
Manifestaciones bucales y cutáneas de la púrpura trombocitopénica inmunológica: reporte de un caso

Oral and skin manifestations of idiopathic thrombocytopenic purpura: a case report

Dra. Clara Sonia Alayón Recio; ^I **Dr. Félix Leandro Morfa Viamontes;** ^{II} **Dra. Yamirka de la Caridad Rodríguez Guerra;** ^{III} **Reynaldo Enrique de León Heredia;** ^{IV} **Nibaldo Nodal Domínguez.** ^V

I. Clínica Estomatológica Docente Mártires de Pino Tres. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

II. Hospital Universitario Amalia Simoni. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

III. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

IV. Clínica Estomatológica Docente Previsora. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

V. Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: las púrpuras son enfermedades hemorrágicas caracterizadas por la extravasación de sangre hacia los tejidos por debajo de la piel o las mucosas que producen petequias espontáneas o equímosis. La hemorragia anormal en la mucosa bucal, la piel, órganos internos y otros tejidos ocurre de manera súbita, excesiva, espontánea o después de una irritación y pone en riesgo la vida del paciente.

Objetivo: reportar un caso de púrpura trombocitopénica inmunológica con manifestaciones bucales y cutáneas, así como su manejo estomatológico.

Caso clínico: se reporta el caso de un paciente masculino de 80 años con púrpura trombocitopénica inmunológica, presentaba equímosis en ambos carrillos, paladar, en la piel de la cara, los miembros superiores e inferiores, tórax, abdomen y espalda. Se remitió al servicio de Hematología Clínica donde se le practicaron los exámenes de laboratorio, se diagnosticó la púrpura trombocitopénica inmunológica y se trató con esteroides y vitamina C, el cuadro purpúrico remitió después de las

dos semanas. Recibió tratamiento estomatológico con medidas hemostáticas locales y bajo supervisión de su médico. El paciente evolucionó de manera favorable.

Conclusiones: las manifestaciones bucales y cutáneas de la púrpura deben ser identificadas por el estomatólogo para poder realizar las modificaciones pertinentes en el plan de tratamiento estomatológico a fin de evitar contingencias letales en sus pacientes.

DeCS: PÚRPURA; MUCOSA BUCAL/ lesiones; EQUIMOSIS; ANCIANO; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Background: purpuras are hemorrhagic diseases characterized by the extravasation of blood towards tissues below the skin or the mucosa that produce spontaneous petechiae or ecchymosis. The abnormal bleeding in the oral mucosa, the skin, internal organs and other tissues occurs suddenly, excessive, spontaneously or after an irritation and puts at risk the life of the patient.

Objective: to describe a case of purple thrombocytopenic immune with oral and skin manifestations as well as its stomatologic management.

Case report: it is reported a case of an 80 year old male patient with immune thrombocytopenic purpura, who presented bruising on both cheeks, palate as well as in the skin of the face, both upper and lower limbs, thorax, abdomen and back. The patient was remitted to the Service of Clinical Hematology where laboratory tests were practiced. The patient was diagnosed with purple thrombocytopenic immune and was treated with steroids and vitamin C. The purpur manifestations remitted after two weeks. The patient received stomatologic treatment, taking into account local hemostatic considerations and under the supervision of medical doctor. The patient evolved favorably.

Conclusions: the oral and cutaneous manifestations of the purple should be identified by the dentist in order to introduce changes in the treatment schedule and to avoid lethal contingencies in their patients.

DeCS: PURPURA; MOUTH MUCOSA/injuries; ECCHYMOSIS; AGED; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

En algunos trastornos sistémicos hay presencia de hemorragia que ocurre de manera espontánea o después de una irritación y es excesiva, difícil de controlar. Estas enfermedades poseen en común una falla del mecanismo hemostático que genera hemorragia anormal en la piel, órganos internos y otros tejidos, incluso la mucosa bucal.¹

Las púrpuras son enfermedades hemorrágicas

caracterizadas por la extravasación de sangre hacia los tejidos por debajo de la piel o las mucosas que producen petequias espontáneas o equimosis.²

Desde el punto de vista clínico se clasifican en púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) primaria y secundaria o sintomática. Existe una forma aguda que regresa en corto tiempo y otra crónica, que evoluciona mediante brotes, de un

modo indefinido.^{3, 4}

Aunque para algunos investigadores la causa de la PTI es desconocida, hay evidencias que en la mayoría de los pacientes, el padecimiento resulta de la acción de un auto anticuerpo que es producido en contra de la superficie plaquetaria y muy probable de los megacariocitos, lo que ocasiona la destrucción fagocítica de estas células. La trombopenia resultante induce púrpura y hemorragias.⁵

El diagnóstico específico de esta entidad demanda un buen interrogatorio, examen físico completo y pruebas de laboratorio. En el interrogatorio deberán explorarse antecedentes de hemorragia después de una intervención quirúrgica o traumatismo, consumo anterior y actual de fármacos, antecedentes familiares de problemas de hemorragia, así como presencia de enfermedades con trastornos hemorrágicos potenciales.⁵

Los exámenes clínicos deben detectar la presencia de ictericia, equimosis, telangiectasia, hemartrosis, petequias, vesículas hemorrágicas, hemorragia gingival espontánea o hiperplasia gingival. La prueba del Lazo (Rumpel-Leede) es positiva, el tiempo de coagulación es normal y el de sangramiento se halla prolongado.^{1, 5}

Es muy importante que todos los estomatólogos conozcan las manifestaciones clínicas de la PTI, ya que el cuadro purpúrico bucal puede acompañar o incluso anteceder a otras expresiones hemorrágicas cutáneas o viscerales por lo que el odontólogo puede ser la primera persona en ejercer una valoración. Los pacientes que presentan sangrado se encuentran en riesgo de muerte y requieren remisión inmediata con el especialista en Hematología Clínica para su tratamiento integral, lo que contribuye a reducir la ocurrencia de complicaciones. El retraso en el control de esta enfermedad pudiera resultar

mortal.

El objetivo de este trabajo es reportar un caso de púrpura trombocitopénica inmunológica con manifestaciones bucales y cutáneas, así como su manejo estomatológico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 80 años de edad, sexo masculino, piel blanca, sin antecedentes patológicos familiares de interés, que padeció de gripe hace un mes y acudió a consulta de Periodoncia el día 10 de febrero de 2016, por presentar desde el día anterior unas manchas en la boca al suspender el uso de la prótesis total superior.

Al examen clínico intrabucal se observa desdentamiento total superior y parcial inferior, equimosis en carrillos y paladar, dientes remanentes inferiores con presencia de placa dentobacteriana escasa y sarro supra gingival, primer molar inferior izquierdo con movilidad grado IV. La prótesis total superior se encuentra desajustada y usa la misma desde hace aproximadamente 10 años (figura 1).

Al examen físico extrabucal se observa buen estado general, equimosis y petequias en la piel de los miembros superiores e inferiores, el tórax, el abdomen, la espalda y la cara, no hacían relieve, no eran pruriginosas y no desaparecían a la digito-presión (figuras 2, 3 y 4).

Se efectuó la remisión del paciente al servicio de Hematología Clínica del Hospital Universitario Amalia Simoni, donde el 11 de febrero de 2016 se le confeccionó la historia clínica y realizaron estudios analíticos.

Examen cardiorrespiratorio normal con tensión arterial: 110/70 milímetros de mercurio y frecuencia cardíaca de 105 latidos/minuto. Abdomen no doloroso. El resto del examen físico nor-

mal.

Estudios analíticos: hemoglobina: 15,3 g/l; hematocrito: 0,46 %; leucocitos: $12,2 \times 10^9$ /l; glucemia, función hepática, renal, pancreática, enzimas, iones y ácido úrico dentro de límites normales.

El estudio de coagulación mostró: tiempo de sangramiento: 2 min; tiempo de coagulación: 8 min; tiempo de protrombina: control-14 seg paciente-16 seg; tiempo de trombotina parcial: 41 seg; plaquetas: 20×10^9 /l; retracción del coágulo: irretráctil.

Prueba del lazo: positiva. Medulograma: series roja y mieloide normales. Megacariocitos aumentados. No atipias celulares.

Rayos x de tórax y electrocardiograma normales.

Diagnóstico: púrpura trombocitopénica inmunológica.

Se trató con prednisona 20 mg cada 8 horas durante tres semanas, la cual con posterioridad se redujo de forma paulatina hasta su elimina-

ción en un plazo de tratamiento total de tres meses. También se prescribió vitamina C de 500 mg por día. La completa remisión del cuadro clínico se produjo después de las dos primeras semanas de tratamiento. A pesar de que el paciente presentaba trombopenia severa, cursó sin complicaciones y su evolución fue favorable.

Desde el punto de vista estomatológico, se le confeccionó la historia clínica de servicios básicos, se realizó la educación para la salud, motivación y orientación de la fisioterapia bucal, controles de placa dentobacteriana y en estrecha relación con el hematólogo; se llevaron a cabo sin complicaciones varias tartrectomías y la exodoncia imprescindible del primer molar inferior izquierdo por periodontopatía, se colocó de forma inmediata dentro del alveolo esponjas de fibrina y se realizó hemostasia por compresión, al recibir el alta se valoró por los servicios de Periodoncia y Prótesis para el restablecimiento de los dientes faltantes.



Figura 1. Equimosis en carrillo izquierdo, cerca de la línea de la oclusión y en el paladar donde se asentaba la prótesis desajustada



Figura 2. Hematoma posterior al medulograma



Figura 3. Lesiones purpúricas en ambos miembros inferiores



Figura 4. Hematoma en la zona que contacta con el reloj de pulsera

DISCUSIÓN

La PTI es una enfermedad que según De Medeiros KM, et al,⁶ se presenta la mayoría de las veces en mujeres edad fértil, entre 15-50 años aunque puede aparecer a cualquier edad y en ambos sexos. Suquilanda Toapanta KE,⁷ encontró que el promedio de edad fue de 56 años con un incremento progresivo después de los 60 años. Hoy se estima que de cada 10 000 personas, una padece esta enfermedad. Lo que sí está claro es que la incidencia de esta enfermedad está aumentando en los últimos años como lo plantean ambos investigadores.

Se han propuesto muchos mecanismos para explicar de forma directa o indirecta la aparición de auto anticuerpos después de una infección viral, un complejo virus-antivirus podría añadirse a las plaquetas dañándolas y por lo tanto ocasionando su remoción por el sistema reticuloendotelial. Los virus también podrían actuar de forma directa sobre los megacariocitos medulares al introducir la formación de plaquetas defectuosas y estas estimular la formación de auto anticuerpos. Mejías Salas H, et al,⁸ refieren que casi el 70 % de los casos tienen antecedentes recientes de alguna enfermedad viral y en algunos de ellos se identificaron virus específicos, lo cual se asemeja a la historia de la enfermedad respiratoria de causa viral referida por el paciente.

El diagnóstico de PTI, como se plantea en la literatura por Lozano Almela ML, et al,⁹ y Mendoza Contreras D, et al,¹⁰ se realiza por exclusión, caracterizado por trombocitopenia aislada y la ausencia de una condición clínica responsable para la caída de las plaquetas. Como resultado de los niveles disminuidos de plaquetas, la PTI conduce a un sangrado fácil.

La PTI aparece de manera brusca, se hace pre

sente en forma de púrpura cutánea definida por petequias y equímosis, pueden presentarse hemorragias diversas como epistaxis, hematuria o melena; en la boca se puede observar hemorragia gingival intensa, espontánea, petequias y equímosis en el paladar, las manifestaciones bucales pueden ser las primeras expresiones clínicas de la PTI como se aprecia en este paciente y lo confirman en sus estudios Sanchis Picó C, et al,¹¹ y García Stivalet LA, et al.¹²

En el caso clínico que se reporta, el paciente, adulto mayor, usaba una prótesis total superior desajustada con un aproximado de 10 años en uso, que ocasionó equímosis de la mucosa palatina y los carrillos. Para Nápoles González IJ, et al,¹³ y Moret de González YN,¹⁴ el desajuste del aparato usado por largos períodos conlleva a la falta o disminución de la retención y estabilidad, al ocasionar traumatismo en la mucosa que se agrava debido también al proceso biológico de envejecimiento causante de una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos que hacen a la mucosa oral más vulnerable a los agentes traumáticos. Estos investigadores plantean que mientras mayor es el tiempo de uso de la prótesis, la probabilidad de su desajuste en la boca se hace más evidente debido a los cambios que sufren las estructuras que le sirven de soporte, así como las variaciones que se producen en los mismos aparatos protésicos que se deterioran poco a poco, lo que influye en la aparición de lesiones bucales.

Santana Garay JC,¹⁵ afirma que el lugar de la afección purpúrica es por lo general un área sometida a traumatismo, como la mucosa cercana a la línea de oclusión o la del paladar. Otros sitios que presentaban una equímosis similar fueron la piel cercana a la muñeca izquierda que

coincidía siempre con el reloj de pulsera y la zona torácica donde se practicó el medulograma.

Ruiz Gil W,¹⁶ manifiesta que dichas lesiones carecen de relieve, no ocasionan prurito y no desaparecen a la digito-presión, suelen presentarse en las zonas de mayor presión de la piel (miembros inferiores), todo lo anterior se observó de igual forma en este paciente.

Las personas con trastornos de la coagulación necesitan la estrecha colaboración entre su médico y el estomatólogo a fin de recibir cuidados dentales seguros e integrales, por lo que es imperativo trabajar en equipo con el especialista en Hematología, puesto que antes de su intervención odontológica es preciso tomar todas las medidas locales como el uso de la trombina tópica en combinación con celulosa oxidada, de antifibrinolíticos para la protección del coágulo y prevención de la hemorragia, preferir la hemostasia local con gasa a la sutura de los tejidos. La dieta debe ser blanda, para evitar traumatismos. Está contraindicado el uso de aspirina y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para el alivio del dolor a excepción del acetaminofén porque este no inhibe la agregación plaquetaria.^{2, 4}

Se debe realizar la educación y motivación del paciente e indicar la correcta fisioterapia bucal para el control de la placa bacteriana y la formación de sarro con el fin de evitar el edema gingival capaz de producir gingivorragia.^{4, 17}

La anestesia troncular incrementa el riesgo de hemorragia profunda y solo se realizarán las cirugías y procedimientos invasivos imprescindibles. Las tartrectomías y curetajos deben ser realizados previa autorización del hematólogo. En casos de que se requiera prótesis dental o tratamiento ortodóncico, se evitará la aparatología que pueda lesionar los tejidos.

CONCLUSIONES

Para el paciente con PTI que acude al servicio de Estomatología por manifestaciones propias de esta enfermedad y aún no ha sido diagnosticado, es de vital importancia que el estomatólogo sea capaz de realizar una profunda anamnesis, de reconocer el cuadro clínico bucal y general como expresión de esta enfermedad sistémica, lo que posibilitará la rápida y oportuna derivación al servicio de Hematología Clínica para establecer el diagnóstico definitivo e imponer el tratamiento médico necesario a fin de evitar contingencias letales; así como determinar las modificaciones en el plan de tratamiento estomatológico de acuerdo con el momento en que se deban realizar las posibles exodoncias y los tratamientos quirúrgicos o invasivos en relación con la valoración que del estado sistémico del paciente realice su médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eley B, Soory M, Manson J. Efecto de los factores sistémicos sobre los tejidos periodontales. En: Eley B, Soory M, Manson J, editores. Periodoncia. 6ta ed. Ámsterdam: Elsevier; 2012. p. 107-23.
2. Roque García W. Trombocitopenia inmune primaria refractaria: opciones terapéuticas. Rev cuba hematol inmunol hemoter [Internet]. 2012 [citado 20 Ene 2017];28(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/4>
3. Klokkevold P, Mealey B, Carranza F. Influence of systemic disease and disorders on the periodontium. En: Newman M, Takei H, Carranza F, editors. Carranza's Clinical Periodontology. 9na ed. Philadelphia: Saunders Company; 2002. p. 217-38.

4. Echenagusía López GI, López Rodríguez VJ, Triana Estrada MA. Púrpura Trombocitopénica Idiopática y sangramiento gingival. Presentación de un caso. Gac Méd Espirit [Internet]. 2008 [citado 7 Ene 2017];10(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/download/1252/1352>
5. Linden GJ, Lyons A, Scannapieco FA. Periodontal systemic associations: review of the evidence. J Clin Periodontol [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 20];40(Suppl14):[about 3 p.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12064/full>
6. Medeiros KM de, Sá JL de, Braz BM, Barbosa TA, Oliveira BM de. Púrpura trombocitopénica idiopática. Corpus et Scientia [Internet]. 2015 [citado 14 Sep 2016];11(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/886>
7. Suquilanda Toapanta KE. Púrpura trombocitopénica inmune [Internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud; 2015 [citado 10 Ago 2016]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/9429>
8. Mejías Salas H, Fuentes Zambrana M. Púrpura trombocitopénica inmune. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría [Internet]. 2005 [citado 18 Jul 2016];44(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://boliviarevista.com/index.php/pediatria/article/viewFile/2609/2607>
9. Lozano Almela ML, Vicente V. Tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria. Med Clín [Internet]. 2014 [citado 14 Oct 2016];142(9):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-linkresolver-tratamiento-trombocitopenia-inmune-primaria-S0025775313003278>
<http://revistaamc.sld.cu/>
10. Mendoza Contreras D, Maximiliano Nieva H. Trombocitopenia Inmune Clásica. Rev Méd Carrionica [Internet]. 2016 [citado 18 Jul 2016];3(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/109>
11. Sanchis Picó C, Morales Angulo C, García Zornoza R. Lesiones hemorrágicas en la mucosa oral como forma de presentación de una púrpura trombocitopénica idiopática. Acta Otorrinol Esp [Internet]. 2015 [citado 18 Jul 2016];66(4):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5159632>
12. García Stivalet LA, Muñoz Flores A, Montiel Jarquín ÁJ, Barragán Hervella RG, Bejarano Huertas R, García Carrasco M, et al. Análisis de 200 casos clínicos de púrpura trombocitopénica idiopática. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2014 [citado 18 Jul 2016];52(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im143q.pdf
13. Nápoles González IJ, Rivero Pérez O, García Nápoles CI, Pérez Sarduy D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. Arch Med Camagüey [Internet]. Abr 2016 [citado 13 Ene 2017];20(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200008&lng=es
14. Moret de González YN. Prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan la mucosa bucal en pacientes adultos. Act Odon Ven [Internet]. 2014 [citado 13 Ene 2017];52(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art15.asp>

15.Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010.

16.Ruiz Gil W. Diagnóstico y tratamiento de la púrpura trombocitopénica inmunológica. Rev Med Hered [Internet]. 2015 [citado 13 Ene 2017];26(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000400008&lng=es&nrm=iso

17.Linden GJ, Herzberg MC. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions. J Clin Periodontol [Internet]. 2013 [citado 18 Jul 2016];40(Suppl 14):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12091/full>

Recibido: 21 de septiembre de 2017

Aprobado:19 de diciembre de 2017

Dra. Clara Sonia Alayón Recio. Especialista de I Grado en Periodontología. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente Mártires de Pino Tres. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Email: virginia.alayon@reduc.edu.cu