim JK, Kwon TG. Life-threatening outcomes after dental implantation in patient with idiopathic thrombocytopenic purpura: a case report and review of literature. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 2018, 40(39), 1-7. DOI:10.1186/s40902-018-0178-9.
2. López GIE, Rodríguez VJL, Estrada MAT. Púrpura Trombocitopénica Idiopática y sangramiento gingival. Presentación de un caso. *Gac Méd Espirit.* 2008;10(2):7. Disponível em: <http://revgmespirituaana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1252>. Acesso em: 22 jun. 2021.
3. Sun F, Dym H. Manifestations and Management of Immune Thrombocytopenic Purpura in Outpatient Dental Clinic Setting. *N.Y. State Dent. J.* 2020;8(6):18-22. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/2476615291?pqorigsite=gscholar&fromopenview=true>. Acesso em: 31 mai. 2021.
4. Bustinza RLP, Ramos GT, Victorio DJB, Villacampa SAC, Ramos RPL. Atención estomatológica de traumatismo de tejido blando con laserterapia en un paciente de purpura trombocitopénica idiopática (PTI). *Vis. Dent. Perú.* 2017;20(2):504-12. Disponível em: <https://www.cientifica.visiondental.pe/index.php/vision/article/view/66>. Acesso em: 22 jun. 2021.
5. Vasconcelos RB, Vasconcelos GB, Do Nascimento MG, Colares V. Childhood Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: Oral Manifestations and Dental Care. *MedRead Journal of Dental Science.* 2020;1(1):1-5. DOI: doi.org/10.23937/2469-5734/1510067
6. George JN, Woolf SH, Raskob GE, Wasser JS, Aledort LM, Ballem PJ, et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a practice guideline developed by explicit methods for the ASH, 1996. *Blood.* 88(1):3-40. Disponível em: https://ouhsc.edu/platelets/ITP/ITP%20Publications/pub2_1.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.
7. Recio CSA, Viamontes FLM, Guerra YCR, Heredia REL, Domínguez NN. Manifestaciones bucales y cutáneas de la púrpura trombocitopénica inmunológica: reporte de un caso. *Arch Med Camagüey.* 2018;22(1):85-93. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100012&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.
8. Kalsi H, Nanayakkara L, Pasi KJ, Bowles L, Hart DP. Access to primary dental care for patients with inherited bleeding disorders. *Haemophilia.* 2012;18(4):510-15. DOI: 10.1111/j.1365-2516.2011.02716.x.

9. Provan D, Newland AC. Current Management of Primary Immune Thrombocytopenia. *Adv. Ther.* 2015;32(10):875–87. DOI: 10.1007/s12325-015-0251-z.
10. Misra SR. Idiopathic Thrombocytopaenic Purpura in a 30-Year-Old Male: The Dentist's Nightmare. *Indian J Public Health Res de.* 2019;10(11):1051-53. DOI: 10.5958/0976-5506.2019.03643.x.
11. Brasil. Portaria n. 1.316, de 22 de novembro de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Púrpura Trombocitopênica Idiopática. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_prpura-trombocitopnica-idiopatica_isbn_19-08-2020.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.
12. Farias AJC, Costa CCO, Brasil HTO, Santana IP, Silva JAC, Araújo KGSA, et al. Métodos e agentes hemostáticos para controle de hemorragia em atendimentos de urgência odontológica. *Braz J Dev.* 2020;6(6):34290-304. DOI:10.34117/bjdv6n6-104.
13. Pereira BM, Bortoto JB, Fraga GP. Agentes hemostáticos tópicos em cirurgia: revisão e perspectivas. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2018;45(5). DOI: 10.1590/0100-6991e-20181900.
14. Basso FG. Avaliação da atividade fibrinolítica oral em pacientes sob anticoagulação oral [dissertação]. Campinas: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas-SP; 2009. DOI: doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2009.469171.
15. Owais Z, Dane J, Cumming CG. Unprovoked periodontal hemorrhage, life-threatening anemia and idiopathic thrombocytopenia purpura: an unusual case report. *Spec Care Dentist.* 2003;23(2):58-62. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2003.tb00291.x.