

## Presentación de caso

### **Púrpura Trombocitopénica Idiopática y sangramiento gingival. Presentación de un caso.**

### **Idiopathic thrombocytopenic purpura and gingival bleeding. Presentation of a case.**

**Dra. Grisel Isabel Echenagusía López<sup>1</sup>, Dra. Vania Julexis López Rodríguez<sup>2</sup>, Dr. Mario Alberto Triana Estrada<sup>3</sup>**

1. Especialista de 1er grado en Periodoncia. Profesor Instructor.
2. Especialista de 2do grado en Periodontología. Master en Medicina bioenergética y natural. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er grado en MGI. Profesora Instructor.

## **RESUMEN**

Se realiza la presentación de un caso de una paciente con antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática por defecto en el factor F3p de la coagulación, que acudió a la consulta de Periodoncia porque presentaba sangramiento de las encías. La misma se realiza con el objetivo de mostrar el manejo clínico multidisciplinario del paciente, así como brindar un ejemplo de estos casos a los Estomatólogos Generales y especialistas de Periodoncia para compartir experiencias de una patología que se puede presentar e impone de la atención adecuada y en equipo, para su respuesta satisfactoria al tratamiento y su recuperación.

**DeCS:** PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA, ÍNDICE PERIODONTAL.

## **ABSTRACT**

The presentation is made of a case of a female patient with antecedents of idiopathic thrombocytopenic purpura by defect in the F3p coagulation factor, who came to the consultation of Periodontology because she had bleeding of the gums. This presentation is made with the objective of showing the patient's clinical management by multiple specialists, as well as to give an example of these cases to General Stomatologists and specialists of Periodontology, to share experiences in an disease that can develop and demands the appropriate attention and in team for a satisfactory response to treatment and an appropriate recovery of patients.

**MeSH:** PURPURA, THROMBOCYTOPENIC, IDIOPATHIC, PERIODONTAL INDEX.

## INTRODUCCIÓN

La Púrpura Trombocitopénica Idiopática es un trastorno hemorrágico, caracterizado por la presencia de muy pocas plaquetas en la sangre, debido a que éstas están siendo destruidas por el sistema inmunitario. Idiopática quiere decir que se desconoce la causa exacta de la enfermedad. Ocurre cuando las células del sistema inmunitario, llamadas linfocitos, producen anticuerpos antiplaquetarios. La presencia de anticuerpos en las plaquetas conlleva a su destrucción en el bazo. Puede ocurrir una erupción cutánea característica, tendencia a formar hematomas con facilidad, sangrado menstrual anormal o pérdida de sangre repentina y severa proveniente del tracto gastrointestinal.

Las personas con púrpura trombocitopénica idiopática deben evitar tomar aspirina, ibuprofeno y warfarina, ya que estos medicamentos interfieren con la función de las plaquetas y de la coagulación de la sangre, y puede haber sangrado<sup>1</sup>.

La causa de la PTI se desconoce. Las personas con PTI forman anticuerpos que destruyen sus plaquetas en la sangre. Normalmente, los anticuerpos son una respuesta saludable contra las bacterias o virus. Sin embargo, en las personas con PTI los anticuerpos atacan las plaquetas del propio cuerpo.

Hay dos tipos de PTI. Un tipo afecta a los niños y el otro afecta a los adultos. En los niños, la edad usual para que les de PTI es entre dos<sup>2</sup> y cuatro (4) años de edad. La mayoría de los adultos con PTI son mujeres jóvenes, pero esto puede ocurrir en cualquier persona. La PTI no es hereditaria.

En la mayoría de adultos la PTI dura mucho más que en los niños. En el momento del diagnóstico, la mayoría de los adultos han notado un aumento en el sangrado y en la formación fácil de moretones durante varias semanas o inclusive meses. En las mujeres, un aumento en el flujo menstrual es una señal importante.

Muchos adultos sólo tienen trombocitopenia leve. De hecho, hay bastantes personas que no tienen síntomas de sangrado. Solamente son diagnosticados con PTI cuando su sangre es analizada por otro motivo y se encuentra que tienen un recuento plaquetario bajo. En la mayoría de los casos, los demás análisis de sangre son normales, excepto por la poca cantidad de plaquetas. En general, las plaquetas de las personas que sufren PTI sobreviven sólo unas horas, a diferencia de las plaquetas normales, que tienen una vida útil de entre 7 y 10 días.

Generalmente se desconocen las causas de la PTI. No es contagiosa, lo que significa que un niño no puede "contraerla" por estar jugando con otro niño que padece PTI. Es importante saber que nada que tengan los padres, ni tampoco el niño, son los causales de este trastorno<sup>2</sup>.

El recuento de trombocitos (plaquetas) normal está en un rango que va desde 150.000 hasta 450.000 células. En las personas que sufren PTI, el recuento arroja un resultado menor a 100.000 plaquetas.

La cavidad bucal, la pulpa dental y el alveolo, tienen un alto contenido de activadores de plasminógeno, lo cual puede contribuir al sangramiento después de exodoncias. El uso profiláctico de antifibrinolíticos reduce o evita el sangramiento post-exodoncia en pacientes con defectos plaquetarios o en la coagulación<sup>3</sup>.

### **Manejo odontológico del paciente con problemas plaquetarios**

Las personas con trastornos de la coagulación necesitan de la estrecha colaboración entre su médico y su estomatólogo a fin de recibir cuidados dentales seguros e integrales, por lo que es imperativo trabajar en equipo con el médico especialista en hematología para la atención de estos

pacientes; antes de la intervención odontológica la cifra de plaquetas debe estar por encima de 100.000 plaquetas por mm<sup>3</sup>, la terapia de sustitución en estos trastornos es el concentrado de plaquetas.

Es preciso tomar todas las medidas locales como la trombina tópica en combinación con celulosa oxidada, así como el uso de antifibrinolíticos para la protección del coágulo y prevención de la hemorragia, evitar la sutura de los tejidos y preferir la hemostasia local con gasa. La dieta o alimentación debe ser blanda para evitar los traumatismos en la encía<sup>4,5,6</sup>.

Está contraindicado el uso de aspirina y AINES para el alivio del dolor a excepción del acetaminofen porque éste no inhibe la agregación plaquetaria.

Se debe indicar una buena higiene bucal que incluya el uso correcto del cepillo dental, ya que esto es la mejor prevención para ayudar a controlar la placa bacteriana y evitar la formación de cálculo, capaz de provocar episodios hemorrágicos.

De ser posible se debe evitar la anestesia troncular por el peligro de las hemorragias profundas, prefiriendo la anestesia infiltrativa, intrapulpar e intraligamentaria y sólo realizar la cirugía indispensable y evitar la cirugía electiva. Se debe evitar el uso de la sutura; si fuese necesario realizarla se debe emplear sutura no reabsorbible para prevenir la respuesta inflamatoria, la cual tiene acción fibrinolítica.

Las tartrectomias y curetajes deben ser realizados previa autorización del hematólogo y con la utilización de antifibrinolíticos en el post-operatorio<sup>7-12</sup>.

La actividad fibrinolítica ha sido ampliamente demostrada en la cavidad bucal, tanto en la saliva como en el fluido gingival de encías clínicamente sanas y se ha señalado que esta actividad se incrementa en procesos inflamatorios gingivales, contribuyendo a episodios hemorrágicos en pacientes con discrasias sanguíneas.

Las púrpuras constituyen la causa más común de todas las enfermedades hemorrágicas más o menos específicas, siendo inalterables por el uso de los hemostáticos empleados con más frecuencia en la práctica odontológica. Por lo tanto es importante seguir ciertas normas para el tratamiento odontológico de estos pacientes:

Trabajar en equipo con el médico especialista en hematología para la atención de estos pacientes. Mientras no se tenga la seguridad por parte del hematólogo de que puedan tratarse se pospondrá el acto quirúrgico.

Las emergencias se deben atender en cualquier circunstancia utilizando los criterios clínicos adecuados para la solución del problema, como por ejemplo: en hemorragias locales utilizar los hemostáticos antes mencionados, así como la compresión con gasa para tratar de lograr hemostasia, de lo contrario se envía al especialista. En casos de odontalgia por patología pulpar es necesario remover el tejido pulpar para colocar una pasta con propiedades analgésicas antiinflamatorias que permitan así el alivio del dolor y posteriormente se continuará el tratamiento endodóntico. Se evitará en ciertos casos el uso de técnica anestésica troncular.

Está contraindicado el uso de aspirina para el alivio del dolor, en su lugar utilizar acetaminofen.

En el caso que se requiera de prótesis o tratamiento ortodóncico se debe evitar la aparatología que lesione los tejidos gingivales<sup>9,12,13,14,15</sup>.

Los abscesos con sintomatología dolorosa, el paciente recibirá medicación antibiótica y analgésica recordado evitar AINES y recomendado el uso de acetaminofen. Para el momento de drenar el absceso, el paciente deberá recibir terapia de sustitución elevando el factor entre 30 a 50%, dependiendo del factor de déficit<sup>11,12</sup>.

En los tratamientos endodónticos se debe cuidar no pasar la constricción apical de lo contrario podría presentarse la hemorragia.

Por lo tanto, mantener una boca sana y prevenir problemas dentales es de suma importancia, no sólo en términos de nutrición y calidad de vida, sino también para evitar los peligros derivados de la cirugía.

El caso que nos ocupa se trata precisamente de una paciente que padece de esta enfermedad y que presenta sangramiento gingival, por la complejidad del mismo y la necesidad de un tratamiento adecuado para mantener la salud periodontal es que nos motivamos a publicarlo.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Las discrasias sanguíneas y en particular las que involucran los trastornos de la coagulación como es el caso de la Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) requieren de una especial atención y tratamiento multidisciplinario para su evolución satisfactoria y es imprescindible el correcto manejo de estos pacientes para evitar complicaciones que puedan traer al traste con la vida del mismo.

El siguiente caso se presentó en la consulta de Periodoncia. Paciente femenina de 34 años de edad, raza blanca, con antecedentes de padecer Púrpura Trombocitopénica Idiopática con trastornos en el factor F3p de la coagulación. Acude con **sangramiento gingival** y molestias en la encía que involucran el sector anterior superior e inferior.

El interrogatorio aportó que no presentaba hábitos tóxicos ni lesivos, que presentaba PTI y que hacía aproximadamente una semana había comenzado a notar el sangramiento de la encía y que la tenía de color rojo intenso, además de presentar ligero dolor espontáneo y al cepillado, el cual se le dificultaba un poco por el desagrado que sentía.

En el examen físico general se describió como una paciente normolínea, con facie no característica de procesos patológicos, con piel normocoloreada y mucosas húmedas y normocoloreadas, cadenas ganglionares no visibles, tejido celular subcutáneo no infiltrado, la frecuencia cardiaca 75, la frecuencia respiratoria 17, la tensión arterial 130-80.

Al examen físico bucal encontramos: PDCB negativo, higiene bucal regular (según IHB revisado), sarro supra e infragingival en el sector anterior superior e inferior, encía marginal hipercoloreada y que sangra con facilidad. En el estudio funcional no se detectaron sobrecargas groseras ni interferencias oclusales.

Los complementarios hematoquímicos indicados se encontraron en los límites normales, con serología y microelisa para VIH negativa.

Dada las características clínicas y radiográficas de la lesión y analizando los factores de riesgo llegamos a la conclusión que se trataba de una gingivitis asociada a discrasias sanguíneas según clasificación de 1999.

El tratamiento consta de tres fases, según lo regido por nuestro país y utilizado en nuestro medio.

En este caso se indicó colutorios de gluconato de clorexidina al 0.12% cada 12 horas. Por presentar la paciente una discrasia sanguínea no se pueden realizar tratamientos invasivos, sino conservadores, que en este caso consiste en raspado y alisado radicular previo medicación con ácido epsiloamino caproico 1 ampula de 2 gramos 12 horas preoperatorio e irrigar transoperatorio<sup>1,13-17</sup>.

*Fase inicial:*

- Educación para la salud.
- Indicación de la fisioterapia bucal correcta.
- Control de placa dentobacteriana

*Fase correctiva:*

- Raspado y alisado de 11, 21, 31, 32,41 y 42 (véase anexo)

*Fase de mantenimiento (una vez al mes):*

- Educación para la salud.
- Indicación de la fisioterapia bucal correcta.
- Control de placa.

La paciente en estos momentos se encuentra recuperándose satisfactoriamente.

## **CONCLUSIONES**

En este momento la paciente presenta como único signo clínico de la discrasia sanguínea es el sangramiento gingival, por lo que podemos plantear que esto constituye una señal de alarma y que es necesario un tratamiento multidisciplinario para la evolución satisfactoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERNARDONI DE SOCORRO, Cecilia, BENITO URDANETA, Marisol, BENITO URDANETA, Mariluz et al. Manejo odontológico del paciente con trastornos hemorrágicos: Una revisión. OD. [online]. ene. 2004, vol.1, no.1 [citado 28 Junio 2007], p.60-70. Available in: [http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1317-82452004001000007&lng=es&nrm=iso](http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-82452004001000007&lng=es&nrm=iso) ISSN 1317-8245.
  2. BENITO, Marisol, Mariluz, MORON, Alexis et al. Manejo odontológico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia anticoagulante: Revisión bibliográfica. Acta odontol. venez. 2004,42(2):138-145 [citado 28 Junho 2007] Available in: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652004000200014&lng=pt&nrm=iso](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000200014&lng=pt&nrm=iso) ISSN 0001-6365.
  3. Pereira Saúl. Discrasias Sanguíneas Consideraciones generales y Manejo Odontológico. La Universidad del Zulia. Facultad de Odontología. Cátedra de Medicina Interna. 1996.
  4. Pérez Requejo JL. Hematología Tomo II. 3era Edición. Editorial Disinlimed, C.A. Caracas 1995.
  5. Mecanismos que constituyen la hemostasia y la trombosis. Disponible en: <http://www.winwork.es7w37trombosis717cap.htm>.
  6. Cutando A, Montoya G. El paciente dental con alteraciones de la hemostasia. Revisión de la Fisiopatología de la hemostasia para Odontólogos. Medicina Oral (1999);4:485-93
  7. Fermín ZY, Silvestre FJ, Plaza A, Serrano MC. Púrpura Trombocitopénica autoinmune refractaria. Medicina Oral ,1999; 4:372-8.
  8. Tadaaki Kiritá, Masato Okamoto, Katsuhiko Horiuchi, and Masahito Sugimura. Management of a Deep Space Infection of the Neck in a Patient UIT Glanzmann's Thrombasthenia. J Oral Maxillofac Surg 1997; 55:882-885.
  9. Castellanos J, Gray O, Díaz L. Medicina en Odontología. Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas. México. Editorial en Manual Moderno. 1996.
  10. Santoro S. Von Willebrand Disease. A New attempt at clasification of a complex disorder. Laboratory Medicine Newsletter. 1996; 4: 4.
  11. Growe G, Akabuto J, Ritchie B. Hemophilia and Von Willebrand Disease: 2. Management. Canadian Medical Association Journal. 1995; 153: 147-157.
  12. Piot B, Sigaud M, Huet P, Fressinaud E, Trossaert, Mercier J, France N. Management of Dental Extractions in patients with bleeding disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93:247-250.
  13. Andreoli, Bennet, Carpenter, Smith. Cecil Compendio de Medicina Interna. Cuarta Edición. México. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2000.
  14. Piot B, Sigaud M, Huet P, Fressinaud E, Trossaert, Mercier J, France N. Management of Dental Extractions in patients with bleeding disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93:247-250.
  15. Barrero M, Knezevic M, Tapia M, Viejo A, Orengo J, García F, López O, Domínguez S, Díaz J, Castellanos J. Cirugía Oral en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales. Pauta de Actuación. 2003.
  16. Halfpenny W, Fraser J, Adlam D. Comparison of 2 hemostatic agents for the prevention of postextraction hemorrhage in patients on anticoagulants. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001; 92:257-9.
  17. Marisol Benito, Mariluz Benito, Alexis Morón, Cecilia Bernardoni, Saúl Pereira, Miriam Bracho, Nancy Rivera. La Universidad del Zulia. Facultad de Odontología. Servicio Autónomo Hospital Universitario. Servicio de Odontología. "Área de Atención a Pacientes con Enfermedades Sistémicas". Disponible en: <http://www.actaodontologica.com>
-

**ANEXOS**



Figura 1: Vista del Sector anterosuperior.



Figura 2: Vista del Sector anteroinferior