

MANEJO ODONTOLÓGICO EN EL PACIENTE CON RIESGO DE SANGRADO

HEMOSTASIA. FISIOLÓGÍA.

Concepto. Es la respuesta fisiológica ante una lesión vascular cuyo objetivo de detener la hemorragia. Su déficit puede provocar hemorragias persistentes y su exceso una trombosis vascular.

Objetivos.

- Impedir la extravasación de la sangre.
- Mantenerla fluida en el sistema vascular
- Restaurar el vaso lesionado.
-

Formación del trombo. Intervienen sincronizados los siguientes elementos.

- El endotelio vascular. Tapiza el interior de los vasos sanguíneos.
- Elementos celulares. Plaquetas, hematíes y macrófagos
- Las proteínas profactores de la coagulación contenidas en el plasma sanguíneo.

Eliminación del trombo (fibrinolisis). Enzimas plasminógeno y plasmina.

Fases de la hemostasia.

- **Primaria.** Intervienen el tejido vascular y la plaquetas
 - Vasoconstricción. Reduce la pérdida de sangre.
 - Formación del trombo plaquetario. (3 m.) Adhesión, activación, agregación. Es inestable.
- **Secundaria.** Coagulación. Intervienen los Factores de la coagulación de un modo secuencial. El coágulo se forma en (5m.) compuesto por una red de fibrina que contiene. proteínas, agua, plaquetas, macrófagos y hematíes.
 - El proceso tiene dos vías:
 - Intrínseca. Lenta. Los factores se encuentran en sangre. Se inicia por activación del factor XII.
 - Extrínseca. Rápida. Inicio por el factor tisular (FT) extraño a la sangre.
 - En circunstancias normales a los 30m. el coágulo se retrae, se adhiere a los tejidos finalizando el proceso.
- **Fibrinolisis.** Degradación y disolución del coágulo por la acción enzimática, (plasmina).

PATOLOGÍA EN LA HEMOSTASIA PRIMARIA.

- ❖ ALTERACIONES VASCULARES Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO.

- **CONGÉNITAS**

- Síndrome Rendu Osler Weber.
- Síndrome Ehlers-Danlos.
- Enfermedad de Fabry.
- Ataxia Telangiectasia.
- Hemangioma cavernoso.
- Osteogénesis imperfecta.
- Síndrome de Sturge Weber.

- **ADQUIRIDAS**

- Escorbuto
- Corticoides
- Vasculitis
- Enf. Schölein Henoch
- Púrpuras por fármacos
- “ senil
- “ idiopática
- Enf. de Waldeström
- Amiloidosis.
-

❖ **PATOLOGÍA PLAQUETAR**

- **CONGÉNITA**

Trombocitopenias.

- Síndrome Fanconi
- Síndrome Wiskott- Aldrich

Trombocitopatias.

- Tromboastenia de Glatzman.
- Síndrome Bernard- Soulier.
- Síndrome de Fanconi.

- **ADQUIRIDA**

Trombocitopenias.

Con afectación de la médula ósea.

- Radiaciones ionizantes,
- Enf. Hematológicas. Leucemias. Aplasia medular.
- Fármacos. Heparina.
- Infecciones, VIH, CMV, VHB
- Transfusiones.

Sin afectación de la médula ósea.

- Púrpura trombocitopénica autoinmune.
- Secuestro esplénico.

Trombocitopatías.

- Enfermedades sistémicas: Uremia, hepatopatías, mieloma.
- Antibióticos, antidepresivos, analgésicos y fármacos antiplaquetarios.

❖ **FÁRMACOS ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS**

- **Principio activo y nombre comercial**

- Ácido acetil salicílico. Adiro® Aspirina® Tromalid®
- Clopidogrel. Iscover® Plavix®
- Dipyridamol. Persantin®
- Ticlopidina. Tiklid®
- Trifusal. Disgren®

- **Indicaciones terapéuticas**

- Prevención enfermedad tromboembólica.
- Infarto agudo de miocardio.
- Angina de pecho. (Angor).
- Revascularización coronaria.
- Ictus.
- Arteriopatía periférica.
- Fibrilación Auricular, si el TAO está contraindicado

❖ **HISTORIA CLÍNICA**

- Manifestaciones clínicas. Petequias, púrpuras, hemorragias gingivales.
- Sangrado en las exodoncias.
- Cirugía oral, sangrado inmediato y mayor de lo habitual, si la cifra de plaquetas es < 50-60 x mL.

❖ **ANÁLISIS CLÍNICOS.**

- **Recuento de Plaquetas.**
 - Cifras normales. 150.000 y 400.000 PLT/mL.
 - Trombopenia. Menos de 150.000 PLT/mL. Riesgo de hemorragia.
 - PFA-100. Método sencillo y rápido para medir la capacidad hemostática de las plaquetas. Muy sensible a la disfunción por la Aspirina.
 - Multiplate. Discrimina varios fármacos antiagregantes.
- **Tiempo de sangría.** Se emplea para evaluar la hemostasia primaria, existen dos técnicas.
 - Método de Duke. Pequeña incisión efectuada en el lóbulo de la oreja con una aguja. Se seca el sitio de la incisión cada 30 seg. hasta el cese del sangrado. Valores normales: 1 a 3 minutos.
 - Método de Ivy. Manguito de presión 40 mm. incisión en el antebrazo de 5 mm. long y 1 mm. profundidad. Se seca cada 30 seg. hasta que cesa el sangrado. Valores normales: 1 - 7m.

❖ **PLAQUETOPENIAS SIN DISFUNCIÓN PLAQUETARIA. EXODONCIAS.**

- 300.000 -100.000 PLT/mL: Cirugía oral.
- 100.000 - 50.000 : Cirugía y observación.
- 50.000 - 25.000 : Exodoncia simple, sutura y observación.
- 25.000 a 10.000 : Consulta al hematólogo. Exodoncia, sutura y observación.
- 10.000 a 0 PLT/mL: Remisión al Servicio de Hematología

❖ CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

- Con dosis menores de 100 - 325 mg AAS/día, el riesgo de sangrado en las exodoncias no complicadas de 1-3 dientes es mínimo.
- La antiagregación se puede mantener con dos fármacos en la mayor parte de los procedimientos dentales .
- Las complicaciones hemorrágicas pueden controlarse con los medios locales habituales.
- En cirugía se recomienda el uso de ácido tranexámico en enjuagues /6h/2 días.
El analgésico recomendable es el paracetamol.
- Los AINE deben evitarse por el riesgo de hemorragia gastrointestinal.

PATOLOGÍA EN LA HEMOSTASIA SECUNDARIA (COAGULACIÓN SANGUÍNEA).

- **Causas Congénitas**
 - Enf. Von Willebrandt.
 - Hemofilia A (factor VIII)
 - Hemofilia B (factor IX)
 - Déficit de otros factores de la coagulación. f II, V, VII, X, XI, XII
- **Causas Adquiridas.**
 - Déficit vitamina K.
 - Enfermedades hepáticas crónicas.
 - Fármacos anticoagulantes.

❖ ENF. DE V. WILLEBRANDT.

- Es la patología hemorrágica más frecuente.
- Afecta cromosoma XII
- Déficit hereditario del factor de vW.
- Se altera la adhesión plaquetaria y la coagulación, factor VIII.

Clasificación.

- Tipo 1. Esta es la forma más común (80%)
- Tipo 2. Defecto cualitativo Cuatro subtipos.
- Tipo 3. Ausencia total o casi completa de FvW, grave.
Tipo I y II. Hemorragias leves o moderadas.
Tipo III. Hemorragias copiosas.

Clínica.

- Síntomatología variable, en la misma familia.
- Hemorragias, nasal, oral, gingival y en exodoncias. Menorragias

Diagnóstico. Tiempo Hemorragia alargado. FvW disminuido.

Tratamiento. Compresión, Antifibrinolíticos. Amchafibrin®
DDAVP ó, Minurin® 300 mg vía nasal

No se debe prescribir en los tipos 2b, 2n y 3.

❖ HEMOFILIAS.

- Hemofilia A déficit del FVIII y Hemofilia B déficit del FIX.

- Herencia ligada al cromosoma XY.
- Niveles FVIII y FIX. Normal 50-150%
- Hemofilia severa. Nivel de factor <1%. Hemorragias graves.
 - Hemofilia moderada. Nivel 1- 5% hemorragias leves.
 - Hemofilia leve 5-40%.
 - Sangrado intenso tras una extracción dentaria o cirugía.
 - Hemartrosis con artrosis frecuente en las rodillas y codos.
- Analítica sangre.
- Tiempo de tromboplastina parcial prolongado.
 - Tiempo de protrombina normal.
 - Tiempo de hemorragia normal.

Tratamiento odontológico.

- Nivel de factor 30%. Anestesia regional del maxilar inferior y curetaje periodontal.
- Nivel de factor 50-100% En cirugías invasivas antifibrinolítico oral antes y después intervención.

❖ **TRATAMIENTO ANTICOAGULACIÓN ORAL (TAO)**

• **ANTICOAGULANTES ORALES.**

- Acenocumarol (Sintrom®) y Warfarina (Aldocumar®)
- Derivados de la cumarina, análogos de la vitamina K.
- Inhiben competitivamente, la síntesis de los factores II, VII, IX, X, y de las proteínas C y S.
- **Indicaciones.** Prevención y tratamiento de la enf. Tromboembólica. Fibrilación auricular, embolia pulmonar, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, trombosis venosa profunda (TVP) , síndrome antifosfolípido, y válvulas cardiacas protésicas. [

• **PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL CONTROL DE LA HEMOSTASIA SECUNDARIA.**

- **Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)**
Evalúa las vías intrínseca y común de la coagulación. El valor normal estará entre 25 y 35 seg.
Aumentado en hemofilia, hepatopatías y fibrinólisis excesiva.
- **Tiempo de protrombina (TP)**
Detectará defectos de los factores V, VII, X, II y fibrinógeno
El TP normal suele estar en el intervalo entre 10 y15 seg.
- **INR.** (International Normalized Ratio).
Única forma correcta de monitorizar el efecto del TAO.
En un individuo sano no anticoagulado, el INR = 1
Existen dos rangos terapéuticos.
Bajo INR 2.0 - 3.0, Fibrilación auricular
Alto INR 2.5 - 3.5, Prótesis valvulares mecánicas.
- **Tiempo de trombina (TT)**
Detecta alteraciones de la fibrinólisis. El intervalo normal estará entre 9 y 13 segundos.

- **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

- Historia clínica.
- Exploración.
- Ortopantomografía.
- Tac
- Evaluación riesgo.
- Planificación
- Tratamiento.

- **NO ES NECESARIO PRECAUCIONES ADICIONALES**

- Toma de impresiones para la obtención de modelos.
- Rehabilitación mediante prótesis fija y removible.
- Odontología conservadora.
- Endodoncia.
- Ortodoncia.
- Tartrectomías. Precaución. Empezar por un cuadrante, si sangra en exceso, enjuagues/2m. con el contenido de una ampolla de Amchafibrin®, si no cede suspender el tratamiento.

- **RECOMENDACIONES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS**

- Hacer una determinación del INR 72 h. máximo, antes de la cirugía para asegurarse que éste está entre 2 y 4.
- No suspender la anticoagulación oral en pacientes con INR entre 2 y 4 que requieran cirugía dental ambulatoria, incluidas exodoncias.
- No suspender la anticoagulación oral en pacientes con INR entre 2 y 4 que reciban profilaxis de la endocarditis bacteriana para someterse a una extracción dental. Una dosis única no tiene un efecto relevante en el valor del INR.
- Para disminuir el riesgo de sangrado se recomienda efectuar hemostasia local con sutura, esponjas de colágeno y enjuagues con Ácido Tranexámico al 5% 4 veces al día durante 2 días
- No deben prescribirse AINEs no selectivos ni inhibidores de la COX-2.

- **CONSULTA AL HEMATÓLOGO.**

- Los pacientes en TAO con problemas médicos que incrementan el riesgo de hemorragia .
- Insuficiencia hepática.
- Insuficiencia renal.
- Trombocitopenia.
- Warfarina + Fármacos antiplaquetarios.
- Los pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos mas importantes.

- **EXCLUSIONES DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO.**

- Cirugías importantes.
- INR>4, o inestable
- Cirrosis hepática avanzada.

- Alcoholismo.
- Insuficiencia renal grave.
- Alteraciones de la hemostasia.
- Fármacos citotóxicos.
- **MATERIAL HEMOSTÁTICO**
 - Sólido.
 - Esponjas de gelatina. Gelfoam ®
 - Oxichelulosa. Surgicel ®
 - Fibrinógeno + trombina. Tissucol ®
 - Celulosa. Hemcom®
 - Colágeno sintético.
 - Líquidos.
 - Sulfato férrico al 20% ViscoStat®
 - Amchafibrin®
 - Cianocrilato.
 - Gel.
 - Plasma rico en plaquetas.
 - Medios físicos.
 - Láser, electrocoagulación.
 - Férula acrílico.
 - Sutura.

PREVENCIÓN DEL SANGRADO DURANTE LA INTERVENCIÓN

- Anestesia con vasoconstrictor.
- Taponamiento del alveolo ((Grado B nivel IIb).
- Sutura. Si es necesario.
- Compresión, con una gasa empapada con ácido tranexámico, (20 min).
- Enjuagues con ácido tranexámico, (Amchafibrin®.) 2 días/6h. (Grado A, nivel Ib).
- Tratamiento antibiótico profiláctico según determine el odontólogo.
- Analgésicos. Paracetamol, no AINES e inhibidores de la COX-2. (Grado B nivel III)

RECOMENDACIONES POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN

- Enjuagues orales. No en las primeras 12 h. (suero fisiológico alternando con clorhexidina (0,12%).
- Dormir con la cabeza algo incorporada 2-3 días.
- Si el sangrado continúa, reemplace la gasa a intervalos de 20 a 30 m.
- Cuidar el coágulo de sangre.
- No escupa, ni enjuague enérgicamente en las primeras 24 horas.
- No fumar.
- Aplicar una bolsa de hielo. 10 minutos cada vez.
- Limpiar los dientes con cuidado y usar la seda dental.
- Dieta blanda o líquida. 24 horas.
- Actividad física limitada y evitar el deporte durante 48h.

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

Hemorragia con relevancia clínica.

Sangrado postoperatorio clínicamente significativo.

- Compresión, taponamiento, sutura.

Remisión al odontólogo

SANGRADO POSTOPERATORIO

Leve

- Cede en menos de 20 minutos presionando con gasa estéril. Limitada, cesa con compresión local por el paciente.
- No requiere atención profesional.

Moderado.

- Duración, de más de 12h.
- El paciente acude a la clínica dental o a urgencias.
- Equimosis o hematoma importante en los tejidos orales.
 - Necesita irrigación de ácido tranexámico durante dos minutos y taponamiento con gasa embebida en ácido tranexámico durante 20 minutos.

, precisa sutura, administración de vitamina K o infusión de plasma fresco congelado.

Hemorragia mayor. Servicio de Hematología. Requiere transfusión.

