



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

Patricia María Bermúdez Fuentes¹, Lya del Rosario Magariño Abreus ², Rodolfo Javier Rivero Morey³, Dr. Blas Jorge González Manso ⁴

^{1, 2,3}Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

⁴ Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos

Resumen

Introducción: El síndrome purpúrico se asocia fuertemente a procesos linfoproliferativos crónicos que producen este tipo de trombopatía, como la leucemia linfoide crónica.

Objetivo: Presentar el manejo integral de un paciente diagnosticado con síndrome linfoproliferativo acompañado de trombocitopenia secundaria.

Caso clínico: 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 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, INFORMES DE CASOS



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 crónica⁴.

Se asocia fuertemente a enfermedades hemolinfopoyéticas como los procesos linfoproliferativos crónicos que producen este tipo de trombopatía⁵; 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 plaquetas¹.

Hoy se estima que, de cada 10 000 personas, una padece esta enfermedad³. 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 años⁷. En conjunto, las neoplasias linfoides son el cuarto cáncer más común y la sexta causa principal de muerte por cáncer en los Estados Unidos⁸.

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 presentar 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 primariamente 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 ($18 \times 10^9 /L$), ligera leucocitosis a predominio de segmentados, glicemia en 6,1 mmol/L, creatinina y enzimas hepáticas dentro de parámetros normales. Radiografía de tórax y ultrasonido abdominal sin alteraciones, ultrasonido prostático que informa próstata heterogénea, de contornos normales para la edad, lóbulo medio hiperecogénico de 28,2 mm por 26,7 mm. El medulograma muestra médula ósea infiltrada por linfocitos maduros (leucemia linfocítica crónica).

Se diagnosticó un síndrome linfoproliferativo con trombocitopenia secundaria. Se indicaron medidas generales de reposo, signos vitales cada 6 horas, hidratación parenteral con solución NaCl 0,9% 500 ml más $\frac{1}{2}$ ampula de Polisal, y comienza con tratamiento de esteroides dexametasona (ampula de 4mg) diluidas por vía endovenosa, en orden de cuatro en desayuno, tres en almuerzo y comidas; además de omeprazol (bulbo de 40mg) $\frac{1}{2}$ bulbo cada 12 horas.

A pesar de la trombocitopenia severa, a los 2 días de ingreso no tiene manifestaciones hemorrágicas graves. Se indican estudios complementarios evolutivos que revelan 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 2), 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 2. 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 cáncer⁶.

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 complicados⁵.

Por otra parte, la leucemia linfática crónica (LLC) es una enfermedad que se enmarca dentro de 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 KM et al.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. Suquilanda¹⁰ 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 paladar³.

Sanchis et al.¹¹ y García et al.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 Garay¹³ 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 Gil² 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 el caso de nuestro paciente 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 parenteral⁶, aunque a pesar de esto también se han observado buenos resultados 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 Hematología³.

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 aplicado 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 01 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%20cr%C3%B3nicos.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, García 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