

101
28/10/84



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

**VALORACION, PREVENCION Y TRATAMIENTO
BUCODENTAL EN PACIENTES CON HEMOFILIA**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA**

Ma. DEL CARMEN CUENCA MORENO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I N T R O D U C C I O N

CAPITULO	I	ANTECEDENTES HISTORICOS
CAPITULO	II	GENERALIDADES SOBRE LA HEMOFILIA
	2.1	Manifestaciones Genéticas
	2.2	Clasificación
	2.3	Características clínicas
	2.4	Características de laboratorio
	2.5	Inhibidores
CAPITULO	III	BASES GENERALES EN EL MANEJO DEL HEMOFILICO
	3.1	Tratamiento dental para el - hemofílico
	3.2	Anestesia y Analgesia
	3.3	Procedimientos restaurativos
		a) Terapia pulpar
		b) Tratamiento protético
		c) Tratamiento parodontal
		d) Tratamiento ortodóntico
		e) Tratamiento de exodoncia
		f) Manejo de Cirugía oral
CAPITULO	IV	MATERIAL Y METODO
CAPITULO	V	RESULTADOS
CAPITULO	VI	DISCUSION Y CONCLUSIONES
B I B L I O G R A F I A		

INTRODUCCION

La Hemofilia es el padecimiento hemorrágico congénito que se presenta con mayor frecuencia en nuestro medio; sin embargo, existe un profundo desconocimiento de la misma, así como de los recursos terapéuticos con que se cuenta en la actualidad, para su tratamiento; estos hacen que al paciente hemofílico puedan ofrecerse le muchos, si no todos los recursos médicos y humanos que permitan ayudarlo a tener una vida lo más normal posible.

Como consecuencia de la falta de conocimiento sobre esta enfermedad, se han producido fábulas y mitos que han repercutido en muchos aspectos que afectan la salud de las personas que sufren este mal.

Uno de ellos es el aspecto dental, en el cual se ha observado que existe temor por parte del paciente (principalmente adulto), así como del cirujano dentista, a recibir y efectuar, respectivamente, los tratamientos requeridos; incluyendo aquellos que son necesarios para la prevención de los muchos problemas dentales que aquejan a este tipo de pacientes.

En México no existe, en nuestro conocimiento, información sobre el estado dental de la población adulta con Hemofilia; ni tampoco de cuales son los recursos dentales terapéuticos que se les puede ofrecer; lo que ha contribuido a ensanchar más la falta de conocimiento sobre este problema existente.

Por estas razones, se consideró que podría ser útil hacer una revisión de pacientes adultos con Hemofilia Clásica, en lo relacionado a la patología dental; tratando de analizar cuáles serían los

factores que pudieran predisponer la aparición de la misma. Asimismo, revisar los aspectos de tratamiento bucodental que se pueden ofrecer en la actualidad, sobre todo en lo referente a cirugía.

Por tal motivo, se decidió estudiar tanto el aspecto dental como los tratamientos quirúrgicos que se llevaron a cabo en un grupo de pacientes afectos de Hemofilia, con el fin de esclarecer algunos hechos y de establecer medidas, tanto preventivas como curativas, en la esfera dental.

Se espera que el presente estudio permita establecer varios conceptos:

Primero: que el paciente hemofílico, quien presenta un serio trastorno en el mecanismo de coagulación (de gran importancia para el Cirujano Dentista), pueda recibir cuidados dentales iguales o, incluso, mejores que un paciente normal.

Segundo: que la cirugía dental, aún la más complicada, no está excluida en estos pacientes; siempre y cuando se sigan con cuidado las medidas de preparación y tratamiento pre-establecidas para el manejo de ellos.

Lo principal en todo esto es: "Reconocer que el hemofílico es un ser humano y, por lo mismo, debe recibir toda nuestra atención y ayuda posible, para que pueda gozar de una vida lo más cercana a la normalidad."

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La Hemofilia es una enfermedad que se conoce desde tiempos muy antiguos; la primera mención, que se conoce, de la misma se encuentra en el libro del Talmud, que data del siglo II d.C.

En la literatura, el primer caso de Hemofilia fué publicado en 1793 por un autor anónimo; pero la consideración clínica más exacta fué dada por Otto, quien reconoció que la enfermedad está ligada al sexo y limitada al hombre; pero es trasmitida genéticamente a través de mujeres (aparentemente normales), casadas con hombres normales.

En 1819, Listen notó que la sangre de los hemofílicos coagulaba más lentamente; pero no fué sino hasta 1893 cuando Almroth Wrigth desarrolló una técnica para medir el tiempo de coagulación y demostró que éste se prolongaba en pacientes con Hemofilia, hecho que fué aceptado como la anormalidad básica de esta enfermedad. En 1911 Buloch y Fildes revisaron la literatura existente y formularon un criterio para el diagnóstico de este padecimiento; el cual fué aprobado, permaneciendo sin cambio alguno durante mucho tiempo. (1,2)

Basados en el concepto de Coagulación de Morawitz, algunas hipótesis fueron descritas para explicar el tiempo de coagulación prolongado, observado en esta enfermedad. Posteriormente, Addis, en un experimento clásico, demostró que una fracción de globulina preparada por dilución y acidificación de plasma normal, puede corregir el defecto de coagulación en la Hemofilia. (1)

Como Mellanby había demostrado que dicha fracción de globulina contenía protrombina y fibrinógeno, se consideró que este último, en la Hemofilia, era normal. En 1936 estos experimentos fueron confirmados por Patek y Taylor; siendo los primeros en demos-

trar que el defecto de la coagulación en la Hemofilia, es debido a una deficiencia de la fracción de globulina; subsecuentemente referida como Globulina Antihemofílica (GAH) o factor antihemofílico.

En 1939, Brinkhous demostró que la protrombina es convertida en trombina; y que esta reacción era normal en pacientes con Hemofilia. Concluyendo, en que el defecto básico en esta enfermedad está asociado a una falta de tromboplastina en la sangre, ya que el contenido de protrombina en el plasma del hemofílico es normal

En 1952, la Hemofilia fué definida como "una enfermedad hemorrágica ligada al sexo", caracterizada por una deficiencia de GAH. En el mismo año, Pavlovsky demostró que mezclando la sangre de pacientes hemofílicos, resultaba una corrección mutua en los defectos de coagulación; pero la interpretación correcta de dicho descubrimiento no fué hecha sino hasta que Aggeler y sus colaboradores estudiaron un paciente varón con una diátesis hemorrágica severa asociada a un tiempo de coagulación prolongado en el cual, dicha alteración no fué corregida ni en vivo ni in vitro por preparaciones potentes de factor antihemofílico; desafortunadamente dicho paciente no tenía hermanos y no hubo historia de familia con desórdenes hemorrágicos; por lo que no se pudieron determinar las características genéticas de este trastorno.

Al nuevo factor de coagulación lo designaron como componente tromboplastínico del plasma (CTP) y que ahora es conocido como factor IX, que difiere del factor antihemofílico o factor VIII:C. Dichos descubrimientos establecieron que la Hemofilia era una enfermedad heterogénea. (1,2)

Posteriormente, Biggs y colaboradores estudiaron varios pa-

cientes con manifestaciones clínicas y de laboratorio similares, y demostraron que dicho estado era heredado de una manera idéntica a la Hemofilia Clásica. Al factor defectuoso en sus pacientes le llamaron Factor Christmas y a la enfermedad, Enfermedad de Christmas.

En 1954, Patek y Taylor aislaron la GAH; usándose ésta por primera vez con fines terapéuticos. En 1958 se dispuso de un concentrado humano; pero las escasas cantidades iniciales necesarias para la preparación de este material, limitaron notoriamente la disponibilidad del mismo, haciéndose necesario recurrir a la terapia de sostén a base de plasma fresco congelado. En 1965 Pool y Shannon descubrieron un método sencillo para concentrar el factor antihemofílico mediante el uso de la técnica de crioprecipitación; llamándole al producto final "crioprecipitado"; lo cual abrió una nueva perspectiva en el tratamiento de pacientes con hemofilia. (2,3)

Actualmente se cuenta con los siguientes recursos terapéuticos antihemofílicos para el manejo de estos pacientes:

- a) Plasma fresco congelado en bolsa de más o menos 250 ml. equivalente aproximado a 250 unidades de F.VIII:C.
- b) Crioprecipitado en bolsa de plástico original de más o menos 10 ml. equivalente aproximado a 100 unidades de F.VIII:C.
- c) Factor VIII purificado: aproximadamente 250 unidades de F.VIII:C por frasco (Hemofil-Hyland, Koate-Cutter, etc.).
- d) Plasma congelado desprovisto de crioprecipitado en bolsa de más o menos 250 ml., equivalente aproximado a 250 unidades de F.IX.

- e) Factor IX purificado: aproximadamente 500 unidades de F.IX por frasco (Konine-Cutter, Roplex-Hyland, etc.).
- f) Antifibrinolíticos: AMICAR (Acido épsilon amino-caproico) en polvo para solución, con un contenido de 5 gr. por frasco de 20 ml. (4)

CAPITULO II

GENERALIDADES SOBRE LA HEMOFILIA.

2.1 Manifestaciones Genéticas.

Como se mencionó anteriormente, la Hemofilia es una enfermedad sanguínea con una larga e interesante historia.

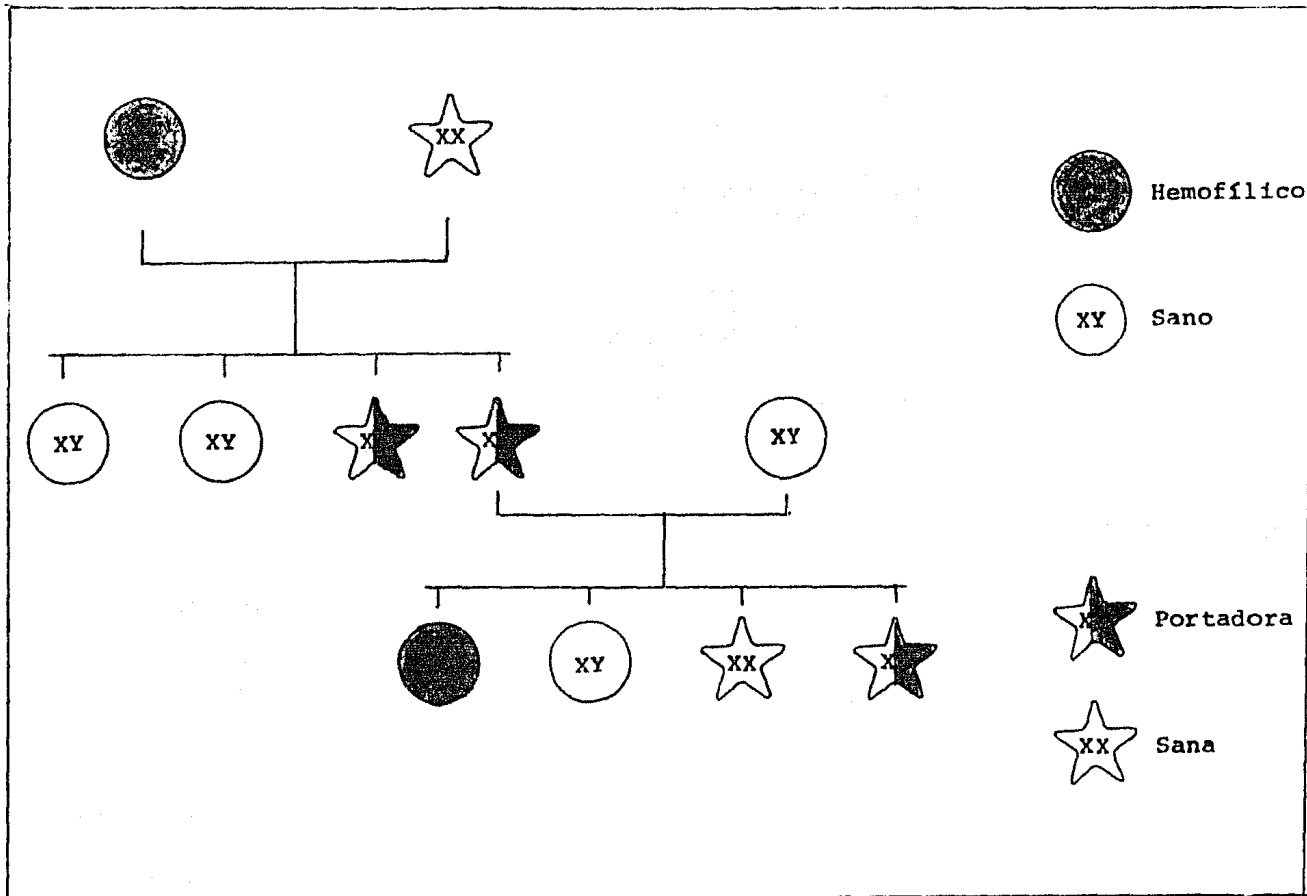
Siguiendo la revisión clásica de Buloch y Fildes en 1911, el término Hemofilia fué por muchos años limitado a desórdenes ligados al sexo masculino. Literalmente significa "Amor a la sangre" Es una enfermedad hemorrágica hereditaria de gravedad variable; que se trasmite genéticamente como rasgo recesivo mendeliano ligado al sexo, en donde el gene que determina la presencia de F.VIII se encuentra en el brazo largo del cromosoma X.

La transmisión de la Hemofilia se ilustra en el siguiente diagrama genético (cuadro 1), y puede resumirse de la siguiente manera:

(5)

1. Si un varón hemofílico se casa con una mujer sana:
 - a) Todas las mujeres son portadoras obligadas.
 - b) Todos los hombres estarán sanos.
2. Si un varón sano se casa con una mujer portadora:
 - a) Cada hijo hombre tiene el 50 % de probabilidades de padecer Hemofilia.
 - b) Cada hija mujer tiene el 50 % de probabilidades de ser portadora.

Para que la Hemofilia afecte a una hembra, la alteración deberá estar presente en ambos cromosomas X; esto es, ser la hija de una portadora con un varón hemofílico. Expresándolo de otra manera, podemos decir que para producir una hembra hemofílica, am-



Cuadro 1. Diagrama Genético: Transmisión de Hemofilia.

Los progenitores tendrán que poseer el defecto genético.

Los hijos de un hemofílico son normales y no portan el rasgo, mientras que las hijas heterocigotas transmiten el defecto a la mitad de los hijos, y como rasgo recesivo a la mitad de las hijas. La presencia de Hemofilia es teóricamente posible en una mujer homocigota; se han registrado algunos casos aislados. (6)

Aproximadamente el 80% de los pacientes hemofílicos presentan historia familiar positiva. Cuando se descubre un nuevo paciente con esta alteración, conviene estudiar a los siguientes miembros de su familia en cuanto a la posibilidad de padecer la enfermedad:

1. Hermanos varones.
2. Hijos varones de hermanas.
3. Hermanos varones de la madre.
4. Hijos varones de las hermanas de la madre.

La gravedad de la Hemofilia se determina en base al nivel de actividad del factor afectado.

2.2 Clasificación.

La Hemofilia se caracteriza por un sangrado excesivo manifestado desde la infancia, ya sea espontáneo o por cualquier traumatismo; y causado por una deficiencia de alguno de los factores del mecanismo de coagulación.

En los últimos años y como producto de una exhaustiva investigación, se conocen varios tipos de Hemofilia:

1. Hemofilia A. Es el tipo clásico y más frecuente, caracte

rizado por la deficiencia de GAH o F.VIII:C, y se presenta con una frecuencia mayor de 7 veces a la Hemofilia B. El signo más característico de ésta, es la hemorragia en articulaciones (hemartrosis).

De acuerdo a la concentración del factor VIII:C, se puede subclasificar en:

- a) Hemofilia Grave: cuando la concentración sanguínea del F.VIII:C es menor del 1%.
- b) Hemofilia Moderada: cuando la concentración sanguínea del F.VIII:C es del 1 al 5%.
- c) Hemofilia Leve: cuando la concentración sanguínea del F.VIII:C es del 6 al 30%.

Una unidad de actividad del F.VIII:C es equivalente a un mililitro de plasma fresco normal. De acuerdo a normas internacionales, la concentración del F.VIII:C en plasma se expresa en por ciento (%) de actividad; siendo lo normal de 60 a 100%. (9)

2. Hemofilia B. Denominada frecuentemente enfermedad de Christmas; es debida a la deficiencia del Factor IX. Se presenta con menor frecuencia que la Hemofilia A o Clásica, y en un 30% de los casos no existen antecedentes familiares; siendo la hemartrosis y las hemorragias musculares, el signo clínico característico más frecuente.

3. Hemofilia C. Es llamada también enfermedad de Rosenthal. Es debida a la presencia de un déficit de Factor XI. Esta alteración puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, ya que se hereda con carácter autosómico dominante. Las manifestaciones

clínicas que con más frecuencia se presentan son las epistaxis causadas por traumatismos.

4. Pseudohemofilia. Es el nombre que se le daba a lo que actualmente se conoce como enfermedad de Von Willebrand; la cual presenta un defecto múltiple. Se debe a una deficiencia del factor VIII:Ag, disfunción plaquetaria y alteraciones del endotelio vascular. (5,6)

Para los propósitos del presente trabajo, se analizarán únicamente ciertos casos de pacientes con padecimiento de Hemofilia A o Clásica o sea, con deficiencia de F.VIII:C por ser la que con mayor frecuencia se presenta.

La incidencia de Hemofilia en México se considera en un promedio aproximado de 3.5/10 000 varones (A.M.H.), que como se puede observar en el siguiente cuadro (cuadro 2) es similar al porcentaje en otros países. (9,11)

HEMOFILIA CLASICA (Incidencia)			
AUTOR	AÑO	PAIS	No. CASOS/HABITANTES
NHLI	1972	U. S. A.	1:10 000
NILSSON	1976	SUECIA	1:30 000
MANDALAKY	1976	GRECIA	1:16 000
MANNUCCI	1976	ITALIA	1:30 000
MARTIN-VILLAR	1976	ESPAÑA	1:32 000
HERMANN	1976	ALEMANIA	1:20 000
ALLAIN	1976	FRANCIA	1:20 000
RIZZA	1976	INGLATERRA	1:25 000
CORDERO	1976	COSTA RICA	1:25 000
PAVLOVSKY	1976	ARGENTINA	1:22 000
AMERIZ	1983	MEXICO	3.5:10 000

Cuadro 2. Incidencia de Hemofilia Clásica.

2.3 Características Clínicas.

Estas dependen del nivel de F.VIII:C que posea el paciente. La enfermedad suele estar presente desde el nacimiento. La hemorragia posterior a la circuncisión puede ser el primer signo que nos haga pensar en esta enfermedad. Se presenta en alrededor de la mitad de los pacientes; y el primer episodio hemorrágico grave ocurre antes de los 18 meses de edad en más del 75 % de los niños gravemente afectados. (8,11)

a) Manifestaciones bucales. El examen de la boca del hemofílico que no sangra, no demuestra en general nada anormal; no existen signos clínicos demostrables que hagan pensar en la enfermedad. Por ello, es necesario obtener una completa historia clínica incluyendo antecedentes hemorrágicos y familiares, antes de emprender una intervención quirúrgica dental o parodontal, que pueda implicar la ruptura de vasos sanguíneos.

Es cierto que en la mayoría de los hemofílicos se ha establecido el diagnóstico mucho antes de que el paciente acuda para un tratamiento dental; de manera que el padre o la madre que lo acompañan, o el mismo enfermo manifiesta o destaca los antecedentes hemorrágicos previamente. Pero en ocasiones éste no cree necesario proporcionar tal información, debido a que la intervención a la que será sometido no la considera como quirúrgica y de riesgo para él.

Las hemorragias del hemofílico pueden producirse por los traumatismos más pequeños; el más ligero corte o abrasión de los tejidos blandos como los que pueden producirse en las intervenciones operatorias; las lesiones gingivales en los tratamientos

parodontales o hasta en los profilácticos y la ruptura de vasos sanguíneos ocasionada por la introducción de una aguja anestésica, pueden ser suficientes para ocasionar graves episodios hemorrágicos. (12)

El problema de las extracciones dentales es difícil en los hemofílicos, ya que sin la preparación y/o pre-medicación adecuada, hasta el menor procedimiento quirúrgico puede producir la muerte por sangrado. Es evidente, por lo tanto que cuando se considera imprescindible alguna extracción o intervención quirúrgica dental o parodontal, es indispensable la asesoría del Hematólogo responsable del paciente.

b) Manifestaciones clínicas. Los signos clínicos más característicos de cada tipo de Hemofilia se observan en el siguiente cuadro (cuadro 3), el cual puede ser de utilidad para poder elaborar un diagnóstico de presunción.

SIGNO CLINICO	HEMOFILIA		
	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>
Epistaxis	+	+	+
Gingivorragias	+++	++	+
Hematomas	+++	++	+
Hemartrosis	++	+	-

Cuadro 3. Manifestaciones clínicas.

2.4 Características de Laboratorio.

Las alteraciones de laboratorio en la Hemofilia son debidas a la deficiencia de F.VIII:C, por lo que afecta las pruebas que miden la vía intrínseca de la coagulación. (3,9)

Por lo mismo, el tiempo de sangrado en estos pacientes es normal; como también el tiempo de protrombina y trombina. Las pruebas de laboratorio que nos ayudan al diagnóstico diferencial en los diferentes tipos de Hemofilia y que son indispensables para establecer un diagnóstico correcto son:

PRUEBA	DETECTA	HEMOFILIA:		
		<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>
T. Sangrado	Fase vascular y plaquetaria	N	N	N
T. Coagulación	Fase de coagulación	A	A	A
Cuenta plaquetaria	Disminución cuantitativa	N	N	N
T. De protrombina	II,V,VII,X	N	N	N
T.P.T.	II,V,VIII,IX,X,XI,XII	A	A	A
Factor VIII:C		B	N	N
Factor IX		N	B	N
Factor XI		N	N	B

* N=Normal A=Alargado B=Bajo *

Cuadro 4. Pruebas de laboratorio.

2.5 Inhibidores.

Un número pequeño, pero significativo de enfermos con Hemofilia desarrollan anticuerpos contra el F.VIII:C. Estos anticuerpos neutralizan la actividad coagulante del F.VIII:C es decir, actúan como inhibidores de este factor.

Se sospechará la presencia de un inhibidor cuando una dosis de concentrado de F.VIII:C no eleve el nivel del factor en el paciente, lo que cabría esperar o bien, no corrija el sangrado anormal presente. La confirmación y determinación del nivel de inhibidor, se puede obtener mediante la mezcla del plasma del paciente con F.VIII:C; midiendo consecutivamente la actividad residual de dicho factor durante cierto tiempo. Las determinaciones del nivel de inhibidor se informan como Unidades Bethesda (U.B.).

Si durante el tratamiento de un episodio hemorrágico se descubre la presencia de inhibidor, es preferible:

1. Interrumpir la administración de sustancias que contengan F.VIII:C.
2. En caso necesario, reemplazar la masa eritrocitaria y el volumen plasmático con solución de electrolitos o albúmina.
3. Administrar dosis elevadas de corticoesteroides.

Con esta pauta, el inhibidor puede desaparecer transcurridos varios días; y entonces, cabrá reanudar la administración de F.VIII continuando con el uso de corticoesteroides.

En caso de que el inhibidor tenga altas concentraciones plasmáticas o bien, que el sangrado persista a pesar de las medi

das terapéuticas previamente mencionadas, se han usado:

- a) Inmunosupresores con el fin de abatir los títulos del anticuerpo.
- b) Uso de concentrados de F.IX que por tener dosis pequeñas de F.X activado, puede llevar a cabo la coagulación sin necesidad del F.VIII:C.
- c) Plasmaféresis con el objeto de eliminar del plasma sanguíneo el anticuerpo circulante. Esta técnica consiste en remover todo el volumen plasmático del paciente, substituyéndolo con albúmina y/o sustancias coloidales.

Los resultados que se han obtenido con estas técnicas, han sido satisfactorios; si bien, no existe un criterio definido en cuanto a la secuencia de este tratamiento. (8,13,14)

CAPITULO III

BASES GENERALES EN EL MANEJO DEL HEMOFILICO.

Por ser un padecimiento genéticamente determinado, no existe en la actualidad un tratamiento curativo para el paciente con Hemofilia, por lo tanto el manejo de éste, consistirá en elevar la concentración del factor carente o disminuido mediante la transfusión de sangre total, plasma fresco o crioprecipitado.

Para que la coagulación sea adecuada, es necesario administrar el factor deficiente en cantidad suficiente para elevar su concentración en sangre a niveles que se consideren hemostáticos (+ del 50%), en intervalos frecuentes para permitir la regeneración tisular. Es bien conocido, que el mecanismo de fibrinólisis es normal en los hemofílicos y de ahí, la latente posibilidad de disolución del coágulo; por lo que en ocasiones es necesario la administración de antifibrinolíticos como el AMICAR (ácido épsilon amino-caproico). (3,7)

El tratamiento del paciente hemofílico está condicionado a los siguientes factores:

1. Diagnóstico nosológico: se debe conocer el tipo y severidad de la Hemofilia.
2. Pérdida del volumen sanguíneo: se prefiere el uso de concentrados del factor deficiente para evitar hipervolemia. Pero - si existe pérdida del volumen sanguíneo, se deberá administrar sangre total o plasma.
3. Severidad de la intervención que se va a realizar: hay algunos tratamientos en los que el riesgo de sangrado es mínimo, por lo que la terapia de reemplazo es nula o mínima; pero cuando se va a realizar algún tipo de cirugía o exodoncia en donde el sangrado es inevitable, la terapia de reemplazo es indispensable y se administra pre, trans y postoperatoriamente.

4. Estimación de la superficie cruenta remanente de la intervención quirúrgica: de acuerdo a esto, se buscará la terapia adecuada de reemplazo y las medidas hemostáticas locales correctas para lograr una buena hemostasia.

5. Cooperación del paciente y/o familiar: debido a la sobreprotección de los padres, es importante ayudar a los pacientes a desarrollar una personalidad de auto-independencia y de autosuficiencia. En ocasiones, la ansiedad puede provocar estados hemorrágicos espontáneos; y es por ello que se debe disminuir ésta, ya sea mediante tranquilizantes o sesiones con el Psiquiatra. (3)

3.1 Tratamiento dental para el hemofílico.

Los desórdenes hemofílicos no causan directamente problemas dentales. Los pacientes con Hemofilia son susceptibles de presentar alteraciones dentales como sucede en los pacientes normales. La alta incidencia de problemas dentales en estos enfermos, es debida a la negligencia o a la deficiencia en el cuidado dental. El miedo por parte del paciente y Cirujano Dentista durante el tratamiento dental, ha sido la primera razón para que éste sea deficiente en estos pacientes.

Para dar un tratamiento dental efectivo a hemofílicos es necesario:

1. Educar al paciente y a sus médicos, considerando y reconociendo la existencia de la enfermedad dental.

2. Educar al Cirujano Dentista, considerando la Hemofilia

y los métodos de tratamiento actualmente disponibles para dicha enfermedad.

3. Tener cuidado con estos pacientes.

Con los recursos terapéuticos actuales, se admite que no hay - procedimientos dentales que causen sangrado significativo en estos pacientes; consecuentemente, no debe haber compromiso en el cuidado dental de calidad; ya que si bien, la cirugía y tratamientos parodontales usualmente resultan con sangrado; pero existen métodos efectivos para prevenir o controlar éste si ocurriera.

Un cuidado dental regular que incluya exámenes cada 6 meses, higiene oral apropiada y educación paciente/familia, minimizará la necesidad de extracciones y restauraciones dentales mayores.

Cambios recientes en el tratamiento de la Hemofilia, parece que han separado la población de hemofílicos en dos grupos de pacientes:

El primer grupo, predominantemente es de niños y adolescentes que han disfrutado de los beneficios recientes del uso de los concentrados del F.VIII:C y que han sido capaces de obtener un - buen tratamiento dental sin miedo al sangrado. Esto es especialmente importante para iniciar a estos pacientes en los principios básicos de una buena salud oral, y guiarlos en el mantenimiento de bocas sanas y continuar con un tratamiento dental adecuado.

Los hemofílicos de mayor edad, requieren de una mayor corrección de problemas dentales existentes; seguida de una rehabilitación para una completa salud oral. Este segundo grupo, por la edad de los mismos, no tuvieron disponibilidad a los concentrados del factor para protegerlos durante los periodos de sangrado. Como -

consecuencia, estos pacientes raramente recibieron un tratamiento dental oportuno.

El Cirujano Dentista debe ser capaz de identificar y hacer exámenes dentales para estos pacientes en su propio consultorio. Si éste tiene conocimientos sobre la enfermedad, y toma las mínimas precauciones particularmente con la anestesia local, será capaz de llevar a cabo la rutina dental sin que existan complicaciones. Cualquiera duda al respecto, deberá ser dirigida al Hematólogo. Cuando un tratamiento no sea de rutina y pueda involucrar sangrado, deberá ser manejado por un Dentista especializado y familiarizado con el manejo de estos enfermos, en conjunción con el Hematólogo y de preferencia en un medio Hospitalario.

Si se presenta sangrado durante el tratamiento dental, se requerirá del uso de la terapia de reemplazo; que es un medio seguro y efectivo para el manejo de estos pacientes. (11,16,19)

3.2 Anestesia y Analgesia.

El manejo del dolor en el paciente hemofílico, casi siempre presenta cambios en el Médico y en el Cirujano Dentista. El uso adecuado de la terapia sustitutiva en el manejo de dichos pacientes, nos habilita para ofrecer algún analgésico o anestésico de la modalidad necesaria para proporcionar el tratamiento dental adecuado en los hemofílicos.

a) Anestesia Local.

La administración de anestesia local en pacientes hemofílicos

es un tema de controversia. Archer y Zurbow reportaron un caso de hemorragia subcutánea fatal después de dos bloqueos alveolares inferiores; en donde se presentó obstrucción de vías respiratorias debido a la formación de un hematoma. Parnell recomienda, que procedimientos conservadores sean hechos sin anestesia local. Nazif sugiere que la inyección por bloqueo de un nervio profundo sea evitada, y se utilice únicamente anestesia por infiltración. Lewis dice que la infiltración o inyección pericemental, de agentes anestésicos para extracciones dentales, sólo sea usada después de una adecuada terapia de reemplazo. Stapp así mismo, recomienda la anestesia por infiltración para extracciones dentales, o cualquier otro procedimiento dental. Sachs y Kisker, Evans y Segelman piensan que la Hemofilia no es una contraindicación para el bloqueo de un nervio profundo; por lo que al efectuarlo, lo hacen con extrema precaución y utilizando una jeringa adecuada - (aspiradora), y después de haber administrado una buena terapia de reemplazo.

Si se detecta sangre en el cartucho anestésico al aspirar, durante el bloqueo; deberá administrarse inmediatamente el factor de reemplazo durante 24 a 36 horas o más si es necesario, para que el nivel hemostático quirúrgico sea por lo menos de un 30%.

Literatura reciente indica que para proporcionar anestesia local profunda en procedimientos de cirugía oral, la inyección por bloqueo de un nervio profundo puede ser usada con seguridad en pacientes hemofílicos. (16-20)

La morbilidad causada por la formación de un hematoma después de la inyección de anestesia local, es dependiente de la anatomía del sitio de la inyección. Cuando el bloqueo por infil-

tracción es administrado donde el tejido es firme y confinado, la posibilidad de complicación en el sangrado es menor. Sin embargo, la pérdida de tejido conectivo no fibroso y altamente vascularizado donde el bloqueo mandibular y el posterosuperior son administradas, predispone al desarrollo de un hematoma el cual tiene el potencial de obstrucción de la vía aérea y crear o provocar una crisis respiratoria.

El sangrado por punción inadvertida de los vasos sanguíneos del nervio alveolar inferior, puede crear un hematoma que se extenderá dentro del espacio lateral faríngeo y submandibular (desde el espacio pterigomandibular), provocando una posible obstrucción de las vías aéreas.

Si se desarrolla un hematoma cervical, la terapia de reemplazo deberá ser iniciada tan pronto como sea posible. Corticosteroides deben ser administrados intravenosamente para reducir rápidamente la tumefacción cuando se esté provocando la obstrucción.

Cuando en un paciente hemofílico se sospeche la presencia de hematomas que obstruyan la vía aérea, se debe tener cuidado de que no existan signos de inquietud, ronquera, disfagia y tumefacción; o cualquier combinación de éstas. Radiografías laterales - de cuello son un auxiliar para determinar la presencia o ausencia de hematomas que estén produciendo obstrucción respiratoria. Así mismo, los pacientes que estén recibiendo anestesia local, deben ser vigilados del entumecimiento de los tejidos blandos (labios, carrillos y lengua), ya que la falta de sensibilidad en éstos - (particularmente en los niños) provocará mordeduras inadvertidas dando lugar a un sangrado subsecuente y de riesgo para él.

Es posible realizar procedimientos dentales restaurativos en

dientes primarios y en algunos dientes permanentes, sin la necesidad de administrar anestesia local. El éxito para tales, dependerá de un toque suave al preparar y de que las fresas estén perfectamente afiladas y en óptimas condiciones y manipuladas bajo un mínimo de presión y alta velocidad.

Particularmente para las extracciones, inyecciones peridentales realizadas con una aguja corta del número 30, deberán ser administradas en el espacio de la membrana parodontal en las cuatro superficies axiales del diente (mesial, distal, bucal y lingual o palatina).

La elección de agentes anestésicos locales con o sin vasoconstrictor, es determinada de acuerdo al tiempo de duración requerido para cada procedimiento y tipo de tratamiento quirúrgico que será efectuado. (16-20)

b) Anestesia General.

La anestesia general es usada en algunos casos, en los cuales se desea manejar pacientes hemofílicos que no cooperan (nerviosos, aprehensivos, inquietos, con miedo o en niños muy pequeños) o en aquellos casos en los que se va a realizar un tratamiento restaurativo extenso y/o en procesos dolorosos complicados. Desde luego no se considera ideal, ya que la relajación total es difícil de controlar y en consecuencia, existe el peligro de que haya un traumatismo que se podrían originar ellos mismos durante la fase de excitación.

Esta se lleva a cabo mediante intubaciones de tipo oro, naso y endotraqueal; las cuales deben ser colocadas con extremo cuidado

do para no provocar traumatismos en tejidos blandos (mucosa oral, nasal, de laringe y tráquea) ya que esto puede dar origen a que se desarrolle un hematoma cervical, provocando obstrucción de vías respiratorias.

La anestesia general debe ser administrada por personal altamente capacitado y con conocimientos de dicha técnica, con el fin de evitar complicaciones que puedan presentarse en estos pacientes.

Debido a que puede existir un posible trauma asociado con la intubación, la terapia de reemplazo del factor deficiente como medio profiláctico, es forzosa para cualquier paciente que requiera de dicha intubación. (16-20)

c) Analgésicos.

El Cirujano Dentista debe tener precauciones en la prescripción de agentes analgésicos en pacientes con Hemofilia, debido a que existen algunos problemas con dichos agentes. Los hemofílicos sienten dolor cuando sangran espontáneamente de tejidos suaves y de articulaciones y, por lo mismo, pueden desarrollar una baja tolerancia al dolor; por tanto, no es raro que ellos requieran analgésicos más potentes que los pacientes normales.

Analgésicos conteniendo aspirina y agentes anti-inflamatorios, tales como la Fenilbutazona e Indometacin, están contraindicados en estos pacientes; debido a que provocan desórdenes de sangrado por alteración de la función plaquetaria. Para el dolor dental, es importante omitir todos los analgésicos que contengan aspirina.

Analgésicos tales como el propoxifeno (Darvón), acetaminofén (Tempra), ac. mefenámico (Ponstan) y pentazocina; así como analgésicos narcóticos (codeína, demerol y morfina) pueden ser prescritos con seguridad en pacientes con este padecimiento. (20)

3.3 Procedimientos restaurativos.

Los procedimientos restaurativos en pacientes hemofílicos, pueden ser realizados de manera similar que en un paciente normal. Aunque es necesario tener mayor cuidado en proporcionar una ayuda dental segura; la calidad del cuidado dental nunca deberá estar comprometida. La preparación de los dientes no se modifica debido a que el niño o el adulto tengan Hemofilia.

Los principios acostumbrados de una buena odontología reconstructiva, son llevados a cabo de la misma forma en estos pacientes, esto es:

El dique de hule debe ser usado para aislar el campo operatorio; éste se prefiere delgado ya que existe menos tendencia a forzar la grapa, evitando desgarrar o traumatizar los tejidos gingivales. Con él, se protegen asimismo los tejidos blandos circundantes; y puesto que estas áreas son altamente vascularizadas, la laceración accidental en ellas por la fresa de alta velocidad puede provocar un problema de difícil y peligroso manejo.

Las cuñas y matrices pueden utilizarse convencionalmente en estos pacientes si se colocan con extrema precaución. Los eyectores de saliva deben ser usados cuidadosamente con el fin de no traumatizar piso de boca y provocar la formación de un hematoma

sublingual. Es preferible que éstos tengan la punta acolchonada para evitar que los tejidos sublinguales sean succionados por el orificio de entrada (eyectores convencionales desechables).

La grapa (previamente seleccionada) debe colocarse cuidadosamente y permanecer estable, de tal forma que no exista movimiento en ella; evitando con ello desgarrar la papila interdental.

El éxito en las preparaciones dentales como se mencionó anteriormente, dependerá de que las fresas estén en óptimas condiciones y sean utilizadas bajo un mínimo de presión y alta velocidad. (16,19,21)

Obturaciones y restauraciones son rutinariamente colocadas en los pacientes hemofílicos. La preparación de los dientes para restauraciones protésicas, no presentará problema alguno si la terminación gingival es hecha adecuada y cuidadosamente.

El empaquetamiento del surco gingival con hilo retractor es ventajoso cuando existe caries subgingival extensa, o cuando se desea impresionar una terminación gingival. Debe tenerse cuidado en su colocación para evitar la laceración de la encía.

Para la toma de impresiones, se recomienda proteger la periferia de la cucharilla con cera blanda; previniendo con ello traumatismos intraorales durante su colocación. (16,19)

a) Terapia Pulpar.

No existe ninguna contraindicación para la preparación de la terapia pulpar en pacientes con Hemofilia. El tratamiento de conductos puede ayudar a mantener y conservar un diente con caries

muy profunda. La exposición pulpar en dientes temporales y permanentes puede algunas veces ser evitada, si la caries en dentina no es enteramente removida durante su procedimiento. Pulpotomía, pulpectomía y la obturación de conductos radiculares, son preferibles a la extracción; ya que el reemplazamiento de un diente en un paciente hemofílico implicará un tratamiento de mayor complicación y costoso para éste.

Los anestésicos son normalmente innecesarios cuando la pulpa está necrótica. Si el tejido pulpar de un diente vital es expuesto, la inyección intrapulpar está indicada para abastecer su suficiente solución anestésica y lograr una remoción del tejido indolora.

Usualmente cualquier sangrado de procedimientos endodónticos es insignificante y no requiere de transfusión del F.VIII:C. La hemorragia producida durante la amputación de la pulpa, es controlada mediante presión y/o con un agente hemostático como lo es la epinefrina (en una torunda de algodón). La hemorragia que es difícil de controlar, generalmente es debida a la inadecuada remoción del tejido pulpar del canal radicular.

El control de la hemorragia en terapia pulpar, no ha presentado ninguna complicación en el manejo de pacientes hemofílicos. Si no se logra el control del sangrado, puede colocarse una torunda humedecida en formocresol dentro de la cámara pulpar durante una semana, con el fin de lograr la momificación del tejido y su posterior remoción.

Cuando el tratamiento del canal radicular se ejecuta en estos pacientes, el Cirujano Dentista deberá ser cauteloso para evitar que la instrumentación y obturación, sobrepase el ápice ra-

dicular del diente. Para evitar que ocurra cualquier sangrado periapical, se recomienda que los canales sean obturados 1 mm. más cortos del ápice radiográfico de la raíz normal en dientes no vitales. (16,19,20,21)

b) Tratamiento protético.

A los pacientes con Hemofilia debe permitírseles recibir tratamientos odontológicos que mejor se adapten a sus necesidades. Ellos son capaces de sobrellevar cualquier preparación dental, incluyendo restauraciones protésicas de cualquier tipo (coronas individuales, prótesis fijas y removibles, placas parciales y totales) La ejecución de un trabajo protésico, debe ser íntegro; y emplea técnicas previamente mencionadas. Las coronas individuales con postes y núcleos, los puentes y férulas pueden ser realizados en estos pacientes donde esté indicado. Impresiones y otras técnicas complicadas para la elaboración de placas parciales y totales, no deben causar el mínimo de sangrado. Toda patología oral, deberá ser tratada para establecer un saludable funcionamiento preprotético; el cual mejorará la condición oral del paciente en un futuro.

El tratamiento adecuado para hemofílicos adultos los cuales presentan múltiples y complicados problemas orales, debe incluir la extracción de numerosos dientes crónicamente afectados o bien, susceptibles de rehabilitación por medio de placas parciales o totales, para restablecer la función normal y estética (previa terapia de reemplazo del factor deficiente) de este paciente. (16,19)

c) Tratamiento parodontal.

La enfermedad parodontal es un problema significativo en estos pacientes. Ellos deben ser sometidos a examinación parodontal y evaluación periódicas, incluyendo pruebas y medidas preventivas a fondo. El tratamiento de gingivitis para el Hemofílico requiere de la eliminación inicial de los factores locales irritantes, incluyendo depósitos de cálculos, restauraciones defectuosas y mal adaptadas y oclusión traumática; las cuales pueden producir alteraciones gingivales que al progreso de éstas, llegan a involucrar el hueso alveolar.

Procedimientos parodontales menores deben ser efectuados en estos pacientes sin riesgo de sangrado significativo; aunque indudablemente una cierta cantidad de exudado será encontrada. Pruebas de sondeo parodontal son llevadas a cabo rutinariamente. Una instrumentación manual cuidadosa con material adecuado (excavadores y curetas) ayudará al Cirujano Dentista para no traumatizar el tejido durante el procedimiento, minimizando el riesgo de sangrado. Tratamientos cortos y frecuentes son convenientes ya que disminuirán el tejido gingival edematoso, permitiendo que el cálculo excesivo llegue a ser más visible.

Es imperativo que pacientes con alteraciones parodontales sean situados en un programa de mantenimiento para un manejo apropiado.

Las lesiones cariosas profundas de proliferación gingival, son frecuentemente tratadas por medio de colocación de apósitos quirúrgicos (óxido de zinc y eugenol) para obtener la pérdida y desinflamación de tejido en exceso y posteriormente llevar a

cabo la eliminación de dicha lesión. Procedimientos de electrocirugía incurren un riesgo de sangrado subsecuente, por lo que ésta no es recomendada en pacientes con dicha alteración.

Un frenillo fijo puede causar migración gingival y formación de bolsas parodontales; el tratamiento temprano de esto está indicado para prevenir que continúe dicha resección y la subsecuente pérdida de hueso alveolar. Cualquier técnica de frenilectomía es quirúrgicamente aceptable en estos pacientes; de cualquier modo, la frenilectomía y otros procedimientos parodontales quirúrgicos (curetajes, gingivectomías, levantamientos de colgajos, etc.) inducen sangrado; por lo que algunas veces será mejor que el enfermo sea manejado a nivel hospitalario y con la preparación requerida. Cualquier procedimiento quirúrgico siempre deberá ser coordinado con el Hematólogo para el control de cualquier sangrado - anticipado. (15,16,19,21,22)

d) Tratamiento ortodóntico.

No existe contraindicación alguna para la terapia ortodóntica en el paciente hemofílico; ya que si bien en él también puede existir la necesidad de mejorar su apariencia y salud oral. El movimiento dental ortodóntico deberá efectuarse con extremo cuidado y sin temor a la estimulación de sangrado gingival. La decisión de hacer ortodoncia en el hemofílico, será utilizandolos mismos criterios y reglas que para un paciente normal.

El reconocimiento temprano de un problema ortodóntico es importante en estos pacientes, ya que la conducta de ellos podrá disminuir o eliminar problemas ortodónticos complejos.

La colocación de la aparatología ortodóntica se lleva a cabo en forma rutinaria y sin complicaciones de sangrado. Las extracciones necesarias son efectuadas por el Cirujano Oral con la evaluación preoperatoria y manejo postoperatorio requeridos. Debe tenerse precaución en el ajuste y colocación de los aparatos para evitar el menor peligro de laceración de la mucosa oral. El sangrado causado por una lesión accidental o traumatismo de la encía, usualmente responderá a presión; logrando la coagulación de la zona afectada en un tiempo aproximado de 5 minutos.

La higiene oral es particularmente importante en aquellos pacientes hemofílicos que están siendo sometidos a tratamiento de ortodoncia, para evitar que los tejidos gingivales sean inflamados, edematosos y hemorrágicos. La irrigación con agua es un ayudante esencial para la buena limpieza dental del paciente con Hemofilia, que presenta bandas y aparatos ortodónticos. (3,16,19)

e) Tratamiento de exodoncia.

La técnica quirúrgica usada al extraer dientes de pacientes con Hemofilia, es la misma que se efectúa en pacientes con coagulación normal. La extracción debe ser tan atraumática como sea posible tratando de conservar en gran medida la integridad de las paredes externas e internas del alveolo. Si existiera una fractura del hueso alveolar, los fragmentos perdidos deben ser removidos; y el margen de éste, uniforme (curetaje del alveolo). Esto es con el fin de evitar un retardo en la coagulación del paciente enfermo. Como única diferencia existente en la extracción dental de un paciente hemofílico y un paciente normal, tenemos las

transfusiones preoperatorias de F.VIII:C y el subsecuente tratamiento postoperatorio. (12,15,23)

Las indicaciones de la exodoncia en estos pacientes pueden ser las siguientes:

1. Afecciones dentarias:

- a) afecciones pulpares en las cuales no se puedan hacer tratamientos conservadores.
- b) piezas infectadas.
- c) piezas muy destruidas o fracturadas.

2. Parodontosis en estados muy avanzados, que no permitan tratamientos eficaces.

3. Persistencia de dientes temporales que puedan ser origen de maloclusiones.

4. Dientes retenidos en los maxilares, que únicamente serán extraídos cuando produzcan serios trastornos de compresión, inflamatorios o tumorales.

En caso de que la extracción sea complicada, se recurre a:

- a) Odontosección.
- b) Osteotomía.
- c) Alveolectomía.

Bando preferencia a la primera, debido a que nos permite conservar mejor las paredes óseas. (18)

Después de la extracción dental, es importante la utilización de agentes hemostáticos como medidas locales para el control de la hemorragia. La técnica de empaquetamiento con celulosa oxigenada impregnada en trombina con bicarbonato de sodio al 3% es efectiva; dicho agente debe ser colocado dentro del alveolo, en el

tercio apical de la raíz. En caso de dientes multirradiculares, cada alveolo deberá ser empaquetado por separado. Antes de colocar el agente hemostático, el alveolo radicular debe ser limpiado de pequeños coágulos que puedan haberse formado. Este se coloca directamente contra el área de sangrado (haciendo compresión digital durante 2 o 3 minutos), actuando ésta inmediatamente convirtiéndose el fibrinógeno de la sangre en un coágulo de fibrina que formará un tapón dentro del alveolo.

Una vez conseguida la hemostasia, se protege la zona ya sea con un cemento quirúrgico de fraguado rápido (Wondrpak) o con un protector de acrílico transparente, elaborado previamente a la intervención.

A pesar de las precauciones secundarias tomadas, puede ocurrir sangrado (3o. y 4o. día postoperatorio) cuando el coágulo empieza a deshacerse; pero una cantidad suficiente de factor de reemplazo debe ser administrado para lograr un nivel hemostático que controle cualquier sangrado prolongado.

Si existiera la necesidad de colocar sutura en extracciones con reposición de colgajos mucoperiosticos, no deberá ser usada ésta como sutura de tensión ya que la friable mucosa de éstos enfermos se desgarrará con gran facilidad; provocando nuevos puntos sangrantes.

Como cuidados postextracción se recomienda reposo absoluto, dieta líquida durante 48 horas, hablar lo menos posible y continuar con la medicación prescrita antes de la intervención. Se recomienda mantener los protectores durante 48 a 72 horas; en la mayoría de los casos, al levantarlos se puede observar un coágulo bastante adherido.

(12,15,18,23)

f) Manejo de Cirugía Oral.

Los procedimientos quirúrgicos para el hemofílico han tenido grandes cambios desde 1937 cuando Brich reportó 6 muertes seguidas de extracciones dentales, aparte de 25 debidas a sangrado subsiguiente a dichos procedimientos.

La evaluación pre y postoperatoria en el manejo de pacientes con Hemofilia sometidos a cirugía oral, debe ser coordinada con el Hematólogo y el laboratorio de coagulación. Con adecuadas medidas pre y postoperatorias dicho enfermo (sin inhibidor circulante), podrá ser manejado sin peligro a que exista un sangrado anticipado. Los requerimientos necesarios para éste son:

- a) Un experimentado Cirujano Oral y un Hematólogo.
- b) Facilidades disponibles para la recepción de transfusiones pre y postoperatorias para el paciente.
- c) Un laboratorio de coagulación capaz de llevar a cabo las evaluaciones necesarias.

El Cirujano Oral debe explicar al Hematólogo el procedimiento quirúrgico, incluyendo la técnica de anestesia, el grado anticipado de trauma y la duración del período de recuperación a la que será sometido el hemofílico. A sí mismo, deberán ser revisados los antecedentes de cirugía oral en cada paciente; y el mecanismo de elección que debe ser expuesto. El Hematólogo procederá a determinar si existe la necesidad de transfundir el F.VIII:C, en relación a la cantidad de sangrado que se perderá, con el fin de planear el manejo de dicho paciente de manera conjunta.

El paciente gravemente afectado (-1% de F.VIII:C) frecuentemente tiene mayor potencial de sangrado postquirúrgico que aquel

con un grado de Hemofilia leve (+5% de F.VIII:C). Cada paciente manifiesta diferente respuesta al tratamiento, por lo que cada caso deberá ser preparado y observado cuidadosamente. Si el paciente tiene un inhibidor circulante, la administración de la terapia de reemplazo de F.VIII:C está contraindicada y debe tenerse extremo cuidado en consideración a la cirugía oral. Es imperativa la estrecha comunicación con el Hematólogo en el manejo de dichos pacientes.

La cirugía para estos enfermos debe ser limitada y no es usualmente recomendada. En el tratamiento deben tomarse medidas locales y medicación adjunta para el control de la hemorragia, - que pueda presentarse posterior a la maniobra. (7,15,16,18,23)

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODO.

En base a lo previamente señalado, el presente estudio se realizó con el objeto de poder conocer la incidencia de patología bucodental en pacientes afectados con Hemofilia A o Clásica; así como la forma de poder prevenir cualquier complicación que pudiera presentarse durante el procedimiento dental (ya sea de tipo operatorio o quirúrgico) y los recursos con que actualmente se cuenta para su tratamiento.

Por tal motivo se ha dividido éste en 3 fases; pero que no pueden considerarse en forma independiente ya que se encuentran relacionados entre sí, sobre todo en el análisis de resultados.

Fase I:

Se realizó la revisión bucodental en 30 pacientes en los cuales se había efectuado en forma previa, el diagnóstico de Hemofilia Clásica; y que eran atendidos en la Clínica de Hemofilia del Hospital General del Centro Médico Nacional, I.M.S.S.

Para dicha revisión se adoptó un cuestionario de evaluación bucodental (cuya copia se anexa), en la cual se anotaron los hechos que desde el punto de vista clínico o de exploración, tuvieron repercusión bucodental. Para ésta, se utilizaron únicamente espejos dentales (desechables) y pastillas reveladoras de P.D.B.

Lo anterior se realizó con la finalidad de conocer la incidencia de placa dentobacteriana, afecciones dentales y parodontales, tratamientos restaurativos presentes, experiencias odontológicas, técnica y frecuencia de cepillado dental, etc.

Fase II:

Se efectuaron tratamientos quirúrgicos (exodoncias y cirugías dentales) en 26 pacientes con diagnóstico previo de Hemofilia Clásica, los cuales fueron evaluados en forma conjunta preoperatoriamente haciendo hincapié en los siguientes hechos:

- a) Gravedad de la Hemofilia (de acuerdo a los criterios establecidos A.M.H.). (9)
- b) Presencia o ausencia de inhibidor (en base a los exámenes de laboratorio pertinentes).
- c) Antecedentes, técnica y tipo de anestésico empleado.
- d) Cirugía dental a efectuar.
- e) Tratamiento pre y postoperatorio a seguir.
- f) Manejo postquirúrgico.
- g) Presencia de sangrado y control del mismo.
- h) Otras complicaciones.

En forma previa y de acuerdo a la gravedad de la Hemofilia, los pacientes estudiados fueron divididos en 3 subgrupos:

1. Pacientes con Hemofilia Leve (+2% de F.VIII:C).

Se prepararon con la administración previa del factor en forma de crioprecipitados, a razón de 1 bolsa por cada 10 Kg. de peso del paciente (cada bolsa contiene 100 U.I. de actividad de F.VIII:C). Esta dosis fue administrada debido a que ya había mostrado (en estudios anteriores en el mismo servicio) ser la óptima para obtener niveles hemostáticos del 50% y cohibir el sangrado existente. (23)

Posterior al acto quirúrgico se administró el ácido épsilon amino-caproico (AMICAR) a razón de 500 mg/Kg. por día, dividido en 3 dosis; así como la aplicación de cantidades adicionales de soluciones endovenosas para lograr la sobrehidratación del enfermo.

Lo anterior fué indicado debido a que se ha demostrado que el - AMICAR posee un marcado efecto antifibrinolítico; y dado que en la boca, la saliva tiene una gran acción fibrinolítica, el coágulo que se forma al ser lábil puede destruirse en forma temprana y no consolidarse por la acción mencionada. De ahí que en caso de sangrado traumático, espontáneo o bien, consecutivo a cualquier procedimiento dental esté indicado el uso de AMICAR en pacientes con Hemofilia.

Por otro lado, este medicamento se clarifica por vía renal; por tal motivo se insistió en obtener una diuresis acentuada en el paciente (sobrehidratación).

El tiempo de administración del AMICAR fué de 4 a 5 días de pendiendo del tipo de intervención efectuada, o bien de la pre-sencia o ausencia de sangrado gingival.

En los casos en donde el sangrado persistía, se suspendió la administración del antifibrinolítico; iniciándose nuevamente la transfusión del F.VIII:C (crioprecipitados) hasta lograr el control del sangrado.

2. Pacientes con Hemofilia Moderada (1 al 2% de F.VIII:C)'

La preparación preoperatoria, así como el manejo postoperatorio fué similar al que se efectuó en los pacientes con Hemofilia Leve, mencionada anteriormente.

3. Pacientes con Hemofilia Grave (-1% de F.VIII:C).

La dosis de crioprecipitados administrada en el preoperatorio fué la misma (1 bolsa de 100 U.I. de F.VIII:C/Kg de peso), pero en estos enfermos la técnica substitutiva se continuó en el postquirúrgico durante un tiempo mínimo de 5 días. Si al cabo de esto, el paciente no presentaba ya sangrado u otra complicación,

se suspendían los crioprecipitados y se iniciaba la administración del antifibrinolítico (AMICAR) en dosis e intervalos ya mencionados.

Los pacientes con inhibidor circulante eran vigilados en forma estrecha, con determinaciones diarias de F.VIII:C e Inhibidor. En caso de existir elevación brusca del nivel de inhibidor o presencia de sangrado, el tratamiento era modificado. (14,19)

La solución anestésica empleada para el bloqueo de los pacientes fué siempre Lidocafna (Xylocafna al 2%) infiltrada enforma rutinaria y evitando la ruptura de vasos sanguíneos y laceración de tejidos blandos para evadir la formación de hematomas de peligro para el paciente.

La técnica seguida para la extracción se realizó de acuerdo a lo mencionado en el capítulo III, de manera que no se produjeran traumatismos o laceraciones que comprometieran la producción de sangrados acentuados u otras complicaciones en los enfermos.

En cuanto a hemostasia, se utilizaron los siguientes medios locales:

- a) Presión digital con gasa húmeda.
- b) Cemento Quirúrgico (Wondrpak) en forma de apósito.
- c) Gelfoam y colutorios de Amicar (ámpula de 5 gr. disueltos en 1000 cc de agua) en caso de sangrado persistente.

Para complicaciones de tipo infeccioso, se administraron antimicrobianos.

Fase III:

Revisión de los expedientes de 7 pacientes con diagnóstico previo de Hemofilia Clásica, en los cuales se efectuó extracción o cirugía dental fuera de la unidad (Hematología) y sin la preparación debida y manejo necesario para este padecimiento.

En ellos se analizó el tipo de anestésico empleado y las complicaciones causadas por la forma inadecuada de manejo (bloqueo), el tipo de intervención realizada, volumen de sangre perdido y el tratamiento requerido para su control; así como la cantidad de unidades de crioprecipitados necesarias para cesar el sangrado y el número de días de hospitalización indispensables para su tratamiento.

Cabe mencionar que estos pacientes acudieron al Servicio de Emergencias del Hospital, principalmente por la noche debido a la formación de hematomas mandibulares y sangrado abundante, provocado por la nula preparación de éstos, previa atención dental.

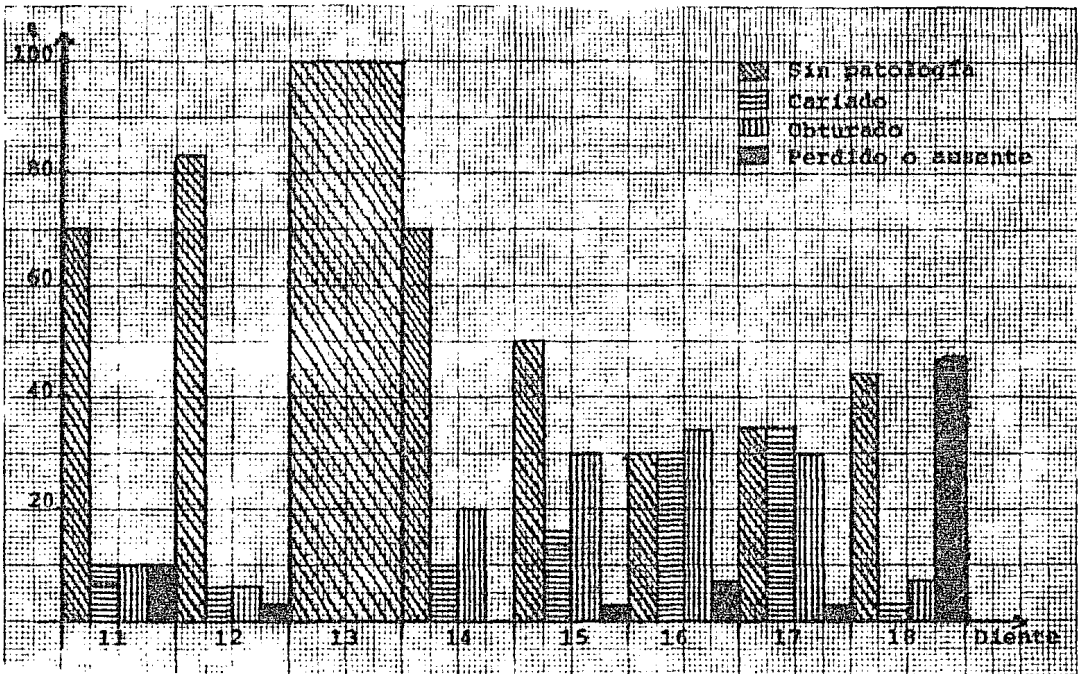
CAPITULO V

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en la fase I del estudio se presentan en las gráficas 1,2,3 y 4; y nos muestran lo siguiente:

De los 30 pacientes hemofílicos estudiados:

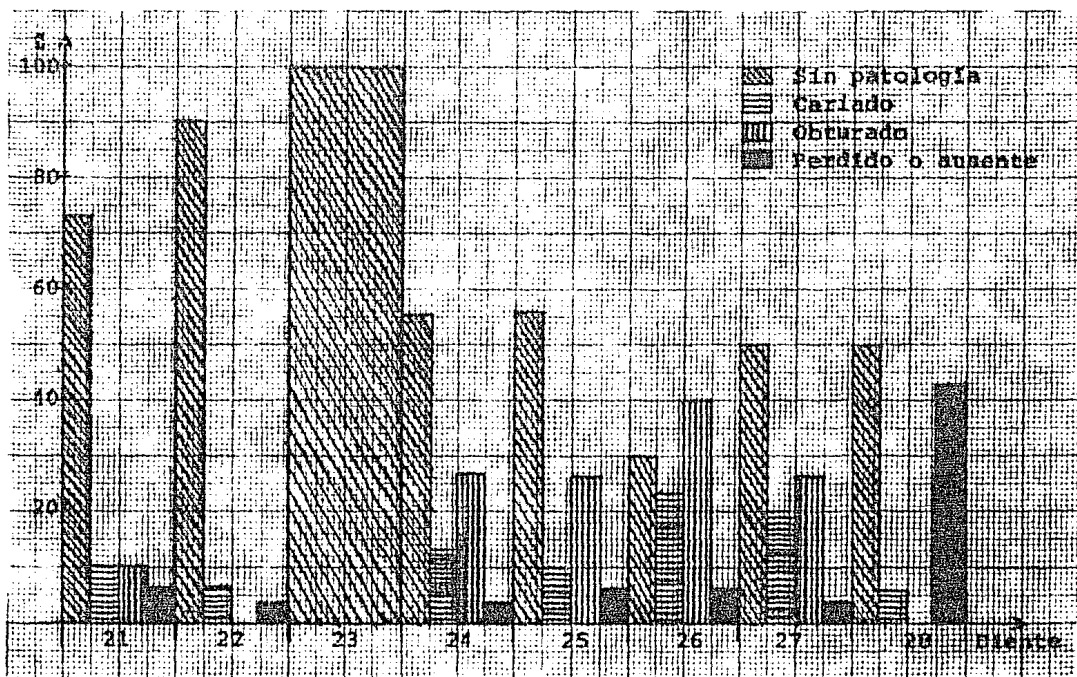
- el 60% presentó un estado bucodental grave.
- la mayor incidencia de caries se encontró en los primeros y segundos molares de ambos cuadrantes y arcadas; así como un alto porcentaje de ausencias en los dientes 36 y 46



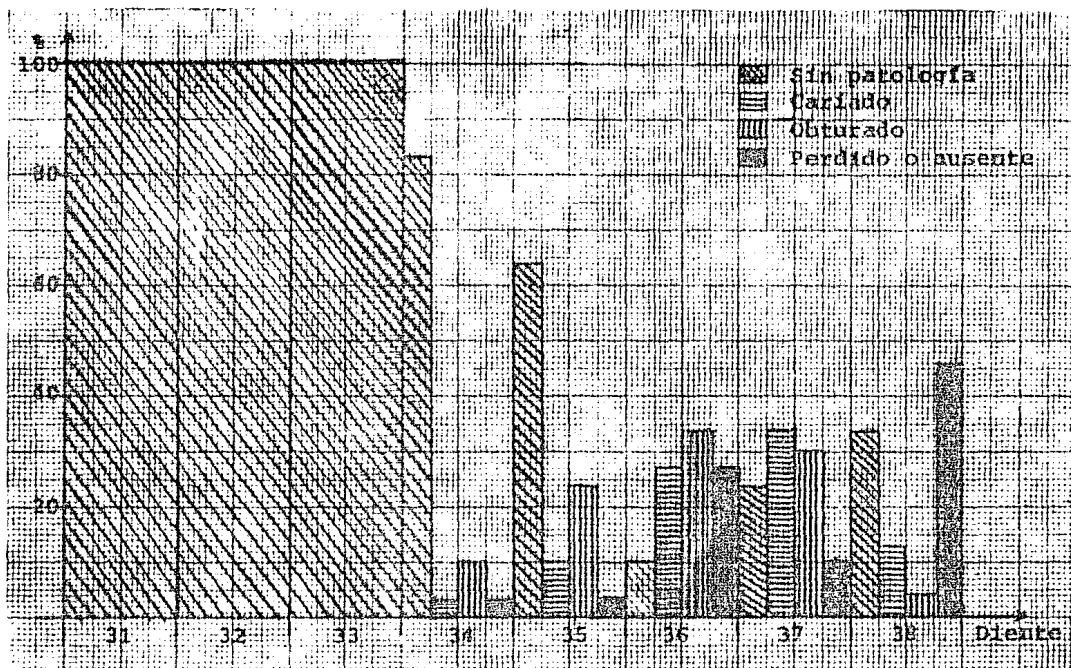
Gráfica 1. Valoración dental en 30 pacientes hemofílicos.

- c) El menor porcentaje de patologías se presentó en los caninos superiores y dientes anteriores inferiores.
- d) En el 40% existió ausencia de terceros molares en ambas arcadas (odontectomías realizadas).
- e) El total de obturaciones presentes en estos pacientes, fue del 15.31%, clasificado de la siguiente manera:

1. Amalgamas	10.62%
2. Resinas	3.85%
3. Incrustaciones	.40%
4. T. protésicos	.40%



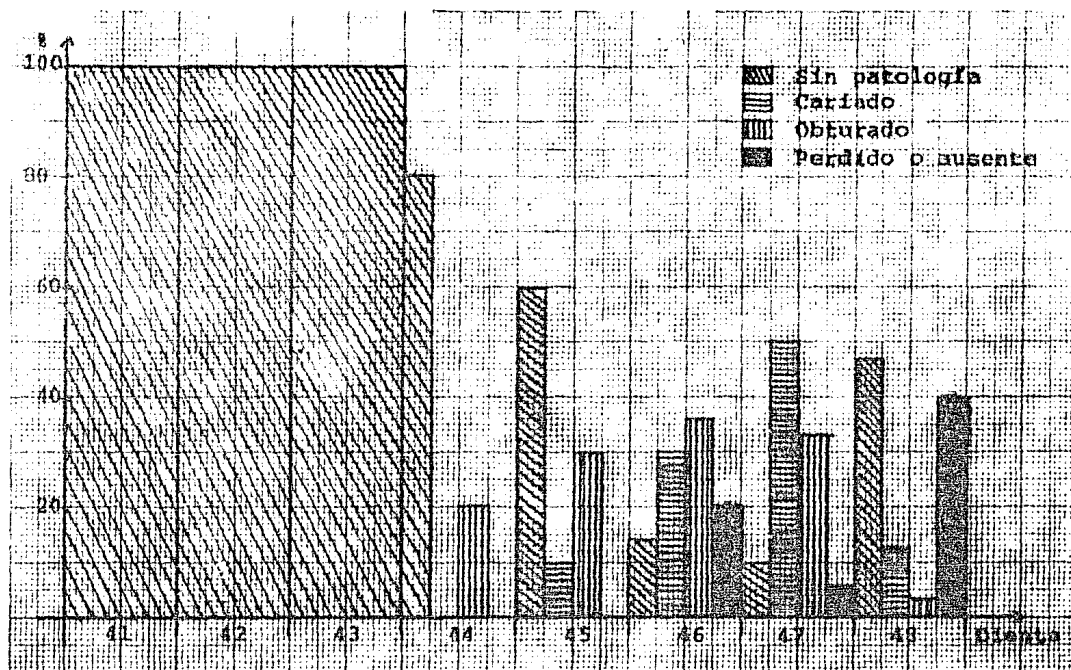
Gráfica 2. Valoración dental, cuadrante superior izquierdo.



Gráfica 3. Valoración dental, cuadrante inferior izquierdo.

La edad de los hemofílicos estudiados fue de 17 a 42 años, prevaleciendo los de 17 a 21 años principalmente.

El grado de caries dental encontrado, de acuerdo a los criterios establecidos por Black, fué principalmente "caries de segundo grado"; y en cuanto a su localización el mayor porcentaje fue de "I CLASE" como se observa en la gráfica 5.



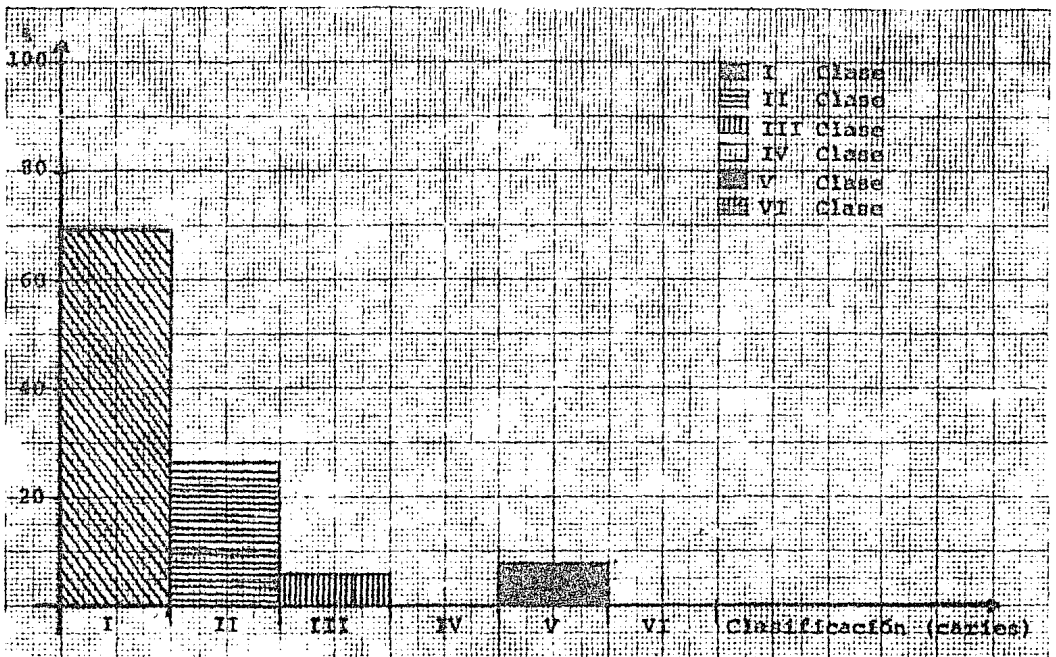
Gráfica 4. Valoración dental, cuadrante inferior derecho.

En cuanto a la valoración parodontal según criterios establecidos, encontramos lo siguiente (gráfica 6): (22)

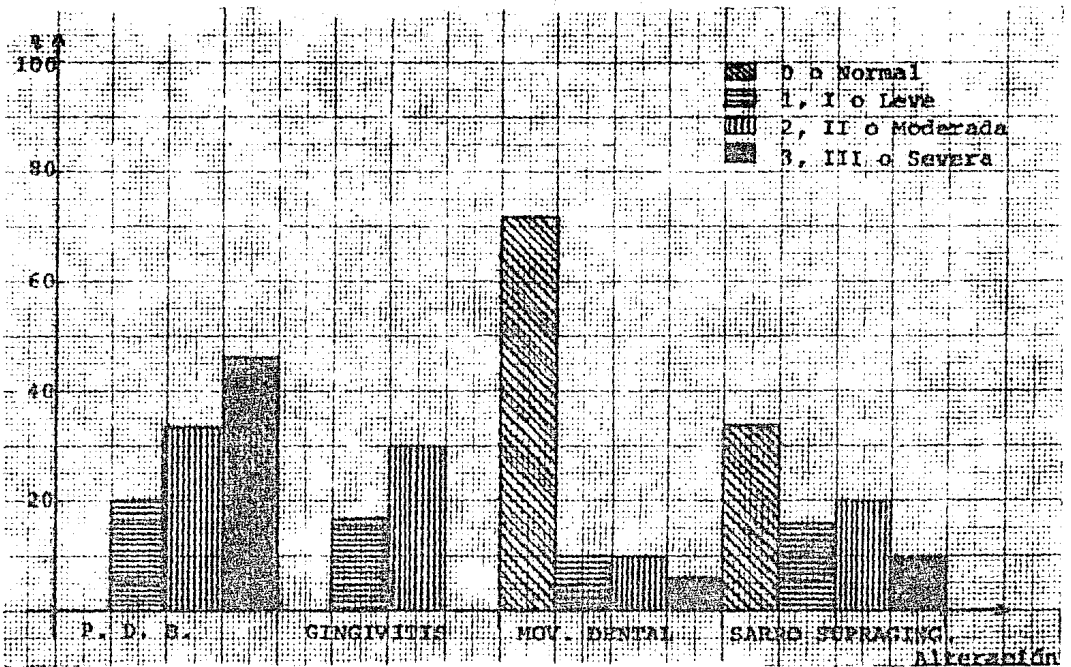
De los 30 pacientes estudiados:

- a) El 46.66% presentó un índice de P.D.B. de grado 3 (Silness y Loe: P.D.B. en + de 2 caras de la corona).
- b) En el 30% existió Gingivitis Moderada o grado 2 (Loe y Silness: inflamación moderada, color rojo brillante, - edema y sangrado provocado).

- c) El 10% presentó movilidad dental grado II (Miller: permite a la corona moverse 1 mm. en cualquier dirección).
- d) El 30% mostró sarro supragingival, principalmente en dientes anteriores inferiores (higiene dental pobre, falta de profilaxis por el Cirujano Dentista).
- e) El 46.6% de éstos, utiliza la técnica de cepillado de Steelman; y el 53.3% la técnica de Refregado.
- f) El 50% presentó Lengua saburral, como única alteración en tejidos blandos.



Gráfica 5. Caries dental en pacientes con Hemofilia Clásica.



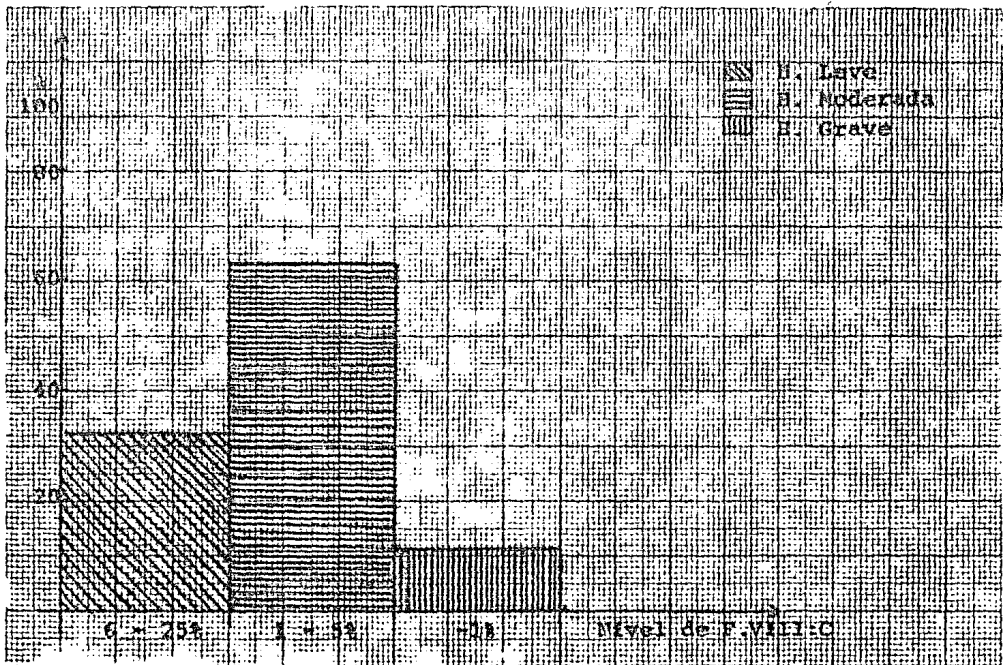
Gráfica 6. Valoración parodontal.

La gravedad de Hemofilia prevaeciente en los pacientes estudiados se muestra en la gráfica 7: y en la cual podemos observar que la Hemofilia moderada (2-5%) fué la que presentó mayor porcentaje.

De la Fase II del estudio, se obtuvieron los siguientes resultados (Cuadro 5):

Se puede observar que en los pacientes con Hemofilia Leve

(+5% de F.VIII:C), no se presentó ninguna complicación; ni durante el bloqueo anestésico, ni durante el postquirúrgico; y la estancia hospitalaria promedio fue de 6 días. De esto podríamos concluir, que en estos pacientes el tratamiento aquí instituido fue el adecuado, ya que no existió ningún problema con los mismos. En cambio, en los pacientes con Hemofilia Moderada (2 al 5% de - F.VIII:C) en los que se utilizó el mismo régimen preoperatorio, 8 de los 16 casos (50%) presentó hemorragia postquirúrgica; por



Gráfica 7. Gravedad de Hemofilia en 30 pacientes estudiados.

lo que hubo necesidad de implementar medidas terapéuticas que como ya se mencionó anteriormente, consiste en continuar con la administración de crioprecipitados hasta que la hemorragia cediera.

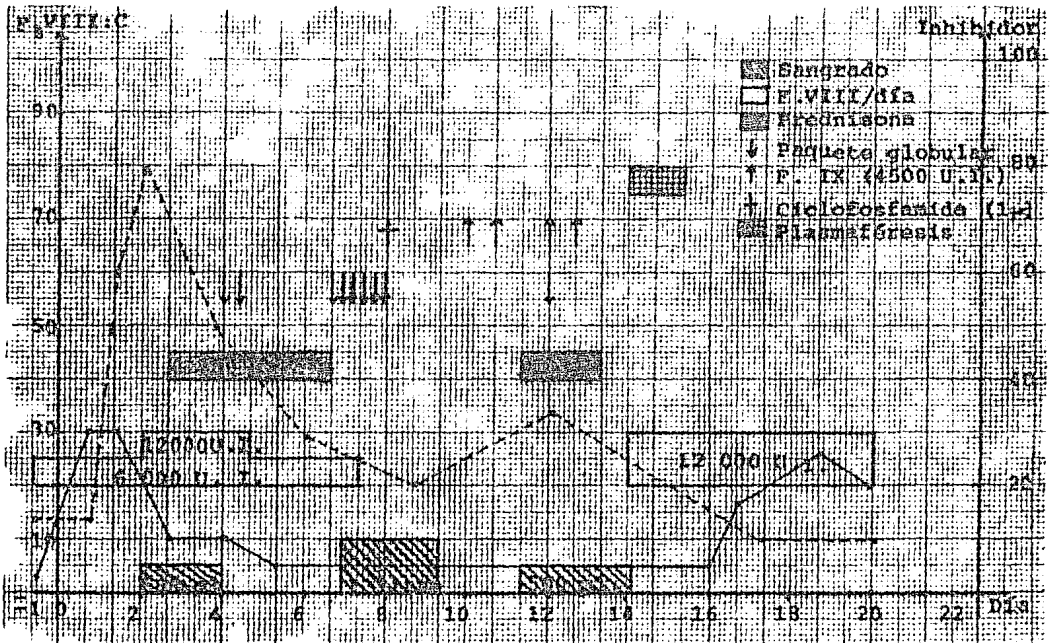
Por tal motivo, al analizar tanto el número de crioprecipitados como el de días de estancia hospitalaria requerida en estos pacientes, se encontró que éstos fueron mayores ya que el tratamiento debió prolongarse por más tiempo.

En este grupo, existió uno con Inhibidor circulante (gráfica 8), el cual presentó serias y graves complicaciones de sangrado ya que a pesar de que se incrementó la administración de crioprecipitados, la hemorragia continuaba; incluso, con manifestaciones de hipovolemia por lo que hubo necesidad de administrar sangre o paquete globular.

En vista de lo antes mencionado, el tratamiento sobrepasó los recursos previstos y por lo mismo se tuvo que iniciar un tratamiento más agresivo (como el descrito anteriormente para pacientes con inhibidor) (14), en los cuales se usan, como en este caso: administración de esteroides o inmunosupresores (ciclofosfamida) con el fin de disminuir el nivel de inhibidor circulante.

Así mismo, como en el presente caso no había respuesta con dichas medidas, se procedió a la aplicación de dosis altas de complejo protrombínico el cual lleva dosis suficientes de Factor Xa, y por lo mismo no hace necesaria la participación del F.VIII:C en la coagulación (13). Como a pesar de estos recursos y como continuaba el sangrado, hubo necesidad de efectuar 2 recambios de plasma sanguíneo del paciente (Plasmaféresis) con los cuales en conjunción con la administración de más complejo protrombínico, se logró controlar finalmente el sangrado. Sin embargo, como se

observa en la gráfica, el manejo de este paciente fue intensivo y existió la necesidad de utilizar recursos terapéuticos y tecnológicos avanzados, de los cuales desafortunadamente no se cuenta con ellos en todos los centros hospitalarios.



Gráfica 8. Caso clínico de paciente con Hemofilia Moderada e Inhibidor circulante, con serias complicaciones de sangrado.

En los 3 casos de Hemofilia Grave (-1% de F.VIII:C), en los cuales la preparación fue más cuidadosa sólo se presentó sangrado anormal en un paciente. Si comparamos la cantidad de unidades

de crioprecipitados utilizada en este enfermo, con la de los que presentaron Hemofilia Moderada así como la estancia hospitalaria requerida, observamos que si bien en este grupo fue mayor; eso fue debido a que la mitad de los mismos, tuvieron necesidad de un tratamiento más enérgico y complicado. Pero si analizamos en forma independiente a los pacientes con Hemofilia Moderada y sin complicaciones, el uso de crioprecipitados fue mucho menor.

Al tratar de analizar cuál fue el factor que provocó que los pacientes con Hemofilia Moderada tuvieran mayor sangrado, se encontró que esto ocurrió en aquellos a los que les fueron efectuadas odontectomías de 2os. y 3os. molares principalmente, existiendo la necesidad de efectuar maniobras técnicas más complejas; provocando la subsecuente laceración y traumatismo de tejidos. En cambio en los pacientes en los que las extracciones realizadas fueron más sencillas desde el punto de vista técnico, no existió problema de sangrado significativo.

En ninguno de los pacientes de estos grupos estudiados, se observaron complicaciones por el uso de bloqueo anestésico ni tampoco de índole infeccioso.

Los resultados de los pacientes que fueron sometidos a odontectomías sin la preparación adecuada (Fase III del estudio), se aprecian en el cuadro 6; donde podemos observar que todos presentaron graves complicaciones; originadas por la falta de preparación requerida, además de presentar hematomas locales causados por la aplicación inadecuada del anestésico local; impidiendo con ello que se llevara a cabo la odontectomía correspondiente.

Cuatro de los pacientes estudiados en esta fase, tuvieron ha

morragia grave después de la extracción; presentándose en dos de ellos manifestaciones de hipovolemia, por lo que hubo necesidad de transfundir paquete globular para reposición del volúmen sanguíneo perdido.

Los requerimientos de crioprecipitados fueron más numerosos y los días de estancia hospitalaria más prolongados en estos, debido a la ausencia de preparación requerida.

Cabe hacer mención que estos pacientes sometidos a odontectomías en consulta dental privada, conocían su diagnóstico así como la necesidad de preparación en caso de cualquier procedimiento quirúrgico y con riesgo de sangrado; pero por causas de negligencia no hicieron mención de ello. Y por otro lado, tampoco fueron interrogados sobre antecedentes personales y familiares de diátesis hemorrágicas; y desde luego no se efectuaron los estudios de laboratorio requeridos, en busca de alteraciones en la coagulación; a pesar de que 5 de los 7 presentaban secuelas evidentes de la enfermedad (artropatías hemofílicas).

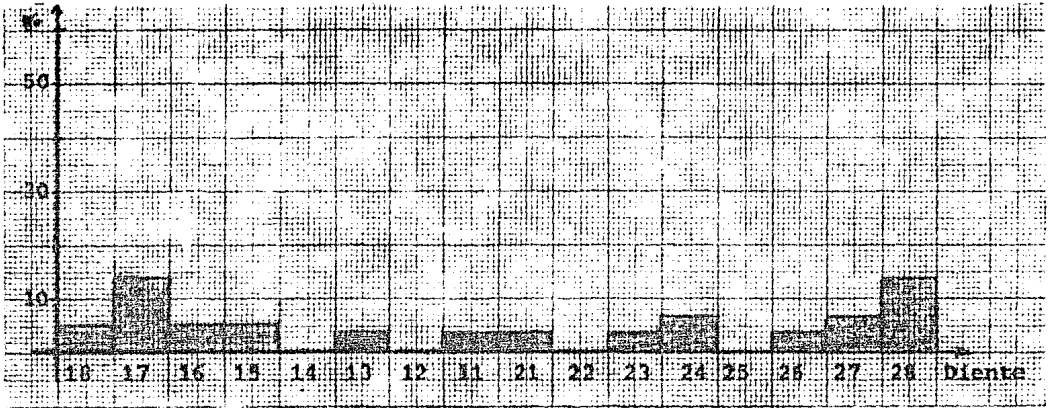
En las gráficas 9 y 10, podemos observar el porcentaje de piezas dentales extraídas en el servicio de Hematología del Hospital General del Centro Médico Nacional, I. M. S. S.; en estos pacientes hemofílicos previa preparación prequirúrgica.

HEMOFILIA (tipo)	PACIENTES (No.)	COMPLICACION			TRAT. EMPLEADO		HOSPITAL (dias)
		Anestesia	Cirugia	sangrado	Preoperato	Postoperat.	
Leve	7	NO	NO	NO	10-18 U. (promedio 13)	Nada	6
Moderada	16*	NO	5	3	10-16 U. (promedio 12)	'72-400 U. (promedio 150)	sin complic. 6 con complic. 11
Grave	3**	NO	NO	NO	36-40 U. (promedio 38)	56-18- U. (promedio 78)	9

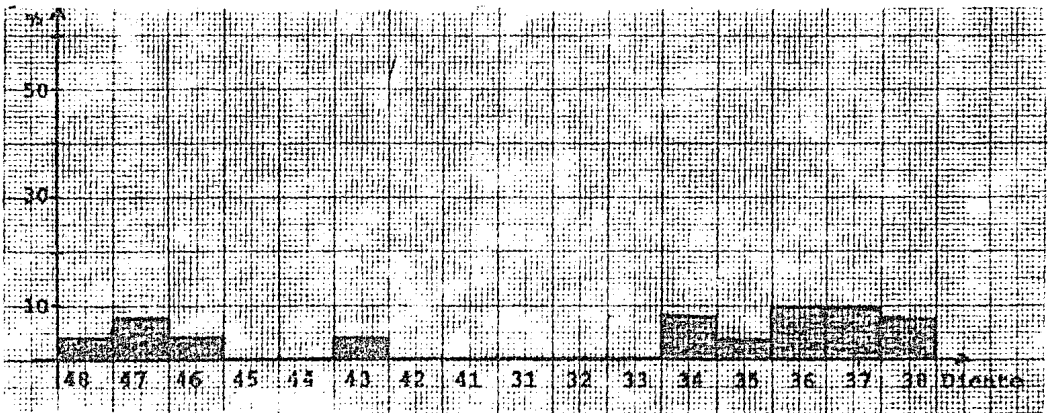
* En este grupo hubo 2 pacientes con inhibidor.
**En este grupo hubo 1 paciente con inhibidor.
' Unidades que se usaron en los 8 pacientes con sangrado anormal.

Cuadro 5. Resultados de pacientes sometidos a cirugía dental con preparación preoperatoria.

HEMOFILIA (tipo)	PACIENTES (No.)	COMPLICACION		TRATAMIENTO EMPLEADO (Crioprecipitados unidades)	HOSPITAL (días)
		Anestesia Hematoma	Cirugía Sangrado Leve Grave		
Leve	2	1	1	150-420 U. (promedio 288 U.)	17
Moderada	5	2	3*	294-600 U. (promedio 435 U.)	19
<p>* En 2 de los casos de Hemofilia Moderada el sangrado que se presentó fué tan grave que existió hipovolemia en el paciente, por lo que hubo necesidad de utilizar terapia con sangre.</p>					
<p>Cuadro 6. Complicaciones observadas en pacientes con Hemofilia sometidos a Cirugía dental, sin la preparación preoperatoria requerida.</p>					



Gráfica 9. Dientes extraídos en pacientes con Hemofilia Clásica previa preparación prequirúrgica. Arcada superior.



Gráfica 10. Dientes extraídos en pacientes con Hemofilia Clásica previa preparación prequirúrgica. Arcada inferior.

CAPITULO VI

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

En la actualidad, con los recursos terapéuticos con que se cuenta, la atención dental en pacientes con Hemofilia Clásica ya no es un problema. Los tratamientos restaurativos y quirúrgicos por muy complicados que resulten ser, son posibles de planear y efectuar sin problema de que existan riesgos de sangrado.

Esto queda ejemplificado en el presente estudio, en donde se puede observar que cualquier tratamiento odontológico ya sea de tipo restaurativo o quirúrgico, puede ser llevado a cabo en pacientes hemofílicos con leves o graves deficiencias en la coagulación; siempre y cuando se efectúen las medidas preventivas necesarias y se realice una adecuada preparación preoperatoria del mismo.

En la primera parte del estudio nos podemos dar cuenta que el 60% de los pacientes a quienes les fue realizada una valoración oral, presentaron un alto índice de patologías dentales, - debido a que existe un profundo desconocimiento sobre este padecimiento; así como de una deficiente e inadecuada higiene oral y la prácticamente nula atención dental.

Los pacientes reportaron que existe una incomprensión por parte del Cirujano Dentista hacia ellos, debido a que por miedo o desconocimiento de este padecimiento, se niegan a brindar una atención dental a éstos; reflejando en ellos, la transmisión de dudas en cuanto a un adecuado programa de higiene y profilaxis dental; así como del tratamiento temprano de algunas de las complicaciones mínimas mencionadas, que al ir progresando (por la falta de atención) se convierten en graves y algunas veces irreversibles (exodoncias).

Es también evidente que estos pacientes no realizan un adecuado cepillado dental debido al temor a que aparezca sangrado

durante o después del mismo, considerándose ésto como una idea errónea ya que como se ha observado en otros estudios (16,19), es posible efectuar una adecuada higiene dental sin que aparezca - sangrado; pero para ello, es indispensable que el hemofílico sea enseñado a llevar a cabo las medidas preventivas y de higiene para mantener un estado oral favorable, así como del conocimiento por parte del Cirujano Dentista sobre las formas de terapia requeridas y existentes para éste; evitando de esta manera que sean realizados tratamientos más complejos.

Por tal motivo, se hace necesario el volver a insistir en - que la profilaxis dental es el mejor tratamiento; ya que evitará la aparición de problemas graves que ameriten un tratamiento más sofisticado y costoso para estos pacientes.

En nuestro medio, los informes sobre el tratamiento quirúrgico en pacientes con Hemofilia son escasos y de hecho no se conocía información alguna sobre las condiciones bucodentales en estos pacientes, de aquí que haya nacido la inquietud sobre el estudio de esta enfermedad. Únicamente existen informes de estudios de este tipo en niños, en los cuales la patología y el enfoque de tratamiento son diferentes. (3)

En la segunda fase del presente estudio se mostró que cualquier tipo de odontectomía es posible efectuarse en estos pacientes, siempre y cuando se tenga en cuenta lo siguiente:

- a) Diagnóstico perfectamente establecido.
- b) Recursos terapéuticos para la prevención o tratamiento de las complicaciones de este padecimiento.
- c) Personal médico entrenado para el tratamiento dental integral de estos pacientes.

- d) Acceso a recursos tecnológicos, sobre todo de banco de sangre que nos permita tratar cualquier eventualidad que pueda presentarse en los pacientes con Hemofilia.

Así mismo, se pudo observar que en los pacientes con Hemofilia Leve, el tratamiento con una dosis única de crioprecipitados es útil y que no es necesario usar más recursos que puedan ser requeridos en otros pacientes.

En cambio en los pacientes con Hemofilia Moderada, el mismo tipo de preparación fué útil; pero sólo cuando la cirugía dental planeada no incluya terceros molares, que por el aspecto técnico más complicado hace que exista más traumatismo en los tejidos, provocando un sangrado local en exceso. Por tal motivo, es posible que en estos pacientes en los cuales se vaya a realizar la exodoncia de estos dientes, la preparación deberá ser más cuidadosa al igual que en pacientes con Hemofilia Grave (como se observó en este estudio).

Por último, debe hacerse énfasis en el caso de pacientes con inhibidor circulante, ya que si bien éstos requieren de mayor cuidado debido a que existe en ellos más posibilidad de riesgo a sangrar por la presencia de este anticuerpo (inhibidor) circulante en su sangre; haciendo necesario la utilización de numerosos recursos humanos y tecnológicos que no son disponibles en todos los centros hospitalarios.

En los cuatro casos estudiados con este padecimiento, sólo existió uno con sangrado grave (gráfica 8) en el cual como pudimos observar, hubo necesidad de aplicar recursos ya mencionados; ya que si por ejemplo en este caso no se hubiera contado con éstos, es posible que dicho paciente hubiera muerto. (La plasma

feresis es un procedimiento que sólo es posible efectuar en tres o cuatro de los sitios hospitalarios más importantes en todo el país).

Esto se hace aún más evidente cuando analizamos los casos de la tercera fase del estudio, ya que cuando se desconocen las posibles complicaciones y limitaciones de un padecimiento, se pueden efectuar procedimientos que pueden ser peligrosos para el paciente.

En los casos en los que no se efectuó una preparación adecuada, el sangrado como complicación fué lo usual. Incluso, en tres casos desde la infiltración del anestésico, ya se presentó el problema lo que impidió que se llevara a cabo el procedimiento planeado. En los cuatro casos restantes, el sangrado fue tan profuso que hizo necesaria la utilización de recursos terapéuticos en mayor cantidad a la utilizada en los procedimientos que se planearon en forma adecuada; además de que se generaron más problemas tanto desde el punto de vista paciente, como de mayor gasto en recursos hospitalarios.

El uso de anestesia local por infiltración, se ha considerado como peligrosa en pacientes con diátesis hemorrágicas; sin embargo, como se muestra en el presente estudio, si existe un nivel hemostático adecuado de F.VIII:C (50%) no habrá problema de sangrado. En algunos casos en los que no se cuente con los recursos terapéuticos y el uso de anestesia sea necesario, la administración de electroanalgésia podría ser lo indicado.

Cabe hacer notar que los pacientes que fueron sometidos a cirugía sin la preparación adecuada, todos conocían su diagnóstico y no lo informaron al Cirujano Dentista el cual, tampoco efec

tuó el interrogatorio sobre si existían o no antecedentes de diátesis hemorrágicas y por lo mismo no se efectuaron estudios para establecer el diagnóstico.

A este respecto, cabe mencionar que la mayoría de los pacientes hemofílicos presentan transtornos psiquiátricos derivados del mismo padecimiento que los hace negarlo, y efectuar actividades peligrosas o exponerse a riesgos innecesarios como los aquí mencionados.

CONCLUSIONES.

En base a lo aquí expuesto, así como a la revisión de la literatura al respecto, se podrían mencionar las siguientes consideraciones:

1. La Hemofilia A, si bien es un padecimiento de incidencia baja en nuestro país; existe y por lo mismo debemos establecer en cada caso las necesidades de tratamiento requeridas.

2. Existe un profundo desconocimiento de esta enfermedad a nivel del odontólogo general, lo que ha creado confusiones y en muchos casos como aquí se muestra, que los pacientes no reciben cuidados dentales adecuados; lo que ha generado la proliferación de graves y numerosos problemas en este renglón de la salud.

3. No tema al sangrado, ya que un hemofílico no sangra más rápido que un paciente normal. Únicamente sangra por mayor tiempo debido al defecto en el mecanismo de la coagulación existente (deficiencia del F.VIII:C).

4. Concientizar a los médicos odontólogos sobre el manejo de programas de salud dental que eviten complicaciones futuras en estos pacientes.

5. Estar en coordinación con el Hematólogo del paciente para:

- a) evitar riesgos o complicaciones durante el tratamiento, que puedan poner en peligro la vida de éste.
- b) discutir, en caso necesario las indicaciones quirúrgicas en base a las necesidades de cada paciente y los recursos con que se cuenta.

6. Se comprobó que: a) en pacientes con Hemofilia Leve, -

la aplicación de una sola dosis de crioprecipitados es suficiente para obtener un nivel hemostático adecuado de F.VIII:C (50%) así como la administración subsecuente de AMICAR para garantizar un postquirúrgico sin complicación de sangrado.

b) en los pacientes con Hemofilia Moderada sujetos a cirugía dental técnicamente sencilla, la preparación de una sola dosis de crioprecipitados es suficiente para el control de la hemorragia presente. Pero si la cirugía ofrece mayor dificultad en la técnica (3os. molares), entonces sería preferible iniciar un tratamiento más sofisticado (como se observó en el presente estudio), lo que disminuirá la incidencia de sangrado posterior al tratamiento quirúrgico.

c) en pacientes con Hemofilia Grave, el tratamiento será más complejo y como se muestra en el estudio, evitará las complicaciones de sangrado.

7. Una exodoncia, por más sencilla que parezca, nunca deberá efectuarse en el consultorio dental privado, ya que los riesgos de sangrado son importantes; poniendo en peligro al paciente. Así mismo, el bloqueo anestésico debe hacerse con sumo cuidado y de preferencia sólo después de que se haya administrado la terapia de reemplazo, ya que la formación de un hematoma o la presencia de sangrado al momento de la infiltración, requerirá de un tratamiento adicional.

8. Es necesario que el odontólogo tenga conocimientos básicos de las diátesis hemorrágicas que pueden existir, efectuando un interrogatorio o anamnesis cuidadosa sobre antecedentes personales o familiares de sangrado; así como de la ingesta de medicamentos, y ante cualquier duda efectuar los estudios básicos de -

coagulación. En el caso de una Hemofilia Clásica, los estudios que podrán estar alterados son: el tiempo parcial de tromboplastina (TPT) que se encontrará alargado.

En caso de alteraciones en la coagulación, el paciente deberá ser enviado a un centro hospitalario donde se cuente con los recursos necesarios para establecer un diagnóstico completo y una terapia eficaz.

9. En pacientes con sospecha de desórdenes de sangrado, - NUNCA prescriba analgésicos o agentes antiinflamatorios que contengan ácido acetilsalicílico o compuestos del mismo (Aspirina, - Conmel, Bayaspirina, Mejoral, Disprina, etc.) ya que afectan la función plaquetaria y por lo tanto, el defecto de la coagulación. Los analgésicos recomendables son: Dextropropoxifeno (Darvón), Acetaminofén (Tempra, Sydenol, etc.), o ácido mefenámico (Ponstan).

10. Debe hacerse conciencia, tanto a nivel de paciente y sus familiares como a nivel de los odontólogos, que la práctica de un aseo dental, así como las medidas preventivas y profilácticas de cuidado bucodental, pueden efectuarse sin que exista mayor riesgo para el paciente.

BIBLIOGRAFIA.

1. Williams, W. J., Beutler, E. J., Erslev, A., Wayne, R. R. Hematology, Second Edition, Mc. Graw Hill Book Company, NY (1977), pp. 1404-16
2. Colman, R. W., Hrish, J., Marder, U. S., Salzman, E. W., Hemostasis and Trombosis., J. B. Lippincott Co., Philadelphia (1982), pp. 82-87
3. Anaya, S., y cols., Análisis retrospectivo en 15 pacientes hemofílicos y su manejo estomatológico., A. D. M. (1980), 37:268-73
4. Hilgartner, M. W., Sergis, E., Current Therapy for -- Hemophiliacs., Mount Sinai, J. Med., (1977), 44:316-31
5. Shafer, E. G., Mynard, K. A., Barnet, M. L., Tratado de Patología Bucal., 3a. Edición, Interamericana, Mex (1979) pp. 697-99
6. Langley, L., Terford, I. R., Christensen, J. B., Anatomía y Fisiología., 4a. Edición, Interamericana, Mex. (1977) pp. 40/332
7. Needleman, H. L., et. al., The use of Epsilon-aminocaproic acid for the management of Hemophilia in dental and oral surgery patients., J. Am. Dent. Assoc., U.S.A. (1976), 93:586-90
8. Wintrobe, M. W., Clinical Hematology, 7a. Edición, Lea & Febiger, Philadelphia (1974), pp. 1161-72
9. Ambriz, R., y cols., Utilidad de un perfil básico para el diagnóstico de Hemofilia., Gac. Med. Mex. (1983), - 119:477-82

10. Mamen, E. F., Factor VIII abnormalities., Semin. Thrombos. Hemostas. (1983), 9:22
11. Buchacanan, G. R., Hemophilia Pediatr, Clin. North Am., (1980), 27: 309
12. Zegarelli, E. V., Kutscher, A. H., Hyman, G. A., Diagnostico en Patología Oral., Salvat Editores, Mex (1972), pp. 540-46
13. Chandra, S., Brummechuis, H. G. J., Protrombin complex concentrates for clinical use., Vox Sang., (1981), - 41:257-73
14. Casper, K., Treatment of Hemophilic patients with inhibitor Progr. Hematol., (1981), 12:416-35
15. Hoyer, L. W., The Factor VIII Complex: structure and - function., Blood (1981), 58: 1
16. Evans, B. E., Dental treatment for Hemophiliacs: Evaluation of dental program (1975-76) at the Mount Sinai Hospital International Hemophilia Training Center., Mount Sinai, J. Med. (1977), 44: 409-37
17. Hyderally, H., Stark, D. C., Hemophilia. Anesthetic - implications., Mount Sinai, J. Med., (1977), 44:397-99
18. Larsson, C. E., et. al., Anesthetic considerations for the oral surgery patient with Hemophilia., J. Oral Surg., (1980), 38:18-9
19. Martínez, V. E., y cols., Cuidados odontológicos en Hemo filia, Sangre., (1979), 24:977-80
20. Gaffner, I., Porteus, J. R., Hemorrhage and pain control in conservative dentistry for haemophiliacs., Br. Dent. S. (1981), 151:256-58

21. Sonis, A. L., et. al., Oral bleeding in classic Hemophilia, Oral, Surg., (1982), 53:363-6
22. Glickman, I., Parodoncia Clínica, Ed. Interamericana, - 4a. Edición, Mex. (1975)
23. Pizzuto, J., y cols., Uso de crioprecipitados en cirugía mayor del hemofílico., Gac. Med. Mex. (1976), 112:133-48
24. Hobson, P., Dental care of children with Haemophilia and related conditions., Br. Dent. J., (1981), 151:449-53
25. Savage, M., Clinical use of dental electroanalgesia., - Br. Dent. J. (1982), 152:242-44