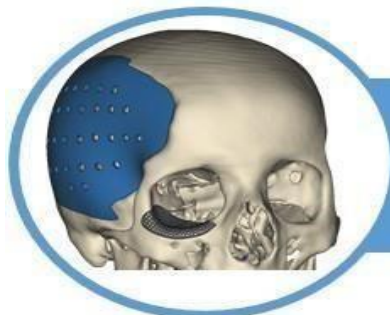




## **MANEJO CIRÚRGICO ORAL DE PACIENTES COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA: revisão de literatura.**

Cassandra Fonseca Verde<sup>1</sup>, Verlaine Alaide Del Boni Martins Pinto<sup>2</sup>, Ellen Angélica Ferreira Dias<sup>3</sup>, Talyta Cristina Santos de Azevedo<sup>4</sup>, Alan Araujo Gomes<sup>5</sup>, Enya Laissah Freire Ribeiro<sup>5</sup>, Jhowcy Mariellen Pereira Rodrigues<sup>6</sup>, Djalma Antonio de Lima Júnior<sup>7</sup>



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p1994-2010>

Artigo recebido em 18 de Julho e publicado em 08 de Setembro de 2024

### REVISÃO DA LITERATURA

#### **RESUMO**

A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) se caracteriza por uma doença sanguínea decorrente de um desequilíbrio hematológico, evidenciando a diminuição significativa na contagem de plaquetas. O tratamento cirúrgico odontológico possui grau de complexidade de acordo com o procedimento que será realizado, os sinais patognomônicos, a patologia que necessita ser tratada e a situação sistêmica do paciente. O cirurgião-dentista precisa realizar uma anamnese detalhada, estabelecer um protocolo individualizado, propondo um planejamento específico, como possíveis prognósticos e execução do tratamento. O objetivo deste trabalho é apresentar os critérios para um adequado manejo odontológico cirúrgico em pacientes com PTI, sendo uma patologia pouco observada na conduta clínica do cirurgião-dentista (CD). Foi efetuada uma revisão de literatura utilizando as bases de dado: BVS, Domínio Público, Google Acadêmico, LILACS, MEDLINE, PUBMED e SCIELO. O tratamento cirúrgico em pacientes com PTI necessita de uma atenção especial, visando à comunicação contínua entre o CD e hematologista, devido o grande risco de possíveis infecções e hemorragias, concluindo que O CD deve compreender e ter os cuidados necessários, para o tratamento de pacientes que apresentem problemas hemorrágicos, tais como a PTI.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bucal, púrpura trombocitopênica idiopática, hemostasia cirúrgica.

# ORAL SURGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA: literature review.

## ABSTRACT

Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) is characterized by a blood disease resulting from a hematological imbalance, showing a significant decrease in platelet count. Dental surgical treatment has a degree of complexity according to the procedure to be performed, the pathognomonic signs, the pathology that needs to be treated and the systemic situation of the patient. The dental surgeon needs to carry out a detailed anamnesis, establish an individualized protocol, proposing a specific plan, such as possible prognosis and execution of the treatment. The objective of this work is to present the criteria for an adequate surgical dental management in patients with ITP, which is a pathology rarely observed in the clinical practice of the dental surgeon (DC). A literature review was carried out using the following databases: BVS, Public Domain, Google Scholar, LILACS, MEDLINE, PUBMED and SCIELO. Surgical treatment in patients with ITP needs special attention, aiming at continuous communication between the DS and the hematologist, due to the high risk of possible infections and hemorrhages, concluding that the DS must understand and take the necessary care for the treatment of patients with bleeding problems, such as ITP.

**Keywords:** Oral surgery, idiopathic thrombocytopenic purpura, surgical hemostasis.

**Instituições afiliadas:** 1Graduada em odontologia pelo Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9694-7504>.  
2Graduada em odontologia pela Universidade Santo Amaro – SP. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9257-7893>.  
3Graduada em odontologia pelo Centro Universitário do Maranhão (CEUMA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7296-3779>.  
4Especialista em prótese dentária pelo Sindicato de Cirurgiões-dentistas do Maranhão (SINCIDEMA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6767-729X>.  
5Residente em Odontologia Hospitalar UTI adulto na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1264-065X> / <https://orcid.org/0000-0002-8087-4482>.  
6Especialista em ortodontia no Instituto Pós-saúde. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9967-8730>.  
7Doutorando em odontologia na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8432-8059>.

**Autor correspondente:** Cassandra Fonseca Verde. [002-021394@aluno.undb.edu.br](mailto:002-021394@aluno.undb.edu.br)



## INTRODUÇÃO

A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) também denominada de púrpura trombocitopênica imunológica, autoimune ou isoimune, caracteriza-se por um distúrbio hematológico, reduzindo a quantidade de plaquetas no sangue, que fazem parte do processo de coagulação sanguínea. Assim como diversas outras patologias autoimunes, a PTI possui etiologia de caráter desconhecida, porém, alguns autores relacionam a doença aos anticorpos autorreativos, que desenvolvem a atividade de aderência nos receptores da membrana das plaquetas desencadeando a redução de vida e sobrevida destas<sup>(1)</sup>. Portadores da PTI podem apresentar sinais e sintomas como petéquias, equimoses, epistaxe, gengivorragia e menorragia<sup>(2)</sup>.

De acordo com dados de estudos epidemiológicos internacionais sobre PTI, realizados em adultos, foi obtida uma estimativa de prevalência de 1,6-2,7 casos por 100.000 e uma incidência de 9,2-23,6 casos por 100.000 pessoas/ano, com predominância do sexo feminino e aumento destes parâmetro com a idade<sup>(3)</sup>.

Quanto ao tratamento odontológico, os cirurgiões-dentistas (CD) precisam reconhecer a gravidade desta doença no atendimento de seus pacientes. Por isso, é essencial a anamnese dirigida e ainda averiguar se há acompanhamento médico antes de iniciar qualquer conduta clínica, desse modo, o CD minimiza possíveis intercorrências<sup>(4)</sup>. As terapêuticas cirúrgicas necessitam de uma atenção especial, pois podem ser traumáticas e mais invasivas quando comparado com restaurações, tratamento edodôntico, por exemplo, sendo imprescindível o diálogo entre o CD e hematologista antes de qualquer intervenção cirúrgica, seja ela simples ou complexa, para que assim consigam alcançar um prognóstico mais favorável<sup>(5)</sup>.

Os procedimentos cirúrgicos em pacientes com PTI devem ser muito bem planejados, pois qualquer negligência profissional pode acarretar em situações nocivas. Posto isto, as cirurgias orais só podem ser executadas se a contagem de plaquetas estiver acima de 50.000/mm<sup>3</sup> e com parecer do hematologista. Dessa maneira, a anestesia local precisa ser administrada com a maior prudência possível, menos traumática aos tecidos e ainda injetando a solução de maneira cadenciada e intermitente<sup>(5)</sup>.

Antes de qualquer conduta cirúrgica em pacientes com PTI é de fundamental

importância a solicitação de exames laboratoriais, como hemograma e coagulograma, objetivando verificar os parâmetros essenciais para o manejo cirúrgico, como a contagem de plaquetas, tempo de sangramento, tempo de tromboplastina parcial ativa (PTTA), tempo de protrombina (TAP) e índice de normalidade internacional (INR), estes representando resultados relevantes, a fim de prevenir prováveis complicações operatórias, tais como hemorragias e infecções<sup>(6)</sup>.

Pacientes com PTI costumam realizar tratamento com corticóides, os quais podem causar hipertensão arterial ou exacerbá-la se já estiver presente, além da dificuldade de cicatrização de feridas, é importante manter um acompanhamento médico contínuo, e ainda mais rigoroso no momento de intervenção cirúrgica oral, com a finalidade de evitar interações medicamentosas, pois alguns fármacos agregados a outros podem acarretar em diminuição do tempo de tromboplastina e surgimento de petéquias na cavidade oral e sangramento gengival, intensificando esses sinais quando submetidos ao manejo cirúrgico<sup>(7)</sup>.

Esta revisão visa elucidar o adequado manejo e aplicabilidade de um correto tratamento cirúrgico em pacientes com PTI. Além disso, é proposto orientar tanto os discentes, quanto os docentes a seguirem uma linha de investigação na conduta clínica, estabelecendo critérios plausíveis, a fim de evitar complicações hemorrágicas em procedimentos cirúrgicos nestes pacientes imunocomprometidos. O meio bucal está susceptível à presença de sangramentos nestes pacientes, tornando evidente quando associados à doença periodontal, ou em consequência da conduta clínica de procedimentos mais invasivos, logo, a atenção do CD deve estar relacionada nos critérios de manejo odontológico direcionado a prover uma assistência resguardada e minimizar o risco de prováveis riscos hemorrágicos.

## **METODOLOGIA**

O artigo tem como característica uma revisão de literatura narrativa, descritiva, com uma abordagem qualitativa, no qual o conteúdo produzido é através de pesquisas prévias (dados secundários), destacando conceitos, procedimentos, discussões, conclusões de importância para o tema abordado que será analisado.

Esse estudo foi elaborado através de uma minuciosa análise da literatura

disponível. Para tanto, foram utilizados artigos publicados no período de 1996, até mais atuais de 2022, retirados das bibliotecas virtuais BVS, Domínio Público, Google Acadêmico, LILACS, MEDLINE, PUBMED e SCIELO, utilizando os descritores “cirurgia bucal”, “púrpura trombocitopênica idiopática” AND “hemostasia cirúrgica.

Os artigos foram ordenados com base em uma tabela do Excel dividida em ano, autor, relevância clínica, objetivo, perfil do trabalho e conclusão para melhor organização durante o desenvolvimento do trabalho, de acordo com o tema sobre manejo cirúrgico oral de pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática.

Para elaboração do presente trabalho foi realizada uma busca onde foram encontrados 57 trabalhos por meio dos descritores utilizado, destes foram selecionados 40; após a leitura do resumo, foram selecionados 30 trabalhos.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Púrpura Trombocitopênica Idiopática

A PTI (Figura 1) é uma patologia autoimune que possui etiologia desconhecida, apresentando trombocitopenia isolada, com posterior redução das plaquetas e risco elevado de sangramento. Observa-se que a produção das células não é comprometida, apresentando normalidade, logo a medula óssea se mantém sem alteração de funcionamento, entretanto o sistema imunológico distingue as plaquetas como células diferentes proporcionando a destruição destas<sup>(8)</sup>.

**Figura 1** – Púrpura Trombocitopênica Idiopática



**Fonte:** PEREIRA, Nathalia Micaela Santos; TORREGROSSA, Vinicius Rabelo.

Conforme a Sociedade Americana de Hematologia, a PTI evidencia etiologia de caráter primário e secundário. Sendo assim, a plaquetopenia se divide em PTI aguda, onde desenvolve quadro menor que 3 meses, PTI crônica, com quadro superior a 12 meses, e ainda PTI persistente, em situações onde há quadro persistente de 3 meses a

12 meses com recidivas frequentes<sup>(8-9)</sup>.

O mecanismo fisiopatológico da PTI,<sup>(10)</sup> equivale em diminuição plaquetária executada pelo baço, fígado ou em ambos devido a ação das células de defesa. Logo, os macrófagos com ajuda dos anticorpos IgG são capazes de se ligar nos receptores Fcγ, células linfáticas do tipo CD4 são autorreativas e promovem resposta autoimune com degradação exacerbada das plaquetas, células T cooperantes do tipo Th1 e Th17 direcionam o processo autoimune, segundo, Li et al., observa-se atuação das células linfáticas CD8 neste processo.

O diagnóstico da PTI não constitui uma doença específica, mas sim um sinal, apresentando: hemorragias cutâneas (Figura 2), perdas sanguíneas na mucosa e em órgãos internos, promovidas pelo extravasamento do sangue para os tecidos. As púrpuras podem ocorrer de forma isolada; ou, agrupadas, de tamanho diminuto, semelhante a uma cabeça de alfinete (petéquias), ou com forma de placas, com coloração que vai vermelha-azulada (equimose)<sup>(11)</sup>.

**Figura 2** – Hemorragias cutâneas.



**Fonte:** LEE, Sung-Tak; KIM, Jin-Wook; KWON, Tae-Geon

A PTI é uma doença autolimitada, e raramente, ocorre com quadros graves de sangramento, apesar disso, uma avaliação clínica cuidadosa, bem como um preciso diagnóstico, tornam-se importantes para o manejo inicial e acompanhamento desses pacientes. Deve-se atentar para o diagnóstico diferencial com outras patologias, que podem também apresentar sinais e sintomas semelhantes à plaquetopenia. A PTI é classificada em duas formas: a púrpura trombocitopênica aguda, mais incidente em crianças jovens (2 a 6 anos), seguida de alguma doença viral; e também, a púrpura

trombocitopênica crônica, quando persiste por mais de seis meses<sup>(11)</sup>.

### Diagnóstico

O diagnóstico preciso da PTI, necessita que seja feita uma correta anamnese e um minucioso exame clínico, que devem ser os mais abrangentes possíveis, buscando o maior número de informações sobre o paciente, incluindo sua história familiar, médica e dentária, sendo observada a saúde sistêmica como um todo; a região orofacial deve ser avaliada com cuidado, para observação da presença de lesões em mucosa, equimoses, petéquias, sangramento gengival e hematomas<sup>(12)</sup> (Figura 3).

**Figura 3** – Achado clínico de uma pessoa com PTI.



**Fonte:** LEE, Sung-Tak; KIM, Jin-Wook; KWON, Tae-Geon

A PTI pode ser diagnosticada por exclusão de outras causas de trombocitopenia. Um sangramento significativo é aquele que permanece por mais de 12 horas, o que faz com que o paciente recorra ao dentista, médico ou atendimento de emergência, e resulta no desenvolvimento de hematomas ou equimoses nos tecidos moles e duros; ou, requer um aporte de derivados sanguíneos<sup>(13)</sup>.

Os testes laboratoriais para diagnóstico das alterações da hemostasia e de coagulação, caracterizam-se por hemograma completo, por contagem das plaquetas, pelo tempo de sangramento, pela prova do laço ou do torniquete, pela pesquisa de anticorpos antiplaquetários, pelo tempo de coagulação sanguínea total, ou pelo tempo de tromboplastina parcial ativado e pelo tempo de protrombina<sup>(13)</sup>.

### Manejo odontológico

O CD deve ter consciência da gravidade da hemorragia na gestão de seus pacientes. É necessário, por tanto, que os mesmos proponham avaliação dos pacientes

pelo médico, antes de qualquer planejamento odontológico, com o objetivo de diminuir o risco para os pacientes, restaurando a hemostasia, deixando-o com níveis aceitáveis e utilizar meios de manutenção por métodos locais de hemostasia e outros mecanismos auxiliares<sup>(14)</sup>.

É importante um controle adequado do biofilme dentário, através de técnicas cuidadosas de higiene bucal, a fim de evitar inflamações, sangramentos, infecções e cáries; as medidas preventivas podem incluir: escovação adequada, uso de creme dental fluoretado, recomendações dietéticas (diminuição da ingestão de sacarose), procedimentos no consultório odontológico, tais como aplicação de flúor ou selante em fóssulas e fissuras<sup>(7)</sup>.

A saúde periodontal é de fundamental importância em pacientes que possuem PTI, já que tecidos gengivais sofrem maior risco de hemorragia. A periodontite pode causar mobilidade dentária, podendo ser necessária a exodontia do elemento, podendo apresentar complicações. Pode ser necessário, antes da cirurgia periodontal, o uso de bloqueios auxiliares para hemostasia<sup>(7)</sup>.

A comunicação entre o CD e o médico do paciente é de extrema importância. O levantamento de informações necessárias como: profilaxia medicamentosa, medicamentos a serem dispensados, até mesmo o horário e o dia, para o procedimento odontológico, devem ser seguidos conforme o hematologista, para uma maior segurança ao paciente<sup>(15)</sup>.

Para que sejam realizados de forma segura procedimentos cirúrgicos em pacientes com PTI, as plaquetas devem estar superiores a 50.000/mm<sup>3</sup>. Em casos onde o sangramento está presente, o primeiro procedimento de controle, é a compressão com gaze, bem como a injeção de um vasoconstritor local. Nas cirurgias odontológicas, a anestesia local deve ser realizada com extremo cuidado, o mais atraumática possível, fazendo a injeção do anestésico de forma lenta e intermitente<sup>(15)</sup>.

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

cautela<sup>(16)</sup>.

Próteses não costumam envolver risco de hemorragia. Deve-se tomar cuidado com tecidos orais, manuseando-os delicadamente, durante as várias sessões da fabricação das próteses, reduzindo o risco de equimoses. Cuidados na adaptação pós-inserção são necessários, para evitar traumas nos tecidos moles. Em alguns pacientes, ocorre a formação de bolhas cheias de sangue, na mucosa oral, como resposta a traumatismos<sup>(17)</sup>.

### **Manejo cirúrgico oral de pacientes com PTI**

Para maior segurança no manejo cirúrgico oral de pacientes com PTI é importante saber a etiologia da doença. A PTI é caracterizada por um distúrbio hematológico, observando uma acentuada diminuição do número de plaquetas circulantes no sangue<sup>(5)</sup>. Os CD necessitam ter noção do risco que o paciente com PTI tem em relação a hemorragia, logo é imprescindível a comunicação entre o hematologista e dentista antes de qualquer manejo cirúrgico, buscando minimizar o risco para os pacientes, controlando previamente a hemostasia com níveis adequados<sup>(18)</sup>. Essa comunicação é de suma importância, visando a coleta de informações como: profilaxia medicamentosa, medicamentos a serem dispensados, além de avaliar o horário e dia para o tratamento odontológico, predispondo assim maior segurança ao paciente submetido a determinado procedimento.

As cirurgias em pacientes com PTI só podem ser realizadas se a contagem de plaquetas forem maiores que 50.000/mm<sup>3</sup><sup>(19)</sup>. Entretanto, em situações onde há presença de sangramento, o dentista pode realizar a compressão com gaze, e ainda a injeção de um vasoconstritor local, logo, a anestesia local precisa ser o mínimo traumática, injetando o anestésico de forma lenta e interrompida<sup>(18)</sup>. Afirmam que pode utilizar agentes locais hemostáticos, técnicas como pressão, suturas cirúrgicas, entre outros, podendo ser usados de forma individual ou em associação com hemostáticos puros, como a trombina tópica e os vasoconstritores. Todavia, é essencial o máximo de cautela e domínio do profissional na conduta, pois pode haver o risco de vasodilatação rebote, o que poderá elevar sangramento tardio.

## Complicações cirúrgicas

A contagem ideal de plaquetas varia de 150.000 a 450.000/ mm<sup>3</sup>, logo, quando há diminuição destas, denominamos de trombocitopenia. Sendo assim, a redução plaquetária na maioria das vezes predispõe sangramentos pós-operatório grave, sangramento espontâneo da mucosa, equimoses cutâneas, hemorragia retiniana e ainda pode levar ao sangramento com risco de vida<sup>(20)</sup>.

De acordo com a Sociedade Americana de Hematologia, os pacientes com contagem de plaquetas inferiores a 30.000/ mm<sup>3</sup> possuem um risco a cerca de 5% de hemorragia fatal no decorrer da vida. Desse modo, observa-se oscilações no risco de sangramento entre as diversas faixa etária, entretanto, o risco de hemorragia fatal é ainda mais elevado do o proposto acima<sup>(21)</sup>.

Apontam que independente do nível de risco, inúmeros pacientes necessitam apenas de observação médica, sem qualquer tipo de tratamento mais invasivo<sup>(22)</sup>. Nota-se que o sangramento espontâneo é esporádico, a menos que a contagem de plaquetas esteja menor que < 30.000/ mm<sup>3</sup>. Logo, uma intervenção cirúrgica não é precisamente assegurada para um paciente que não predispõe de um tratamento para controle da PTI, seja com transfusão ou medicamentos<sup>(23)</sup>.

É essencial avaliar a situação completa do paciente antes de qualquer manejo cirúrgico, como o histórico familiar e médico, situação de tratamento da patologia e descrição minuciosa de possíveis ocorrência de sangramentos. Estima-se que o sangramento pós-operatório da cirurgia oral é de 8,6-32,1% em pacientes portadores de PTI com hemostasia afetada<sup>(24)</sup>. Afirmam que após intervenção cirúrgica orais menores, observa-se sangramento pós-operatório nas cirurgias de aumento de coroa, enucleação de cisto e exodontia de elementos dentários<sup>(25)</sup>. Entretanto, em casos de instalação de implantes há um risco aumentado de hemorragia com risco de vida<sup>(26)</sup>.

A maioria dos relatos sobre sangramento oral associado à PTI descreve o manejo pré-operatório e o manejo de exsudação gengival espontânea e hematomas como sintomas orais de PTI, porém os estudos não descrevem sangramento maciço com risco de vida após extração dentária ou fratura dento-alveolar<sup>(26)</sup> relatam em uma descrição de caso, que hemorragias causadas por PTI podem levar a complicações que causam a morte, configurando-se uma doença potencialmente fatal.

## **Exames laboratoriais**

As discrepâncias plaquetárias são originadas de patologias que decorrem de complicações numéricas sendo a trombocitopenia, redução das plaquetas ou trombocitose, aumento das plaquetas, e/ ou distúrbios de função plaquetária<sup>(27)</sup>.

Conforme o Ministério da Saúde<sup>(28)</sup>, o diagnóstico laboratorial da PTI é realizado através do hemograma, quando dispuser de trombocitopenia, ou seja, plaquetas inferiores a  $<100.000/ \text{mm}^3$  isolada, sem qualquer variação nas outras séries do hemograma completo e no esfregaço de sangue periférico, e ainda, ausência de mais situações clínicas que cursam com a trombocitopenia, por exemplo: infecções, doenças autoimunes, neoplasias, efeito adverso de medicamentos.

É de fundamental importância a avaliação do exame laboratorial do coagulograma, buscando evitar possíveis coagulopatias ao longo de procedimentos cirúrgicos odontológicos. Averiguar cautelosamente a contagem de plaquetas, tempo de sangramento, tempo de tromboplastina parcial ativada (PTTa), tempo de protrombina (TAP) e índice de normalização internacional (INR) são suficientes para identificar determinadas coagulopatias e evitar possíveis danos ao paciente<sup>(6)</sup>.

## **Interações farmacológicas**

Muitos medicamentos prescritos na clínica odontológica, especialmente AAS (ácido acetilsalicílico) pode interferir na hemostasia do paciente. Os anti-inflamatórios não-esteroidais e AAS, podem aumentar o efeito da Varfarina. Penicilinas, eritromicinas, metronidazol, tetraciclinas e miconazol também potencializam o efeito sobre a Varfarina. Assim, cuidados devem ser tomados ao prescrever esses medicamentos, principalmente a pacientes com tendências hemorrágicas; e, é aconselhável consultar o médico do paciente antes de qualquer planejamento terapêutico<sup>(15)</sup>.

É preferível o tratamento hospitalar desses pacientes, com alto risco hemorrágico, para a segurança de possíveis eventos hemorrágicos, durante e após o procedimento. O CD deve estar sempre apto a identificar pacientes com distúrbios hemorrágicos. Deve-se seguir sempre uma filosofia preventiva, visando uma correta conduta odontológica<sup>(16)</sup>.

Segundo o Comit  Nacional de Hematologia<sup>(29)</sup> o tratamento de primeira escolha para PTI é o uso de corticoides. Entretanto,   válido ressaltar que medicamentos a base de corticosteroides podem desencadear interações farmacológicas quando associados a outros medicamentos como o ácido acetil sal cico, podendo provocar a diminuição do tempo de tromboplastina, o aparecimento de petéquias na cavidade oral e sangramento gengival, sendo contraindicado a prescrição de AINES.

No intuito de evitar possíveis complicações, relataram que a sintomatologia dolorosa contribui para alteração da hemostasia, logo, muitos cirurgiões-dentistas por desconhecerem determinadas discrasias sanguíneas, prescrevem anti-inflamatórios a base de aspirina com a intenção de amenizar a dor álgica<sup>(6)</sup>. Porém, a aspirina e seus derivados são contraindicados para pacientes com PTI pois apresentam atividade inibitória da agregação plaquetária. Em vista disso, o uso de anti-inflamatórios nesses pacientes precisam ser realizados com cautela e restrição, devido suas funções anti-agregantes, hematologista necessita ser consultado antes da prescrição medicamentosa, buscando prevenir danos severos. Para controle da dor de origem odontológica, pode-se utilizar medicamentos derivados de paracetamol e dipirona.

Os anti-inflamatórios não esteroidais e AAS, podem elevar o efeito da Varfarina. Penicilinas, eritromicinas, metronidazol, tetraciclina e miconazol também potencializam o efeito sobre a Varfarina<sup>(5)</sup>. Desse modo, o dentista necessita ter muito cuidado ao prescrever esses medicamentos, principalmente para pacientes com predisposição a hemorragias, como no caso dos portadores de PTI.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O CD deve compreender e ter os cuidados necessários para o tratamento de pacientes portadores da PTI, realizando a correta anamnese e um minucioso exame clínico, de forma o mais abrangente possível que ajude no manejo cirúrgico destes pacientes. Durante o manejo odontológico, cirúrgico ou não,   necessário adotar cuidados e evitar sangramentos, realizando um procedimento conservador e o mais atraumático possível, procurando executar os procedimentos cirúrgicos dentro do limite de segurança e com as devidas medidas de hemostasia complementares a estes pacientes.

Dessa forma, é necessário realizar novos estudos para complemento sobre a acessibilidade à saúde oral de forma integral pelos pacientes com discrasias sanguíneas, tornando relevante a condição de saúde do paciente, melhorando a inclusão e acesso integral aos serviços odontológicos pelos pacientes imunocomprometidos. Sugiro assim, mais estudos sobre a temática desenvolva, de cunho revisão sistemática com metanálise, considerando a natureza invasiva dos procedimentos e presença de sangramento em grande parte das intervenções clínicas.

## REFERÊNCIAS

1. ALVES, Ana Klara Rodrigues et al. Púrpura trombocitopênica idiopática: uma doença subdiagnosticada. Revista Sustinere, v. 9, n. 1, p. 50-64, 2021.
2. Gaudino, V. R. R., Gomes, H. M., Teixeira, F. C., Picosse, V. D., & Silva, M. A. G. D. T. púrpura trombocitopênica idiopática: um diagnóstico de exclusão.
3. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, Arnold DM, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. Blood. 2009;113(11):2386-93.
4. GRANADOS, Ma del Refugio Islas; DE LA TEJA ÁNGELES, Eduardo; AGUIRRE, Alejandro Hinojosa. Manejo estomatológico del paciente con púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). Reporte de un caso. Revista odontológica mexicana, v. 16, n. 1, p. 53-57, 2012.
5. SHITSUKA, Caleb et al. Cuidados bucais em pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática. Research, Society and Development, v. 5, n. 4, p. 314-321, 2017.
6. SOARES, Daniel Augusto dos Santos; SOARES, Artur dos Santos. A Importância da avaliação do coagulograma em pacientes submetidos a procedimentos de extração dentária. Rev. para. med, 2012.
7. LEON, Génesis Sulay Alfonso. Tratamiento periodontal en un paciente con purpura trombocitopénica idiopática. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2018.
8. WITKOWSKI, Michał; WITKOWSKA, Magdalena; ROBAK, Tadeusz. Autoimmune thrombocytopenia: Current treatment options in adults with a focus on novel drugs. European journal of haematology, v. 103, n. 6, p. 531-541, 2019.
9. KELTON, John G.; VRBENSKY, John R.; ARNOLD, Donald M. How do we diagnose immune thrombocytopenia in 2018?. Hematology 2014, the American Society of Hematology Education Program Book, v. 2018, n. 1, p. 561-567, 2018.
10. 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.
11. SIMONATO, Luciana Estevam; MIYAHARA, Glauco Issamu; BIAZOA, Éder Ricardo. Púrpura trombocitopênica idiopática: importância do cirurgião-dentista no diagnóstico. Arquivos em Odontologia 46 (1), 2010.

12. GHELARDI, Isis Raquel. Avaliação pós-operatória de exodontias realizadas em pacientes portadores de púrpura trombocitopênica idiopática (PAP). BVS Saúde, 75-75, 2008.
13. OLIVEIRA, MCQ; GIACOM, MTS; JUNIOR, LAVS; PERES JUNIOR, MPSM Peres. Tratamento odontológico em paciente portadora de Púrpura Trombocitopênica Trombótica: relato de caso. Revista de Odontologia da UNESP 41 (Especial), 0-0, 2013.
14. BITTENCOURT, AA et al. EXTRAÇÕES DENTÁRIAS EM PACIENTE PEDIÁTRICA COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA CRÔNICA. Hematology, Transfusion and Cell Therapy 43, S449-S450, 2021.
15. MAGRO, Alessandra Kuhn-Dall et al. Manejo odontológico de pacientes com coagulopatias—revisão de literatura e relato de caso: síndrome de Bernard Soulier. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF 16 (2), 2011.
16. BUSTINZA, Roxana Lizbeth Pilco. Terapia láser en contusión de labio superior de paciente con púrpura trombocitopénica idiopática. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2019.
17. ROSSIER, Viviane Ferreira et al. Dental considerations on the management of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura in children: case report. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia 63, 472-476, 2015.
18. GUPTA, Anurag; EPSTEIN, Joel B.; CABAY, Robert J. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. Journal of the Canadian Dental Association, v. 73, n. 1, 2007.
19. ALMEIDA, Ana Cláudia Pedreira; ALMEIDA, Sérgio Ricardo Ferraz de; MOURA, Régis Cristino de. Controle da hemorragia oral e anestesia local em pacientes hemofílicos. JBC j. bras. clin. odontol. integr, p. 271-275, 2004.
20. LI, June; SULLIVAN, Jade A.; NI, Heyu. Pathophysiology of immune thrombocytopenia. Current opinion in hematology, v. 25, n. 5, p. 373-381, 2018.
21. GEORGE, James N. et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a practice guideline developed by explicit methods for the American Society of Hematology. Blood, v. 88, n. 1, p. 3-40, 1996.
22. DA SILVEIRA, Carvalho da Silva Alves; DE ARAÚJO CALFO, Marcela. O Formulário Terapêutico Nacional, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: extensões da seleção de medicamentos.
23. CINES, Douglas B.; MCMILLAN, Robert. Pathogenesis of chronic immune thrombocytopenic purpura. Current opinion in hematology, v. 14, n. 5, p. 511-514, 2007.
24. GIVOL, N. et al. Thrombocytopenia and bleeding in dental procedures of patients with Gaucher disease. Haemophilia, v. 18, n. 1, p. 117-121, 2012.
25. MARTINI, Marcelo Zillo et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura presenting as post-extraction hemorrhage. The journal of contemporary dental practice, v. 8, n. 6, p. 43-49, 2007.
26. LEE, Sung-Tak; KIM, Jin-Wook; KWON, Tae-Geon. Life-threatening outcomes after dental implantation in patient with idiopathic thrombocytopenic purpura: a case report and review of literature. Maxillofacial plastic and reconstructive surgery, v. 40, n. 1, p. 1-7, 2018.
27. BONACCIO, Marialaura et al. Age-sex-specific ranges of platelet count and all-cause mortality: prospective findings from the MOLI-SANI study. Blood, v. 127, n. 12, p. 1614-6, 2016.
28. BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº715 de 17 de dezembro de 2010.
29. DE HEMATOLOGÍA, Comité Nacional. Guideline for diagnosis and treatment of immune

thrombocytopenia. Archivos argentinos de pediatria, v. 108, n. 2, p. 173-178, 2010.

30. 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), 52-52.