I Jornada Virtual de Estomatología 2022
Ciego de Ávila

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA

Lesiones petequiales en la cavidad oral, signos prodrómicos de un síndrome purpúrico. Informe de caso

Blas Jorge González Manso[1] https://orcid.org/0000-0003-3658-7264

Patricia María Bermúdez Fuentes[2] https://orcid.org/0000-0001-9236-9048

Lya del Rosario Magariño Abreus[3*] https://orcid.org/0000-0002-9933-5323

[1]Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

[2]Estudiante de la carrera Estomatología. Alumna ayudante de Cirugía Maxilofacial. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

[3]Estudiante de la carrera Estomatología. Alumna ayudante de Cirugía Maxilofacial. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: lya.magarino2000@gmail.com,

RESUMEN

Introducción: el síndrome purpúrico se asocia fuertemente a procesos linfoproliferativos crónicos como la leucemia linfoide crónica. Es muy importante para el personal estomatológico conocer sus manifestaciones clínicas, pues el cuadro purpúrico bucal puede acompañar o incluso anteceder a otras expresiones hemorrágicas cutáneas o viscerales. **Objetivo**: describir el manejo integral de un síndrome linfoproliferativo acompañado de trombocitopenia secundaria. **Presentación del caso**: paciente que acude al hospital provincial con presencia de lesiones hemorrágicas y petequiales generalizadas, púrpuras húmedas en paladar blando y mucosa bucal. Teniendo en cuenta los antecedentes de astenia, anemia,

hematuria y lesiones mucocutáneas descritas, y la realización de estudios complementarios, se realizó el diagnóstico. Después de 11 días de evolución favorable se decide egreso a la comunidad y seguimiento por consulta de Hematología. **Conclusiones**: la detección y tratamiento oportuno son pilares claves en el adecuado manejo que posibilita una mejoría clínica evidente. Conocer que pueden aparecer estas lesiones en la cavidad bucal puede servir para tomar una conducta efectiva ante este tipo de pacientes.

Palabras clave: LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA; PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE; SÍNDROME PURPÚRICO; SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO CRÓNICO

INTRODUCCIÓN

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es definida como la condición clínica caracterizada por la disminución de plaquetas en sangre periférica, cuya manifestación predominante es la hemorragia mucocutánea, siendo la petequia la más característica.[1, 2]

Esta entidad forma parte del síndrome purpúrico, constituido por alteraciones hematológicas, de tono purpúreo, a causa de la extravasación espontánea de sangre. Desde el punto de vista clínico, se clasifican en secundaria o sintomática, en la que se encuentra alguna patología asociada; y primaria, que carece de dicha asociación. La experiencia clínica muestra que solo el 20 – 30 % suele ser secundaria. Existe una forma aguda que regresa en corto tiempo y otra crónica, que evoluciona mediante brotes, de un modo indefinido.[2, 3] Actualmente, se reconocen las siguientes formas de evolución: de reciente diagnóstico, persistente y crónica.[4]

Se asocia fuertemente a enfermedades hemolinfopoyéticas como los procesos linfoproliferativos crónicos que producen este tipo de trombopatía; [5] como la leucemia linfoide crónica (LLC), que comprende un grupo de neoplasias biológicamente diferentes, caracterizadas por una proliferación y acúmulo de linfocitos pequeños de apariencia madura en sangre periférica (SP), médula ósea (MO)y tejidos linfoides.[6, 7]

Las primeras observaciones sobre la aparición de petequias se remontan a la época greco-romana, con las descripciones de Hipócrates y Galeno sobre "manchas o eminencias rojas" observadas en los pacientes con peste. Al presente, es válido considerar a la PTI como un síndrome, causado por un evento desencadenante que origina una respuesta autoinmune en la cual los mecanismos de destrucción plaquetaria son mediados por anticuerpos antiglicoproteínas plaquetarias y citotoxicidad por células T CD8, los cuales actúan sobre los megacariocitos en médula ósea, inhibiendo así la síntesis de plaquetas.[1]

Hoy se estima que, de cada 10 000 personas, una padece esta enfermedad.[3] En los adultos jóvenes tiene franca predilección por las mujeres, no así en los mayores. Presenta una tendencia bimodal con un pico de mayor incidencia en menores de 18 años y el segundo entre 75 a 84 años.[8] Varias literaturas reportan una mayor prevalencia en el adulto mayor.[1, 8]

Por su parte, la LLC representa la leucemia humana más común en los países occidentales. Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino, con una relación de 2:1 y la edad promedio al diagnóstico, es de 65 años.[7] En conjunto, las neoplasias linfoides son el cuarto cáncer más común y la sexta causa principal de muerte por cáncer en los Estados Unidos.[8]

Es muy importante que todos los estomatólogos conozcan sus manifestaciones clínicas, pues el cuadro purpúrico bucal puede acompañar o incluso anteceder a otras expresiones hemorrágicas cutáneas o viscerales. El retraso en el control de esta enfermedad pudiera resultar mortal; por tanto, el objetivo de este trabajo es describir el manejo integral de un paciente diagnosticado con síndrome linfoproliferativo acompañado de trombocitopenia secundaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de 80 años de edad, blanco, masculino de procedencia urbana con antecedentes de cardiopatía isquémica y angina de pecho de 15 años de evolución, compensado con tratamiento regular de con captopril (tableta de 25 mg) y atenolol (tableta de 25 mg); operado de fractura de cadera derecha y pólipos prostáticos no malignos sin complicaciones, no refiere traumatismos, transfusiones ni alergias.

Acude al Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima de la provincia Cienfuegos con presencia de lesiones hemorrágicas húmedas en la cavidad bucal y miembros inferiores, además de referir orinas rojizas, deposiciones más oscuras de lo habitual y decaimiento. Es valorado primeramente en consulta de Cirugía Maxilofacial y se decide su ingreso para estudio y tratamiento de las manifestaciones.

Al examen físico en el momento del ingreso se constataron mucosas húmedas e hipocoloreadas, presencia de lesiones hemorrágicas y petequiales generalizadas, púrpuras húmedas en paladar blando y mucosa bucal (Imagen 1). Aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones, normotenso, abdomen negativo sin visceromegalia e integridad del sistema nervioso. Teniendo en cuenta los antecedentes de astenia, anemia, hematuria y lesiones mucocutáneas descritas, el diagnóstico clínico al ingreso fue Síndrome purpúrico en estudio de posible origen plaquetario.

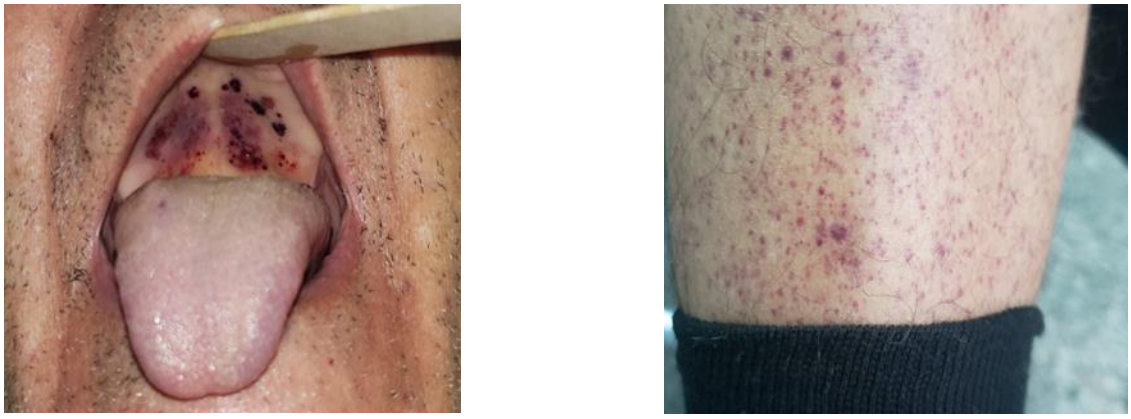

Imagen 1. Lesiones en mucosa oral y piel de miembros inferiores al ingreso

Se realizan estudios complementarios que incluyen hemograma completo, conteo de plaquetas que revela trombocitopenia severa (18 x 10^9 /L), ligera leucocitosis a predominio de segmentados, glicemia en 6,1 mmol/L, creatinina y enzimas hepáticas dentro de parámetros normales (Imagen 2). Radiografía de tórax y ultrasonido abdominal sin alteraciones, ultrasonido prostático que informa próstata heterogénea, de contornos normales para la edad, lóbulo medio hiperecogéncio de 28,2 mm por 26,7 mm. El medulograma muestra médula ósea infiltrada por linfocitos maduros (leucemia linfoide crónica).

Imagen 2. Alteración del tiempo de coagulación de origen plaquetario

Se diagnosticó un síndrome linfoproliferativo con trombocitopenia secundaria. Fueron indicadas medidas generales de reposo, signos vitales cada 6 horas, hidratación parenteral con solución NaCl 0,9% 500 ml más ½ ámpula de Polisal, y comienza con tratamiento de esteroides dexametasona (ámpula de 4mg) diluidas por vía endovenosa, en orden de cuatro en desayuno, tres en almuerzo y comidas; además de omeprazol (bulbo de 40mg) ½ bulbo cada 12 horas.

A pesar de la trombocitopenia severa, a los dos días de ingreso no tiene manifestaciones hemorrágicas graves. Se indican estudios complementarios evolutivos que revelan homoquímica sanguínea, hemograma y leucograma con valores normales, aunque persiste el conteo de plaquetas por debajo de los valores normales. Por lo cual se mantiene con el mismo tratamiento.

Después de 11 días de evolución favorable y mejoría clínica (Imagen 3), desaparecen las lesiones hemorrágicas de piel y mucosas, se constatan orinas claras y deposiciones normales; por lo que se decide egreso a la comunidad y seguimiento por consulta de Hematología.

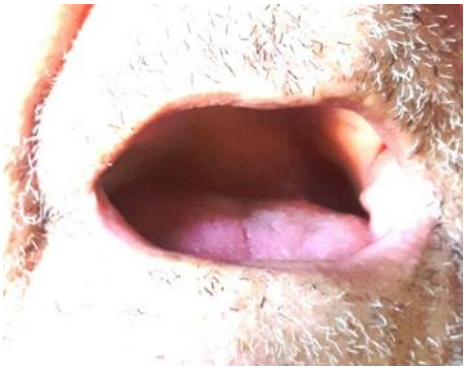

Imagen 3. Cavidad oral y miembros inferiores al egreso

DISCUSIÓN

Los síndromes linfoproliferativos son un grupo de enfermedades caracterizadas por una proliferación anormal y exagerada de linfocitos, un tipo de glóbulo blanco encargado de protegernos frente a diversas infecciones y frente al desarrollo de cáncer. (6)

El síndrome linfoproliferativo autoinmune es un error innato de la inmunidad, resultado de un grupo heterogéneo de alteraciones en los genes que regulan el fenómeno de apoptosis. Las manifestaciones clínicas más comunes son la expansión linfoide con linfadenopatía, esplenomegalia y hepatomegalia, enfermedad autoinmune con citopenias, incluyendo trombocitopenia y anemia hemolítica, así como linfoma en los casos más complicados.(5)

Por otra parte, la leucemia linfática crónica (LLC) es una enfermedad que se enmarca en los síndromes linfoproliferativos crónicos, es una neoplasia compuesta por linfocitos B clonales CD5+ CD23+ (LB), pequeños, redondos, ligeramente irregulares en la sangre periférica, médula ósea, bazo y ganglios linfáticos, asociados con prolinfocitos y parainmunoblastos que forman centros de proliferación en tejidos infiltrados. Dentro de las enfermedades autoinmunes asociadas es frecuente la PTI (púrpura trombocitopénica inmune).(6)

La PTI es una enfermedad que según De Medeiros y cols.[9] se presenta la mayoría de las veces en mujeres edad fértil, entre 15-50 años, aunque puede aparecer también en hombres como en nuestro caso. Suquilanda[10] encontró que el promedio de edad fue de 56 años con un incremento progresivo después de los 60 años.

Esta aparece de manera brusca, se hace presente en forma de púrpura cutánea definida por petequias y equimosis, pueden presentarse hemorragias diversas como epistaxis, hematuria o melena; en la boca se puede observar hemorragia gingival intensa, espontánea, petequias y equimosis en el paladar. [3]

Sanchis[11] y García [12] confirman en sus estudios que las manifestaciones bucales pueden ser las primeras expresiones clínicas de la PTI, reflejado esto en nuestro paciente. Este presentó lesiones hemorragias mucocutáneas y purpúricas húmedas primeramente en la cavidad bucal y luego en los miembros inferiores.

Santana Garay[13] 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. Ruiz[2] 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). En este caso se homologan los criterios de ambos autores.

En el tratamiento de la PTI se utilizan los corticoides, siendo la prednisona la más habitual ya sea por vía oral o parenteral,[6] aunque a pesar de esto también se han observado buenos resultado con el uso de la dexametasona como pudimos ver en nuestro paciente, al cual se le suministró 4mg por vía endovenosa.

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.[3]

CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno son pilares claves en el adecuado manejo que posibilita una mejoría clínica evidente. En el presente caso, una vez aplicada el método clínico de manera correcta

y diagnosticado el síndrome purpúrico con trombocitopenia severa secundario a un proceso linfoproliferativo crónico, se decidió tratamiento específico con esteroides y el paciente evolucionó satisfactoriamente. Saber que pueden aparecer estas lesiones en la cavidad bucal puede servir para tomar una conducta efectiva ante este tipo de paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bomchil G. PTI Según pasan los años. Hematología [Internet]. 2017 [citado 17 Mar 2021];21(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol21/extra3/21-vol21-extra_noviembre.pdf

2. Ruiz-Gil W. Diagnóstico y tratamiento de la púrpura trombocitopénica inmunológica. Rev Med Hered [Internet]. 2015 [citado 21 Mar 2021];26(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n4/a08v26n4.pdf

3. Alayón-Recio CS, Morfa-Viamontes FL, Rodríguez-Guerra YC. Manifestaciones bucales y cutáneas de la púrpura trombocitopénica inmunológica: reporte de un caso. AMC [Internet]. 2018 [citado 1 Abr 2021];22(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100012

4. Donato H, Bacciedoni V, Rapetti MC. Trombocitopenia inmune. Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2019 [citado 17 Mar 2021];117(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_trombocitopenia-inmune-guia-de-diagnostico-y-tratamiento-91.pdf

5. Suárez-Gutiérrez M, Yamazaki-Nakashimada MA, Espinosa S. Síndrome linfoproliferativo autoinmune. Actualización y revisión. Rev. alerg. Méx [Internet]. 2020 [citado 02 Abr 2021];66(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902019000400456&lng=es&nrm=iso

6. Bezares R, Bistmans A, Borge M. Síndromes linfoproliferativos crónicos. Sociedad Argentina de Hematología [Internet]. 2017 [citado 31 Mar 2021];1(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://sah.org.ar/docs/2017/007-S%C3%ADndromes%20Linfoproliferativos%20crónicos.pdf

7. Pino Blanco D, Sánchez Segura M, Marsán Suárez V. Aspectos generales de algunas entidades dentro de los síndromes linfoproliferativos crónicos: la leucemia linfoide crónica. Revista Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoterapia [Internet]. 2017 [citado 01 Abr 2021];33(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82819

8. Adams-Villalón Y, Castillo-González D. Trombocitopenia inmune primaria e infección por citomegalovirus y Epstein Barr virus: autoinmunidad versus inmunosupresión. Revista Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoterapia [Internet]. 2019 [citado 01 Abr 2021];35(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90890

9. Medeiros KM, Sá JL, Braz BM, Barbosa TA, Oliveira BM. Púrpura trombocitopénica idiopática. Corpus et Scientia [Internet]. 2015 [citado 03 Abr 2021];11(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/886

10. Suquilanda-Toapanta KE. Púrpura trombocitopénica inmune. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. 2015 [citado 3 Abr 2021];4(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/9429

11. Sanchis-Picó C, Morales-Angulo C, Garcí- Zornoza R. Lesiones hemorrágicas en la mucosa oral como forma de presentación de una púrpura trombocitopénica idiopática. Acta Otorrinol Esp [Internet]. 2015 [citado Abr 2021];66(4):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo

12. García Stivalet LA, Muñoz Flores A, Montiel Jarquín ÁJ, Barragán Hervella RG, Bejarano Huertas R, García Carrasco M. Análisis de 200 casos clínicos de púrpura trombocitopénica idiopática. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2014 [citado Abr 2021];52(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im143q.pdf

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

Conflictos de intereses

Los autores plantean que no existen conflictos de intereses

Contribución de los autores:

Blas Jorge González Manso: diseño del trabajo, revisión documental y bibliográfica, análisis e interpretación de la información, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final.

Patricia María Bermúdez Fuentes : revisión documental y bibliográfica, análisis e interpretación de la información, revisión crítica del manuscrito, aprobación de la versión final.

Lya del Rosario Magariño Abreus : revisión documental y bibliográfica, análisis e interpretación de la información, revisión crítica del manuscrito, aprobación de la versión final.