

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
RAFAELA BRITO VASCONCELOS

**PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DA INFÂNCIA:
MANIFESTAÇÕES E CUIDADOS ORAIS.**

RECIFE
2020

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
RAFAELA BRITO VASCONCELOS

**PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DA INFÂNCIA:
MANIFESTAÇÕES E CUIDADOS ORAIS.**

Artigo científico apresentado ao Curso de especialização *Lato Sensu* da faculdade Sete Lagoas – FACSETE/ CPO, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Odontopediatria.

Área de Concentração: Odontopediatria
Orientador: prof. Dr. Paula Valença
Co-orientador: Prof. Dr. Viviane Colares.

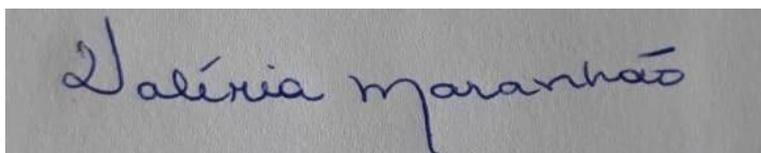
RECIFE
2020

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

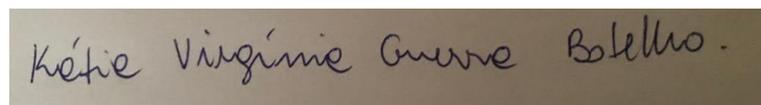
Artigo intitulado **“PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DA INFÂNCIA: MANIFESTAÇÕES E CUIDADOS ORAIS.”** de autoria da aluna Rafaela Brito Vasconcelos, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profa. Dra. Paula Andréa de Melo Valença – CPGO Recife



Profa. Dra. Valéria Fernandes Maranhão – CPGO Recife



Profa. Dra. Kátia Virgínia Guerra Botelho – CPGO Recife

Recife, 25 de janeiro de 2020

RECIFE

2020

**PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DA INFÂNCIA:
MANIFESTAÇÕES E CUIDADOS ORAIS.**

Rafaela Brito Vasconcelos
Paula Valença

RESUMO

As manifestações orais podem ser o primeiro sinal clínico da Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) diagnosticada pelo odontopediatra. O presente estudo teve como objetivo descrever as manifestações orais e a abordagem odontológica de pacientes com PTI. Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, cuja busca foi realizada sem restrição temporal na base eletrônica de dados MEDLINE via PubMed. As publicações foram em língua inglesa, empregando as seguintes palavras-chave: "Purpura, Thrombocytopenic" "Hematologic diseases" "Dental care" e "Oral Manifestations". Como critério de inclusão, foram considerados estudos que abordassem as manifestações orais assim como o manejo odontológico de pacientes com PTI. Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é considerada um dos distúrbios hematológicos mais comuns em crianças. Manifestações como sangramento gengival espontâneo ou provocado por trauma, petéquias, hematomas, púrpuras e equimoses são relatadas em regiões de mucosa vestibular, bordas laterais de língua e junção entre palato duro e mole, bem como outros sítios da mucosa oral. O manejo na clínica odontológica dependerá do status da doença que se reflete na contagem de plaquetas do paciente, e para tanto, a integração com o hematologista torna-se fundamental. Conclui-se dessa forma, que a prevenção deve ser a grande chave para o sucesso do tratamento odontológico, a fim de prevenir inflamação, hemorragia gengival e infecções nestes pacientes.

Palavras-chaves: Púrpura trombocitopênica idiopática. Doenças hematológicas. Assistência odontológica. Manifestações bucais.

1 INTRODUÇÃO

A trombocitopenia é um distúrbio hematológico o qual apresenta um número acentuadamente reduzido de plaquetas. Esta redução no número ou na função pode ocorrer por meio de diversos mecanismos, incluindo destruição auto-imune, sequestro do baço, medula óssea, infiltração por células tumorais, infecções e reação adversa a drogas (BYATNAL et al., 2013).

Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é considerada um dos distúrbios mais comuns em crianças (ALMEIDA, 1988; VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004), sendo a incidência da forma assintomática de aproximadamente 3 a 8 por 100.000 crianças / ano (CHU; KORB; SAKAMOTO, 2000). O seu pico de incidência na infância ocorre entre 2 e 4 anos de idade, com igual ocorrência em ambos os sexos (GUZELDEMIR, 2009). A doença demonstra uma alta possibilidade de recuperação por tratar-se de uma condição benigna e auto limitante, (GADNER, 2001; TARANTINO, 2002) com seu aparecimento geralmente vindo acompanhado por uma infecção viral, pelo fato de os antígenos virais estarem conectados a superfície plaquetária (MARTINS et al., 2010). Os sintomas clínicos mais amplamente observados, tipicamente são: hematomas, petéquias, púrpura, sangramento das membranas mucosas entre outras manifestações hemorrágicas de trombocitopenia (BOLTON-MAGGS; MOON, 1997; GEORGE; RIZVI, 2001; SCHLOSSER; PIRIGYI; MIROWSKI, 2011).

As manifestações orais são frequentemente um dos primeiros achados da trombocitopenia, como o sangramento gengival, decorrente de menores eventos traumáticos da cavidade oral, como a escovação dentária e o uso do fio dental; até mesmo funções como mastigação e deglutição (BANSAL et al., 2017; BYATNAL et al., 2013). A terapêutica médica empregada em pacientes com PTI assume diferentes formas de intervenção de acordo com as condições observadas, bem como em relação ao tratamento odontológico, a abordagem clínica do odontopediatra deve basear-se no conhecimento prévio da evolução da doença do paciente (ROSSIER et al., 2015).

O objetivo do presente trabalho foi descrever as manifestações orais e a abordagem odontológica (odontopediátrica) de pacientes com Púrpura Trombocitopênica Idiopática

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, cuja busca foi realizada sem restrição temporal na base eletrônica de dados MEDLINE via PubMed. As publicações foram em língua inglesa, empregando as seguintes palavras-chave: “Purpura, Thrombocytopenic” “Hematologic diseases” “Dental care” e “Oral Manifestations”. Como critério de inclusão, foram considerados estudos que abordassem as manifestações orais assim como o manejo odontológico dos pacientes diagnosticados com Púrpura Trombocitopênica Idiopática.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CONCEITO E DIAGNÓSTICO

PTI é uma desordem adquirida a qual é caracterizada por leve a grave trombocitopenia, na ausência de qualquer outra anormalidade. Dois principais mecanismos estão envolvidos na patogênese da PTI o qual consistem, no aumento da destruição ou na diminuição da produção de plaquetas (BANSAL et al., 2017). A produção destas pode ser reduzida em razão de síndromes de insuficiência da medula óssea, como: anemia aplástica, síndromes mielodisplásicas, quimioterapia induzida e trombocitopenia induzida por medicações (BANSAL et al., 2017).

Desta forma, diversos autores como (CINES; BUSSEL, 2005; HUNTER; HUNTER; LESSER, 1997; OZSOYLU et al., 1991; SUGIURA et al., 2018; VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004) apontaram que a realização do diagnóstico da PTI, é feita mediante exclusão, visto que faz diagnóstico diferencial com outras condições de etiologias distintas, as quais podem levar a sintomas gerais de púrpura trombocitopênica como as mencionadas anteriormente bem como a trombocitopenia hereditária (Síndrome de Bernard-Soulier, síndrome de Aldrich-Schlonlein), deficiência de vitamina C, infecções virais (HIV, mononucleose infecciosa), distúrbios autoimunes (Lúpus eritematoso sistêmico), leucemia aguda e Linfoma de Hodgkins.

Embora a PTI tenha em sua abreviação o termo “idiopática”, foi visto que o sistema imunológico desempenha um papel importante no processo da doença; sendo substituída pelo termo “imune”. Dessa forma, em 2007 o International Working Group (IWG) em seu encontro, padronizou a nomenclatura bem como as definições da doença, para fins de avaliação e comparação dos resultados de pesquisas clínicas futuras. Além disso, a nomenclatura “púrpura” foi retirada pelo fato de existirem pacientes com PTI que não apresentam tal sangramento, sendo proposta a mudança para “Trombocitopenia imune” contudo, permanecendo a abreviação PTI (KÜHNE, 2017).

3.2 PTI AGUDA E CRÔNICA

A doença manifesta-se em duas grandes formas: aguda e crônica. A forma aguda é conhecida como a PTI da infância, vista em crianças abaixo de 10 anos,

afetando ambos os sexos, assim como em adultos jovens (JAMES; GUIRY; GROTE, 1984; LOWE; BUCHANAN, 2002; ROSSIER et al., 2015). Esta forma tem sido relacionada com histórico de infecção viral, com intervalo de 2-21 dias prévios aos sinais clínicos da mesma e o começo da PTI (JAMES; GUIRY; GROTE, 1984; LOWE; BUCHANAN, 2002; GANONG, 1977), o qual também foi reportado em outros estudos (MCCLURE, 1975; MCWILLIAMNS; MAURER, 1979). Associações da forma aguda, foram encontradas com infecção pelo vírus Epstein-Barr, Varicela Zoster, após vacinações como rubéola, caxumba e sarampo; entre outras infecções de diversas etiologias (JONVILLE-BÉRA et al., 1996; NIEMINEN et al., 1993; VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004). Esta condição usualmente apresenta-se auto-limitante com remissão observada dentro de algumas semanas ou meses (MARTINS et al., 2010) ou mais especificamente para o autor Sugiura et al. (2018), dentro de 6 meses.

Para a forma crônica, caracteristicamente vista em adultos; não há consenso na literatura a respeito da sua duração. Definida por alguns autores como persistente por mais de 6 meses (ROSSIER et al., 2015; SUJATA et al., 2016) enquanto que para a classificação proposta em 2009, foi definido o termo "PTI crônica" para os pacientes com a doença por mais de 12 meses (RODEGHIERO et al., 2009). As manifestações sintomáticas desta forma são geralmente leves (MARTINS et al., 2010; VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004).

Portanto, é de grande valor o reconhecimento das formas que a doença se apresenta, sendo a classificação baseada em sua duração, o qual a literatura tem apresentado mudanças nas terminologias empregadas. A primeira forma, é definida como "TPI recém diagnosticada" (primeiros 3 meses), o que anteriormente era chamada de aguda, pelo fato de não descrever a forma autolimitada de forma precisa. A segunda forma, agora categorizada como "persistente", tem sua duração de 3 a 12 meses, e representa o alto potencial de melhora da doença durante o primeiro ano após diagnóstico (IMBACH et al., 2006; ROSTHOJ et al., 2012). Ainda, há as formas severa e refratária, esta última sendo acometida em adultos, em situação mais grave (KÜHNE, 2017).

3.3 MANIFESTAÇÕES ORAIS

A cavidade oral merece especial atenção por configurar-se em um fator predisponente para diversas desordens sistêmicas dados os seus aspectos anatômicos e fisiológicos peculiares (OWAIS; DANE; CUMMING, 2003). As manifestações orais das hematopatias podem ser o primeiro sinal clínico observado pelo Cirurgião-Dentista, servindo de guia para uma anamnese detalhada (ADEYEMO et al., 2011).

O sangramento gengival espontâneo ou provocado por trauma, pela escovação ou até mesmo pelo uso de fio dental, é usualmente o primeiro sinal da trombocitopenia (BANSAL et al., 2017; BYATNAL et al., 2013; SUJATA et al., 2016). Sinais como petéquias, hematomas, púrpuras e equimoses são relatadas em regiões de mucosa vestibular, bordas laterais de língua e junção entre palato duro e mole (BANSAL et al., 2017; VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004; SUJATA et al., 2016) as quais são propensas ao trauma. Bem como bolhas hemorrágicas múltiplas em membrana mucosa sublingual, assoalho bucal assim como na superfície lateral de língua de acordo com Byatnal et al., 2013. O achado frequente de sangramento gengival na clínica odontológica (SUGIURA et al., 2018) leva a necessidade de uma minuciosa anamnese para obtenção do diagnóstico de inclusão ou exclusão para vários fatores causais, tais como doença periodontal, trauma, terapia anticoagulante, infecções bacterianas, e desordens hematológicas (AKIN; HERFORD; CICCÌÙ, 2011) dentre as quais, a TPI. Estas revelam um sangramento de característica anormal com início súbito de difícil controle (ROSSIER et al., 2015).

3.4 MANEJO ODONTOLÓGICO

O tratamento dental depende da contagem de plaquetas (BANSAL et al., 2017; MANIKA; PRADEEP, 2017) a qual deve ser acima de $50.000 / \text{mm}^3$ para ser realizado, e sob consulta com o hematologista do paciente (BAL; KOYUNCUOGLU; ROSSIER et al., 2015; SAYGUN, 2014). Quanto aos procedimentos cirúrgicos, a literatura não é consensual. Para alguns autores (LITTLE; FALACE, 1993; WAGNER et al., 1996) a contagem plaquetária inferior a 50.000 mm^3 requer transfusão ou terapia com corticosteróide prévia a cirurgia. No entanto, para Sociedade Americana de Hematologia (PROVAN et al., 2010) o uso de corticosteróides ou infusão

intravenosa são necessários quando da contagem de plaquetas inferior a 30.000 / μL . Para cirurgia menor e maior, a margem de segurança varia entre ≥ 50.000 células / μL e ≥ 80.000 células / μL , na contagem de plaquetas respectivamente (BRITISH, 2003)

A cicatrização por primeira intenção dos locais da ferida cirúrgica pode ser alcançada através de medidas hemostáticas como: compressão manual com gaze, injeção local de vasoconstrictor (VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004) bem como o preenchimento do alvéolo com esponjas de gelatina absorvível, colágeno microfibrilar (WAGNER et al., 1996) ou celulose regenerada oxidada são úteis para os casos de sangramento (VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004). Até mesmo eletrocauterização ou aplicação de cera para osso são opções para controle da hemorragia (VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004). Para o manejo da dor trans-operatória as técnicas anestésicas infiltrativa e intraligamentar são preferíveis em pacientes com TPI (WEBSTER; ROBERTS; PENICK, 1968), estando contraindicada o bloqueio do nervo alveolar inferior devido a maior chance de formação de hematoma (PATTON, 2003).

A respeito da terapêutica medicamentosa empregada em tais pacientes, deve ser evitado o uso de drogas anti-agregante plaquetárias e antiinflamatórios não esteróides (AINEs). (BANSAL et al., 2017; GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007) sendo preferível o uso de drogas a base de acetaminofeno ou inibidores seletivos de COX-2 (BANSAL et al., 2017). Entretanto, a linha de fármacos de eleição para estes pacientes são os corticosteróides tomando o devido cuidado para evitar insuficiência adrenal (BANSAL et al., 2017).

3.5 PREVENÇÃO

Uma possível falta de cuidado com os hábitos de higiene oral entre pacientes portadores de coagulopatias pode ser notada pelo receio de sangramento exacerbado após escovação e uso de fio dental (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007). Tais práticas podem levar a longo prazo problemas periodontais e cáries (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007); dessa maneira, um adequado controle de placa é fundamental a fim de prevenir inflamação, hemorragia gengival e infecções nestes pacientes (GUZELDEMIR, 2009; ROSSIER et al., 2015; VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004).

Faz-se necessária a implementação de programas preventivos individualizados baseados no risco à cárie e na faixa etária do paciente (ROSSIER et al., 2015; VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004). Devem ser instituídas medidas como o uso de creme dental fluoretado assim como orientações à dieta da criança. A depender do risco à cárie e da quantidade ideal de flúor na água de abastecimento fazer uso de bochechos diários com flúor e/ou suplementos sistêmicos de flúor. Procedimentos no consultório odontológico, como aplicação tópica de flúor ou clorexidina, e selantes de fósulas e fissuras são medidas preventivas que podem ser realizadas (VAISMANN; MEDINA; RAMIREZ, 2004).

4 DISCUSSÃO

Quanto à epidemiologia da TPI da infância, há diferentes achados na literatura. Para Guzeldemir (2009) a doença tem igual ocorrência em ambos os sexos, com pico de incidência variando na faixa etária entre 2 e 4 anos de idade, já para Sutor, Harms e Kaufmehl (2001) e Moulis et al (2014) seu aparecimento depende de fatores além de idade e sexo, como fatores sazonais e regionais. No entanto, Kühne et al (2001) e Yong et al (2010) apontaram que a doença acomete mais bebês do que crianças pequenas e é mais frequentemente encontrada no sexo masculino, embora, por razões desconhecidas. Kühne et al (2001) ainda ressaltaram que o primeiro pico de incidência da doença se dá nas idades entre 1 e 6 anos. Essas diferenças observadas na literatura entre picos etários e distribuição de gênero, sugerem diferentes mecanismos fisiopatológicos da doença (KÜHNE, 2017).

Um dos sinais mais frequentes observados na TPI da infância é o sangramento com aparência hemorrágica abrupta, como já mencionado anteriormente por ROSSIER et al (2015), embora esse sinal nem sempre possa ser encontrado e tido como característico em todos os casos. Em um estudo conduzido por KÜHNE et al (2011), consta que pelos dados do Registro Pediátrico e Adulto em PTI crônica (PARC-PTI), há crianças e adultos sem sangramento (9 e 31%, respectivamente).

Adicionalmente, (FLORES; BUCHANAN, 2016) também apontaram que o sangramento oculto em crianças pode ser mais frequente do que o previsto. Reconhecidamente, a TPI da infância é uma condição benigna com curso auto-limitante (GADNER, 2001; TARANTINO, 2002) onde mais de 80–90% das crianças portadoras não têm problemas hematológicos graves, e o manejo do sangramento geralmente é favorável (GUZELDEMIR, 2009). No entanto, recorrentes e prolongados episódios de hemorragia nasal, gastrointestinal ou geniturinária geralmente exigem tratamento (GUZELDEMIR, 2009) bem como àquelas crianças que apresentam púrpura ou petéquias na região bucal como por exemplo nas regiões de palato e orofaringe, também têm a necessidade de intervenção, pelo fato de serem consideradas de risco aumentado para ocorrência de sangramento (THACHIL; HALL, 2008).

Cabe ressaltar que mesmo nos casos assintomáticos, com as manifestações mais brandas, como petéquias ou hematomas pequenos, uma simples exodontia

pode desencadear uma hemorragia de difícil manejo (MARTINS et al., 2010). Neste contexto, é indispensável o monitoramento e controle do sangramento da criança portadora de PTI, com o odontopediatra em estreito contato com o hematologista a fim de promover um seguro e eficaz tratamento, sendo de vital importância uma explicação e aconselhamento cuidadosos aos pais assim como o estímulo a criança para ter um estilo de vida normal (GUZELDEMIR, 2009).

Logo, é consensual na literatura, a importância da anamnese com uma ampla investigação da história médica da criança visando o reconhecimento de sinais e sintomas da doença pelo dentista que em muitos casos pode ser o primeiro profissional a diagnosticar a doença (ADEYEMO et al., 2011; GUZELDEMIR, 2009). Assim como, para fins de diferenciação com outras desordens hematológicas que têm manifestações orais similares às encontradas na TPI como anemia aplástica, trombastenia de Glanzman, hemofilias, síndrome de Ehlers Danlos, hiperglobulinemia e doença de Von Willebrand (NAKHOUL; KOZUCH; VARMA, 2006; STASI; PROVAN, 2004).

5 CONCLUSÃO

As manifestações orais podem ser o primeiro sinal clínico da PTI diagnosticado pelo odontopediatra; como a presença de sangramento gengival espontâneo ou provocado por trauma. Outros sinais podem estar presentes, como petéquias, hematomas, púrpuras e equimoses; os quais são relatados em diversos sítios da mucosa oral. O manejo na clínica odontológica de pacientes portadores de PTI dependerá do status da doença, que se reflete na contagem de plaquetas do paciente, e para tanto, a integração com o hematologista torna-se fundamental. Conclui-se dessa forma, que a prevenção deve ser a grande chave para o sucesso do tratamento odontológico, a fim de prevenir inflamação, hemorragia gengival e infecções nestes pacientes.

Childhood idiopathic thrombocytopenic purpura: Oral manifestations and dental care.

Rafaela Brito Vasconcelos
Paula Valença

ABSTRACT

Oral manifestations may be the first clinical signs of idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) diagnosed by a pediatric dentist. The aim of the present study was to describe oral manifestations and dental care for patients with ITP. A narrative review of the literature was performed, comprising a search in MEDLINE (PubMed) electronic database for relevant articles published in English using the following keywords: "Purpura, Thrombocytopenic" "Hematologic diseases" "Dental care" and "Oral Manifestations". No restrictions were imposed with regard to the year of publication. The inclusion criteria were studies that addressed oral manifestations and dental management in patients with ITP. This condition is considered one of the most common blood disorders in children. Manifestations such as spontaneous or trauma-induced gingival bleeding, petechiae, hematomas, purpura and ecchymosis are reported in regions of the vestibular mucosa, lateral edges of the tongue and the junction between the hard and soft palate as well as other sites of the oral mucosa. Oral management depends on the status of the disease, which is reflected in the platelet count. Therefore, prevention must be the major key to the success of dental treatment, in order to prevent inflammation, gingival hemorrhage and infections in these patients.

Key-words: Purpura, thrombocytopenic. Hematologic diseases. Dental care. Oral manifestations.

REFERÊNCIAS

ADEYEMO, T. A. et al. Orofacial manifestations of hematological disorders: anemia and hemostatic disorders. **Indian J. Dent. Res.**, v. 22, p. 454-461, 2011.

AKIN, L.; HERFORD, A. S.; CICCÌ, M. Oral presentation of disseminated histoplasmosis: a case report and literature review. **J. Oral Maxillofac. Surg.** v. 69, p. 535-541, 2011.

ALMEIDA, T. V. Purpuras. In: Marcondes, E. **Pediatria básica**. 7. ed. Sao Paulo: Sarvier, 1988. p. 1348-1353.

BAL, M. V; KOYUNCUOGLU, C. Z.; SAYGUN, I. Immune Thrombocytopenic Purpura Presenting as Unprovoked Gingival Hemorrhage: a Case Report. **The Open Dentistry Journal**, v. 8, p. 164-167, 2014.

BANSAL, N. et al. Clinical guidelines for periodontal management of idiopathic thrombocytopenic purpura: Current considerations. **International Journal of Oral Health Sciences**, v. 7, n. 1, jan./jun., 2017.

BOLTON-MAGGS, P. H.; MOON, I. Assessment of UK practice for management of acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura against published guidelines. **Lancet**, v. 350, p. 620–623, 1997.

BYATNAL, A. et al. Unusually isolated oral manifestations of persistent thrombocytopenia: a rare case report. **Braz J Oral Sci.**, v. 12, n. 3, p. 233-236, jul./sep. 2013.

BRITISH COMMITTEE FOR STANDARDS IN HEMATOLOGY GENERAL HEMATOLOGY TASK FORCE. Guidelines for the investigation and management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy. **Br J Haematol**, v. 120, p. 574-596, 2003.

CHU, Y. W.; KORB, J.; SAKAMOTO, K. M. Idiopathic thrombocytopenic purpura. **Pediatrics Rev.**, v. 21, p. 95-104, 2000.

CINES, D. B.; BUSSEL, J. B. How I treat idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). **Blood**. v.106, p. 2244-2251, 2005.

FLORES, A.; BUCHANAN, G. R. Occult hemorrhage in children with severe ITP. **Am J. Hematol**, v. 91, p. 287–290, 2016.

GADNER, H. Management of immune thrombocytopenic purpura in children. **Review of Clinical Experimental Hematology**, v. 5, p. 201–221, 2001.

GANONG, W. F. Fluidos circulantes do organismo. *In*: Ganong, W. F. **Fisiologia médica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1977. p. 385-399.

GEORGE, J. N.; RIZVI, M. A. Thrombocytopenia. *In*: BEUTLER, E. et al. **Williams Hematology**. 6. th. McGraw-Hill Medical Publishing Division: Ney York, 2001. p. 1495.

GUPTA, A.; EPSTEIN, J. B.; CABAY, R. J. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 73, p. 77-83, 2007.

GUZELDEMIR, E. The role of oral hygiene in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. **Int. J. Dent. Hyg.**, v. 7, p. 289-293, 2009.

HUNTER, M.L.; HUNTER, B.; LESSER, L. Acute idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood: report of a case presenting in general practice. **Br Dent J.**, v. 183, n. 1, p. 27-29, 1997.

IMBACH, P. et al. Childhood ITP: 12 months follow-up data from the prospective registry I of the Intercontinental Childhood ITP Study Group (ICIS). **Pediatr. Blood Cancer**, v. 46, p. 351–356, 2006.

JAMES, W. D.; GUIRY, C. C., GROTE, W. R. Acute idiopathic thrombocytopenic purpura. **Oral Surgery**, v.57, p. 149–151, 1984.

JONVILLE-BÉRA, A. P. et al. Thombocytopenic purpura after measles, mumps and rubellavaccination: a retrospective survey of French regional pharmaco vigilance centres and Pasteur-mérieux serums and vaccines. **Pediatric Infectious Diseases Journal**. v. 15, p. 44–48, 1996.

KÜHNE, T. Diagnosis and management of Immune thrombozytopenia in childhood. **Kindesalter Hämostaseologie**, v. 37, p. 36–44, 2017.

KÜHNE, T. et al. Newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood: an observational study. **Lancet**, v. 358, p. 122–2125, 2001.

KÜHNE, T. et al. Newly diagnosed immune thrombocytopenia in children and adults, a comparative prospective observational registry of the Intercontinental Cooperative Immune Thrombocytopenia Study Group. **Haematologica**, v. 96, p. 1831–1837, 2011.

LITTLE J. W.; FALACE, D. A. **Dental Management of the Medically Compromised Patient**. 4. th edn. St Louis, MO: Mosby, 1993.

LOWE, E. J.; BUCHANAN, G. R. Idiopathic thrombocytopenic purpura diagnosed during the second decade of life. **Journal of Pediatrics**, v. 141, p. 253–258, 2002.

MARTINS, G. et al. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura and Oral Surgery: case report. **Rev. Clín. Pesq. Odontol.**, v. 6, n. 1, p. 87-93, jan./abr., 2010.

MCCLURE, P. D. Idiopathic thrombocytopenic purpura in children: diagnosis and management. **Pediatrics**, p. 55-68, 1975.

MCWILLIAMS, N. B.; MAURER, H. M. Acute idiopathic thrombocytopenic purpura in children. **Am J Hematol**, v. 7, n. 87, 1979.

MOULIS, G. et al. Epidemiology of incident immune thrombocytopenia: a nationwide population-based study in France. **Blood**, v. 124, p. 3308–3315, 2014.

NAKHOUL, I. N.; KOZUCH, P.; VARMA, M. Management of adult idiopathic thrombocytopenic purpura. **Clin. Adv. Hematol. Oncol.**, v. 4, p. 136- 44, 2006.

NIEMINEN, U. et al. Acute thrombocytopenic purpura following measles, mumps and rubella vaccination. A report on 23 patients. **Acta Paediatr**, v. 82, p. 267–270, 1993.

OWAIS, Z.; DANE, J.; CUMMING, C. G. Unprovoked periodontal hemorrhage, life-threatening anemia and idiopathic thrombocytopenia purpura: an unusual case report. **Spec Care Dentist**, v. 23, p. 58–62, 2003.

OZSOYLU, S. et al. Antiplatelet antibodies in childhood idiopathic thrombocytopenic purpura. **Am J Hematol**. v. 36, n. 2, p. 82-85, 1991.

PATTON, L. L. Bleeding and clotting disorders. *In*: GREENBERG, M. G. **Burket's Oral Medicine: Diagnosis and Treatment**. 10. th ed. Hamilton, ON: BC Decker, 2003. p. 454-77.

PROVAN, D. et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. **Blood**, v.115, p. 168-186, 2010.

RODEGHIERO F. et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. **Blood**, v. 113, p. 2386-2393, 2009.

ROSSIER, V. F. et al. Dental considerations on the management of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura in children: case report. **Rev Gauch Odontol.**; v. 63, n. 4, p. 472-476, out./dez., 2015.

ROSTHOJ, S. et al. Duration and morbidity of chronic immune thrombocytopenic purpura in children: five-year follow-up of a Nordic cohort. **Acta Paediatr.**, v. 101, p. 761–766, 2012.

SCHLOSSER, B. J.; PIRIGYI, M.; MIROWSKI G. W. Oral manifestations of hematologic and nutritional diseases. **Otolaryngol Clin N Am.**, v. 44, p.183-203, 2011.

STASI, R.; PROVAN, D. Management of immune thrombocytopenic purpura in adults. **Mayo Clin. Proc.**, v. 79, n. 4, p. 504-22, 2004.

SUGIURA, T. et al. Immune Thrombocytopenic Purpura Detected with Oral Hemorrhage: a Case Report. **J Dent Shiraz Univ. Med. Sci.**, v.19, n. 2, p. 159-163, june, 2018.

SUJATA, S. et al. Oral Manifestations of Immune Thrombocytopenic Purpura: A Diagnosis of Exclusion IOSR. **Journal of Dental and Medical Sciences**. v. 15, n. 4, p. 65-67, apr. 2016.

SUTOR, A. H.; HARMS, A.; KAUFMEHL, K. Acute Immune thrombocytopenia (ITP) in childhood: Retrospective and prospective survey in Germany. **Semin Thromb Hemost**, v. 27, p. 253–267, 2001.

TARANTINO, M. D. Acute immune (idiopathic) thrombocytopenic purpura in childhood. **Blood Review**, v. 16, p. 19–21, 2002.

THACHIL, J.; HALL, G. W. Is this immune thrombocytopenic purpura?. **Arch Dis Child**, v. 93, p. 76–81, 2008.

VAISMAN, B.; MEDINA, A. C.; RAMIREZ, G. Dental treatment for children with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura: areport of two cases. **Int J Paediatr Dent.**, v. 14, n. 5, p. 355-362, 2004.

WAGNER, W. R. et al. Comparative in vitro analysis of topical hemostatic agents. **Journal of Surgical Research**, v. 66, p. 100–108, 1996.

WEBSTER, W. P.; ROBERTS, H.R.; PENICK, G. D. Dental care of patients with hereditary disorders of blood coagulation. *In*: RANTOFF, O. D. **Treatment of Hemorrhagic Disorders**. New York: Harper and Row, 1968. p. 93-110.

YONG, M. et al. Epidemiology of paediatric immune thrombocytopenia in the General Practice Research Database. **Br. J. Haematol**, v. 149, p. 855–864, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CORREÇÃO METODOLÓGICA

Eu, Paula Andréa de Melo Valença, declaro para os devidos fins e para fazer prova junto a **Faculdade SETE LAGOAS- FACSETE**, que realizei a revisão de normas técnicas e metodológicas do TCC/Monografia, intitulado “**PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DA INFÂNCIA: MANIFESTAÇÕES E CUIDADOS ORAIS.**” de autoria de **Rafaela Brito Vasconcelos**, do curso de **Especialização Lato Sensu em Odontopediatria**, pela **Faculdade Sete Lagoas- FACSETE**, consistindo em correção de citações, referências bibliográficas e normas metodológicas.

Por ser verdade, firmo o presente,

Recife,



Paula Andréa de Melo Valença

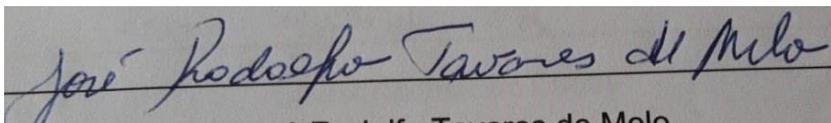
CPF: 020.321.594-06.

ANEXO 2
TERMO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA PORTUGUESA

Eu, José Rodolfo Tavares de Melo, declaro para os devidos fins e para fazer prova junto a **Faculdade SETE LAGOAS- FACSETE**, que realizei a revisão da língua portuguesa do TCC/Monografia, intitulado **“PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DA INFÂNCIA: MANIFESTAÇÕES E CUIDADOS ORAIS.”** de autoria de **Rafaela Brito Vasconcelos**, do curso de **Especialização Lato Sensu em Odontopediatria**, pela **Faculdade Sete Lagoas- FACSETE**.

Por ser verdade, firmo o presente,

Recife,



José Rodolfo Tavares de Melo

CPF: 068.700.784-40.

ANEXO 3
TERMO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA INGLESA

Eu, Michele Gomes de Nascimento, declaro para os devidos fins e para fazer prova junto a **Faculdade SETE LAGOAS- FACSETE**, que realizei a revisão da língua inglesa do TCC/Monografia, intitulado: **“PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA DA INFÂNCIA: MANIFESTAÇÕES E CUIDADOS ORAIS.”** de autoria de **Rafaela Brito Vasconcelos**, do curso de **Especialização Lato Sensu em Odontopediatria**, pela **Faculdade Sete Lagoas- FACSETE**.

Por ser verdade, firmo o presente,

Recife,

Michele Nascimento

Michele Gomes do Nascimento

CPF: 88820491400