

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

ASESOR DE TESIS:

C.D. EDUARDO BERMUDEZ REQUENA

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA PRESENTA:

NIEVES MORALES TERAN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO I. Introducción

- 1.1 Nomenclatura
- 1.2 Terminología

CAPITULO II. Hemostasia. Fisiología básica de la coagulación. Factores celulares, plasmáticos y vasculares de la coagulación

CAPITULO III. Causas más frecuentes de hemorragia en la práctica odontológica

- 3.1 Manifestaciones generales
- 3.2 Hemorragia postextracción
- 3.3 Hemorragia postquirúrgica
- 3.4 Hemorragia por insuficiencia de los factores de coagulación
- 3.5 Hemorragia por anemias
- 3.6 Hemorragia por deficiencias vitamínicas
- 3.7 Hemorragia por leucemias
- 3.8 Hemorragia por trastornos plaquetarios
- 3.9 Púrpura trombocitopénica idiopática
- 3.10 Púrpura alérgica

CAPITULO IV. Prevención de fenómenos hemorrágicos en la práctica odontológica

- 4.1 Conceptos generales
- 4.2 Valores normales de las principales pruebas de coagulación

CAPITULO V. Tratamiento y recomendaciones

- 5.1 Tratamiento odontológico general
- 5.2 Conducta a seguir en los trastornos hemostáticos
 - a. Canalización oportuna para tratamiento médico
 - b. Medidas médicas específicas

CAPITULO VI. Conclusiones

Bibliografía

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO I - INTRODUCCION

La evaluación física y psicológica de un paciente, debe convertirse - para el Cirujano Dentista en una norma, pues el riesgo para éste, disminuye notablemente cuando se hace una historia clínica completa con un plan determinado del tratamiento a seguir.

Los trastornos hemorrágicos se presentan en la práctica odontológica con frecuencia y el Cirujano Dentista debe tener conocimientos y criterio - para las terapéuticas distintas en pacientes con alteraciones en los mecanismos de coagulación, ya sean de origen sistémico, traumático ó hereditario.

Para el Odontólogo, en su práctica diario no deben existir los dientes solo como unidades aisladas del organismo, sino como una unidad global y observar en la boca, manifestaciones de diversa etiología que muchas veces ponen en peligro la salud del paciente y que, por falta de conocimientos pasan inadvertidos a la inspección bucal.

Mi objetivo es señalar los principales trastornos hemorrágicos que se pueden presentar en el consultorio dental. Las medidas preventivas en los diferentes procedimientos dentales específicos, a los cuales va a ser sometido un paciente; en ese momento, las pruebas de laboratorio y gabinete necesarias, los criterios para dar un diagnóstico definitivo y preciso, evitando así complicaciones.

Es importante mencionar que a partir de la observación y la experiencia, el Odontólogo de práctica privada dá poca importancia a la prevención y desconoce en muchos casos, las manifestaciones bucales que en determinado momento pueden comprometer la salud del paciente.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO I - INTRODUCCION

Es por lo tanto necesario que el dentista integre como parte de su diagnóstico, aspectos fundamentales relacionados al conocimiento de procesos fisiológicos y/o patológicos que afectan directamente o indirectamente los mecanismos hemostáticos y que van a manifestarse por trastornos de la coagulación, representados por alargamientos en el tiempo de sangrado o hemorragia localizada y difusas, ya sean leves ó graves, según la causa que las produzca. En suma, una buena historia clínica y una buena evaluación de las condiciones en que el individuo acude al consultorio dental, es un factor determinante para integrar la información básica en general que redundará en beneficio del paciente.

1. 1 NOMENCLATURA

La nomenclatura en la coagulación de la sangre ha planteado muchos problemas, tanto para los que trabajan en este campo, como para los que no, sin embargo, el Comité Internacional de Factores de Coagulación de la Sangre dá un sistema basado en números romanos:

NOMENCLATURA INTERNACIONAL DE LOS FACTORES PLASMATICOS DE LA COAGULACION

<u>FACTOR</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>SITIO DE FORMACION</u>	<u>FUNCION PRINCIPAL</u>
I	Fibrinógeno	Hígado	Dímero de alto peso molecular que por acción de la trombina se degrada y polimeriza para convertirse en fibrina.
II	Protombina	Hígado	Alfaglucopeína que por acción de la tromboplastina activa se convierte en trombina.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO I - INTRODUCCION

FACTOR	NOMBRE	SITIO DE FORMACION	FUNCION PRINCIPAL
III	Tromboplastina tisular	Múltiple	Es un fosfolípido que se extrae de los tejidos en general y sirve como medio de activación de los Factores - II, VIII y X
IV	Calcio	Origen externo	Mecanismo de acción -- desconocida, interviene, tanto el sistema - extrínseco, como intrínseco.
V	Proacelerina Factor lábil Globina - AC	Hígado	Actua como factor acelerador. No existe en el suero y desaparece rápidamente a temperatura ambiente.
VII	Proconvertina Factor estable Autoprotrombina I	Hígado	Se une a la tromboplastina tisular para <u>acti</u> var el Factor X.
VIII	Globulina Antihemofílica	SRE, hígado endotelio muscular, tejido linfoide	Es un factor necesario para convertir a protrombina y trombina
IX	PTC, Componente - tromboplastina del plasma, factor - - Christmas, Autoprotrombina II	Hígado	Actua en el Factor VIII el fosfolípido y el -- call, para formar el - Xa.
X	Autoprotrombina -- III - Stuart-Power	Hígado	Juega un papel importan <u>te</u> en la conversión de la protrombina en trom <u>bina</u> .
XI	Antecedente tromboplastínico del plasma (PTA)	No determinado	Forma con el Factor -- XII al factor de contacto (F.C.) Relaciona la coagulación con los procesos inflamato <u>ri</u> os e inmunes.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO I - INTRODUCCION

<u>FACTOR</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>SITIO DE FORMACION</u>	<u>FUNCION PRINCIPAL</u>
XII	Hageman	No determinado	Se activa a los sitios de lesión y desencadena el proceso intrínseco de la coagulación
XIII	Factor estabilizador de la fibrina	El 50%, las plaquetas y el 50% no se conoce	Estabiliza el coágulo de la fibrina.

* A la nomenclatura internacional se le agrega sitio de formación y función principal del libro Hemostasia HT. del Dr. Carlos Parrao R.

La nomenclatura se deriva en base a números romanos que se atribuyen a los factores correspondientes, según el orden en que fueron descubiertos, no existe el Factor VI porque se utilizó para denominar un factor que después no se comprobó y no tiene otra categoría.

1. 2 TERMINOLOGIA

EPISTAXIS	Salida de sangre, procedente de una arteria o vena de la mucosa nasal.
EQUIMOSIS	Coloración producida por la extravasación de la sangre y su infiltración en tejido celular subcutáneo por la ruptura de los vasos capilares.
HEMARTROSIS	Acumulación de sangre extravasada en una articulación ó cavidad sinovial.
HEMATEMESIS	Expulsión de sangre por boca o nariz, proveniente de vías digestivas.
HEMATOMA	Extravasación sanguínea en los tejidos, que se extiende plenamente y produce amoratamiento y -- acumulación apreciable de sangre.
HEMOPTISIS	Salida de sangre por boca y nariz, proveniente de vías respiratorias bajas.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO I - INTRODUCCION

1. 2 TERMINOLOGIA

MELENA	Expulsión de sangre alterada, por el ano, sola ó sin heces, consecutiva, generalmente a una enterorragia ó gastrorragia.
MENORRAGIA	Exceso de pérdida sanguínea en el momento de la menstruación regular.
METRRORRAGIA	Aparición de sangrado, procedente del útero en fechas que no corresponden a los períodos regulares ó después de haberse establecido la menopausia.
PETEQUIAS	Pequeña mancha en la piel ó mucosa formada por la efusión de sangre que no desaparece por la presión del dedo.
REGENERACION	Reemplazo de células que en condiciones normales se distribuyen y son sustituidas por células similares ó idénticas a las destruidas.
REPARACION	Incluye la regeneración y los procesos por los cuales el tejido lesionado es reemplazado por células dísimiles, ejemplo: heridas.
ORGANIZACION DE COAGULO	Composición de fibroblastos y brotes endoteliales, edema, infiltración, neutrofilia para la eliminación de desechos.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO II

EL PROCESO HEMOSTATICO. FISIOLOGIA BASICA DE LA COAGULACION

El conocimiento de los mecanismos hemostáticos de coagulación normal resulta esencial para comprender cual es la respuesta del organismo cuando le es producida una lesión que le provoca pérdida accidental de sangre. Asimismo, tal conocimiento es fundamental para entender la fisiopatología hemostática; es decir, que ocurre cuando si mediar agresión extrínseca (heridas, incisiones quirúrgicas, etc.) el proceso de coagulación alterado causa pérdida sanguínea no controlable mediante las medidas habituales de defensa orgánica.

En general, la hemostasia suele dividirse para su estudio en tres grandes fases:

- 1) Celular (Plaquetas o trombocitos)
- 2) Plasmática (Formada por factores numerados del 1 al 13)
- 3) Vascular

Algunos autores reconocen otras dos fases más : la de retracción del coágulo y la fibrinolítica, aunque para efectos de este trabajo, serán consideradas dentro de las anteriores.

Las tres fases de la coagulación deben ser conocidas y valoradas por los odontólogos verdaderamente interesados en brindar una atención adecuada e integral a sus pacientes.

1) FASE CELULAR

Las cifras normales de plaquetas ó trombocitos, oscilan entre 150,000 y 350,000 por mm^3 de sangre. Constituyen la primera y más importante "línea de defensa" contra las pérdidas de sangre.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO II

EL PROCESO HEMOSTATICO. FISIOLOGIA DE LA COAGULACION

Los trombocitos, cuando existe alguna lesión vascular, se acumulan instantáneamente y actúan en dos fases sucesivas:

Primero: cierran la fuga de sangre, taponeando temporalmente el sitio de salida; después propician la formación de un cierre definitivo al liberar un elemento básico para la coagulación: el ADP (adenosín difosfato), el cual a su vez determina que haya una mayor aglutinación plaquetaria.

La cantidad total de plaquetas se conserva en forma constante por la existencia de un sistema de retroalimentación que asegura la producción de trombocitos, después de que hay destrucción de ellos.

El origen de las plaquetas es el común de todas las células de la sangre, es decir, parten de una célula "madre" (megacariocito) gigante que mide de 60 a 120 y cuyo tiempo de maduración en el hombre es de 4 a 5 días, con una producción promedio de 30,000 por mm^3 . La célula madre sufre transformaciones sucesivas hasta llegar a ser trombocito. Las plaquetas o trombocitos son liberadas por la médula ósea, circulando un promedio de 8 a 10 días, después de los cuales, son destruidas en el hígado y bazo.

Los trastornos plaquetarios se clasifican en:

- a) Cuantitativos
- b) Cualitativos

Serán estudiados brevemente.

a) Alteraciones cuantitativas

Son las que se derivan de anomalías en el número de plaquetas.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO II

EL PROCESO HEMOSTÁTICO. FISIOLÓGIA BÁSICA DE LA COAGULACION

Se dice que la cantidad mínima de plaquetas que se requiere para una buena coagulación es de 50,000 por mm^3 . Cuando la cifra plaquetaria es menor que ésto, se habla de que existe una trombocitopenia. Cuando la cuenta total de trombocitos excede del número normal, se trata de una trombocitosis. La paradoja de esta alteración estriba en que se presenta la combinación de formación exagerada de trombos (junto) con episodios de hemorragia, ya que no sucede un aumento de plaquetas circulantes que pueden no ser ser funcionantes.

b) Alteraciones cualitativas

Son raras. Pueden ser de tipo hereditario ó adquirido, éstas últimas a veces se presentan en la uremia y como consecuencia de la toxicidad de la aspirina. En todas, el común denominador es que el número de trombocitos es normal, pero hay una tendencia hemorrágica leve y permanente por insuficiencia de la función.

Tanto las alteraciones cuantitativas como las cualitativas, presentan los siguientes rasgos clínicos comunes: petequias, hemorragias, tiempo de sangrado prolongado y retracción del coágulo alterada.

2. FASE PLASMÁTICA (Ver Cuadro 1.1 - Nomenclatura Internacional de los Factores Plasmáticos de la Coagulación)

Se acepta que las plaquetas formen inicialmente el trombo, pero durante la fase plasmática se le da importancia y resistencia a dicho trombo mediante la formación de un polímero proteínico (de fibrina) que se constituye al final de una serie de reacciones --

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO II

EL PROCESO HEMOSTÁTICO. FISIOLÓGIA BÁSICA DE LA COAGULACION

plasmáticas, bioquímicas y tisulares sucesivas, cuyo análisis no forma parte del objetivo de este trabajo. Baste decir que el fibrinógeno de la sangre se convierte en fibrina mediante la acción de la trombina y que ésta procede de una sustancia llamada protrombina. Para que esto se consiga, es menester que se produzca una "reacción en cadena", en la que tienen un importante papel de los Factores llamados VIII y IX.

Mediante otra vía, el paso de protrombina a trombina puede producirse como reacción ante el daño a los tejidos y la acción del Factor conocido como VII.

En ambas vías, entra en juego un sistema activador, en el que participan los Factores V, X y III, así como el calcio (Factor IV), para dar trombina.

Los sitios de formación, características y acción específica de cada uno de los factores de la Fase Plasmática, se muestran en el Cuadro 1. 1 (Nomenclatura Internacional de los Factores Plasmáticos de la Coagulación).

Los trastornos de los Factores Plasmáticos de la Coagulación pueden ser congénitos o adquiridos. Los de tipo congénito son esencialmente de un tipo: anomalía heredada en cantidad o función de una proteína. Los adquiridos son de tipo variado.

Para los fines de este trabajo interesan los problemas que dan hemorragia, no así los que condicionan hipercoagulación. Destacan las siguientes entidades congénitas: Afibrinogenemia y Disfibrinogenemia (ausencia y formación inadecuada de fibrinógeno circulan

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO II

EL PROCESO HEMOSTATICO. FISIOLOGIA BASICA DE LA COAGULACION

te, respectivamente), deficiencia en el Factor XII, hemofilias A y B, deficiencias de los Factores II, V, X, VII, XI y XII, etc.

Entre las entidades adquiridas están: Fibrinolisis primaria (destrucción de fibrina espontáneas), enfermedades del hígado (órgano éste donde se sintetizan o metabolizan varios Factores Plasmáticos), deficiencias de Vitamina K, uso de anticoagulantes, púrpuras superficiales, escorbutos, Síndrome de Cushing, púrpura alérgica, etc. En otro capítulo de este trabajo se abordarán algunas de las entidades citadas aquí.

Se dice que una extracción dental o una operación quirúrgica pueden ser "pruebas" de la función hemostática plasmática. Es decir, una hemorragia prolongada pone al médico o al odontólogo en alerta y sobre la pista de un probable trastorno de la coagulación.

3. FASE VASCULAR

Esta resulta de la puesta en juego de los recursos de la pared de los vasos para inhibir las hemorragias. Específicamente, consiste en favorecer la aglutinación de las plaquetas, producir vasoconstricción (la cual es provocada por la liberación de serotonina plaquetaria) y por último, en producir lisis (destrucción) del coágulo, al liberar un activador del plasminógeno.

Los trastornos vasculares de la coagulación se producen cuando -- hay defectos propios de la misma pared vascular. Como ejemplo es tá la pérdida de elasticidad, la cual propicia la llamada "púrpura superficial". En el escorbuto (en extrema deficiencia de vitamina C), se daña el tejido conectivo de la pared de los vasos, --

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO II

EL PROCESO HEMOSTATICO. FISIOLOGIA BASICA DE LA COAGULACION

dando hemorragias petequiales características.

Las lesiones vasculares pueden producirse también por procesos infecciosos, dando en estos casos, síndromes purpúricos de tipo vascular primario, que tienen mucho parecido con las púrpuras por --trombocitopenia.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

3. 1 Manifestaciones Generales de Hemorragia

Las manifestaciones bucales hemorrágicas pueden estar presentes en los tejidos blandos, duros y de sostén. Estas alteraciones consisten en trastornos de la coagulación debido a enfermedades, insuficiencia, traumatismos ó procedimientos quirúrgicos. Por lo tanto, una sintomatología oral ó general de hemorragias crónicas ó espontáneas, alrededor de los dientes ó en tejidos blandos, petequias y/o equimosis, hemorragias profusas y prolongadas después de alguna intervención quirúrgica por mínima que sea y sangrado por traumatismo y accidentes, son de interés para el odontólogo, pues se trata de afecciones que se presentan con no poca frecuencia en el consultorio dental.

La hemorragia es una preocupación, tanto para el paciente como para el odontólogo, porque puede presentar complicaciones durante su desarrollo y tratamiento. Es necesario entonces, establecer como norma que todos los procedimientos con trauma quirúrgico deben estar antecedidos por estudios hematológicos adecuados, además de una investigación minuciosa de algún antecedente de discrasia sanguínea ó una historia positiva de sangrado, otros procedimientos quirúrgicos y evolución de cicatrización, investigando detalladamente cualquier trastorno de coagulación.

Si el paciente refiere algún indicio de alteración sanguínea, sangrado después de exodoncia, de cortaduras, lesiones en las superficies corporales, epistaxis, etc., interrogarlo en relación a otros padecimientos ó intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía, circuncisión, etc.

Es importante que el odontólogo conozca las manifestaciones generales y bucales de algunos estados patológicos, alteraciones causadas por -

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLGICA

anemias, leucemia, hemofilia, deficiencias vitamínicas, insuficiencia de los componentes de la sangre, entre otras. Las lesiones bucales se presentan junto con los síntomas generales de la enfermedad ó después, en otros aparecen precozmente y pueden prevenirse para conducir al diagnóstico final. Estos trastornos hemorrágicos en las que se ve implicado el Dentista son de vital importancia en su detección, ya que, en muchos casos el propio paciente ignora si padece una enfermedad, debido a que carece de atención dental previa ó de otra índole.

Se insiste en que la elaboración de una cuidadosa historia clínica es un método importante para descartar problemas hemorrágicos.

La hemorragia se clasifica de la siguiente manera:

1. Hemorragia primaria. Cuando ocurre durante la operación.
2. Hemorragia intermedia. Cuando se presenta en las primeras horas que siguen a la operación. Se debe a que la presión sanguínea vuelve a su estado normal, lo que elimina los coágulos de los vasos no ligados.
3. Hemorragia secundaria. Organizado el coágulo inicial, aparece de 24 horas a 10 días después de la cirugía debido a una sutura mal evolucionada por una infección ó bien a una deficiencia en la técnica del material de ligadura y una erosión de un vaso provocada por algún tubo de drenaje.

Se puede decir que la hemorragia se clasifica según el vaso sangrante en: Hemorragia capilar, que se caracteriza por escurrimientos lentos. La Hemorragia venosa, sale rápidamente y la sangre es de color oscuro. La hemorragia arterial es de color rojo brillante y aparece en cada latido cardíaco. Cuando la hemorragia es superficial y puede --

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

verse, se dice que es manifiesta; si no se observa, se denomina oculta.

3. 2 HEMORRAGIA POSTEXTRACCION

La extracción rutinaria de uno ó mas dientes no debe causar problemas hemorrágicos en pacientes normales.

Inmediatamente después de realizar una extracción dentaria, surge una hemorragia en el alveolo, se eliminan los bordes alveolares óseos filoso, esquirlas y restos de tejido anormal. El alveolo se llena de sangre, se coloca un apósito de gasa esterilizada y se mantiene a presión manual suficiente ó mordiendo la gasa hasta que la sangre coagule. En pacientes con tiempo de coagulación normal, en muchos de los casos, el coágulo se forma por sí solo como proceso fisiológico sin necesidad de compresión.

El paciente debe esperar en el consultorio hasta que la salida de sangre se haya detenido por completo y el coágulo esté completamente formado.

La mayoría de las hemorragias posteriores a la extracción, son resultantes de un debridamiento inadecuado, de la herida, hemostasia ineficaz ó falla del paciente para seguir las instrucciones recomendadas.

Las causas más comunes que dan lugar a hemorragias después de exodoncia de uno o mas dientes son: Lesión de la encía y tejidos blandos, retención de raíces fracturadas y apices radiculares, retención de tejido granulomatoso o curetaje excesivo, suturas muy tensas que rompen los bordes de la herida ó que se desprenden rápidamente; desintegra-

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

ción del coágulo por infección, traumatismo ó curetaje excesivo del alveolo, succión del coágulo por el paciente, enjuagues inmediatos -- después de la extracción.

La sutura es un medio eficaz para inhibir la hemorragia, sin embargo, debemos tomar en cuenta que existen dos orificios potenciales de sangrado por los que se trata de hacer únicamente las suturas necesarias. En la mayoría de los casos, debemos anestesiarse, bloqueando la zona para evitarle sufrimiento al paciente.

Puede existir sangrado retardado de más de 24 horas.

Casi siempre se subestima la pérdida de sangre total en los procedimientos quirúrgicos, pero tomemos en consideración a manera de ejemplo, que la pérdida de sangre total en las extracciones múltiples se puede comparar a la que se pierde en una intervención quirúrgica de otro órgano: La extracción de 11 a 15 órganos dentarios produce una -- pérdida de sangre igual a la de una tiroidectomía y la extracción de más de 21 dientes es el doble del promedio de una colecistectomía. Se menciona esto en cuanto que a la mayoría de los pacientes que requieren extracciones múltiples son personas de edad avanzada, que traen -- como consecuencia una convalecencia retardada y resienten una pérdida -- tan grande de sangre; por lo que debemos tomar las medidas pertinentes.

3 HEMORRAGIA POSTQUIRURGICA

La hemorragia que se presenta en un procedimiento quirúrgico, obscurece el campo operativo, entonces se debe aspirar y secar con gasas ó -- esponjas estériles.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Las principales causas de sangrado son: Restos de tejido de granulación, hueso alveolar fracturado, desprendimiento de coágulo, escupir ó succionar con fuerza repetidamente, por edema agudo que al distender los tejidos rompe vasos sanguíneos lesionados, una técnica de sutura mal empleada, inadecuada colocación de un apósito que actua como mecha ó tubo de drenaje en una herida quirúrgica, favoreciendo el sangrado por acción capilar, etc.

Las localizaciones más frecuentes son: Zona dentoalveolar del canal inferior por intervención quirúrgica con la vecindad del tercer molar, zona entre incisivos inferiores debido a la ubicación de grandes vasos en el hueso interseptal. La causa más frecuente en esta zona es una alveoloplastía. En el paladar se pueden localizar las arterias palatinas; por lo que un colgajo en paladar ó extracciones de caninos incluidos superiores pueden producir hemorragia; también la incisión por torus palatino.

En la región retromolar de la mandíbula en su ángulo interno se encuentran pequeños y medianos vasos, que al hacerse el colgajo mucoperiostico pueden seccionarse y provocar hemorragia al igual que la extracción de tercer molar incluido.

Se puede presentar hemorragia después de cirugía bucal, alveoloplastia, etc. Esta hemorragia aumenta a medida que la zona intervenida tengan una exposición extensa de hueso y periostio subyacente al colgajo mucoperiostico de gran amplitud. La salida de sangre es abundante en presencia de tejido patológico. El estado hiperémico de los tejidos y su rica vascularización inducen a una hemorragia excesiva - - cuando se produce un trauma quirúrgico.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Cuando la hemorragia alcanza un grado de fluidez abundante, debemos evitar que haya una pérdida mayor de sangre, si la salida es de una superficie grande de hueso, puede controlarse con esponjas ó gasas impregnadas con soluciones salinas ó vasoconstrictoras aplicadas directamente a la zona sangrante para controlar momentáneamente la hemorragia y tomar las medidas necesarias para su control.

Con gran frecuencia, el paciente manifiesta sangrado excesivo postquirúrgico, si se investiga cuidadosamente, resulta que es un sitio sangrante causado por un inadecuado tratamiento. En la coagulación primaria, se ve comprometida la integridad de pequeños vasos sanguíneos que por acción directa actúan formando un taponamiento, sin embargo, cuando existen trastornos hemorrápicos de etiología diversa no sucede este mecanismo.

La hemorragia es una complicación que el odontólogo debe considerar de suma importancia porque el paciente se siente víctima de un mal provocado por él (hemorragia iatrogénica). Sin embargo, puede ser que el mismo paciente ignore que padece una diátesis hemorrágica, por lo tanto debemos investigar factores locales y generales que propicien la hemorragia dentro de la cavidad bucal.

En una herida quirúrgica, se presente hemorragia inicial leve hacia la herida, cubriéndose de sangre que posteriormente coagula, pero que en muchos casos el flujo salival aumenta por el estímulo físico y mecánico, confundiendo al paciente que lo interpreta como un sangrado abundante. Es importante detectar la lesión de medianos y grandes vasos, ya sean superficiales o profundos e investigar petequias, equimosis y hematomas para determinar de que tipo de sangrado se trata, ya

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

sea de origen traumático ó quirúrgico.

3. 4 HEMORRAGIA POR INSUFICIENCIA DE LOS FACTORES DE COAGULACION

Insuficiencia del Factor VIII y IX Hemofilias.

La hemofilia es un padecimiento hereditario que se caracteriza por una marcada propensión a la hemorragia, presenta rasgos recesivos ligados al sexo, que se manifiesta sólo en los hombres y no la transmiten porque las mujeres son las portadoras del gen anormal. El tiempo de sangrado es normal, pero el tiempo de coagulación es prolongado. La alteración se sitúa en uno de los cromosoma X, siendo la más común de las coagulopatías debida a la deficiencia del Factor VIII (hemofilia Vera) ó del Factor IX (Hemofilia B) o enfermedad de Christmas.

Sus principales manifestaciones clínicas son las hemorragias que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo pero los tres sitios más frecuentes son: articulaciones, músculos y cavidad bucal. En las articulaciones, el cuadro es aparatoso y el dolor intenso y las hemartrosis repetidas dejan secuelas articulares (anquilosis). Las hemorragias en los músculos pueden atrapar grandes cantidades de sangre y comprimir las venas, arterias y nervios. Las hemorragias de la cavidad bucal siempre son graves por el potencial fibrinolítico que posee la saliva.

Los pacientes tienden a sangrar fácilmente, hemorragias que aparecen espontáneamente ante un traumatismo o golpe, pueden manifestarse desde el nacimiento ó aparecer con motivos de la circuncisión y cuando el niño empieza a golpearse y caerse, sufre contusiones producidas por heridas pequeñas que sangran en forma continua y persistente, presenta hemartrosis en rodillas y caderas; sangrado en mucosas bucales

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

expuestas a traumatismo ó fricciones, epistaxis, gingivorragias, hematomas y melena. Después de infecciones faríngeas ó respiratorias y sin traumatismo aparente. Sangran con mucha facilidad durante la erupción o caída de los dientes. Las alteraciones se mantienen durante toda la vida del paciente.

1. 5 HEMORRAGIA POR ANEMIAS

En las anemias existe destrucción aumentada de eritrocitos maduros e incapacidad compensatoria de la médula ósea; de etiología diversa.

Las anemias pueden ser agudas y crónica, según el sitio predominante de destrucción de los eritrocitos, intravasculares y extravasculares.

Las manifestaciones hemorrágicas por anemias son variadas de acuerdo al tipo de anemia de que se trate. El síndrome anémico se traduce -- clínicamente por hemorragias capilares y la frecuente incidencia de infecciones, el inicio puede ser agudo manifestado por hemorragia profusa e infecciones graves con pronóstico mortal a corto plazo.

Sin embargo, lo más frecuente, es que estas manifestaciones sean moderadas, en este caso los síntomas son progresivos y se caracteriza por palidez, disnea de esfuerzo, palpitaciones, cefalea, acufenos, fosfenos y lipotimias. Esto permite la adaptación del paciente que siempre llega al consultorio por su propio pie, no obstante tener cifras mínimas de hemoglobina.

Las hemorragias mucocutáneas secundarias a la trombocitopenia en algunos casos son manifestación inicial del padecimiento y generalmente son de grado moderado; sin embargo, aparecen en algunas de las etapas

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

evolutivas.

Las hemorragias más frecuentes son las gingivorragias, epistaxis, hematemesis, equimosis, petequias, melena, metrorragia, otorragia, hemorragia ocular, hemartrosis, hemoptisis, hemorragia cerebral. La cerebral y la digestiva pueden conducir a la muerte.

Existen otras manifestaciones clínicas como: palidez acentuada de la mucosa del carrillo, encías, paladar, lengua, hasta parecer amarillentas. Fisuras y costras en el ángulo del labio, glositis, lengua lisa, cerea, hipersensibilidad y dolor en la lengua, atrofia de las papilas, sensación de quemadura y el dolor aumenta con la presión y el calor, lengua hipersensible y roja.

Es importante detectar tempranamente la causa de la hemorragia en la cavidad oral, mediante el interrogatorio completo de todos los aparatos y sistemas, así como una exploración cuidadosa para determinar el tipo de anemias y planear su tratamiento.

6 ESTADOS HEMORRAGICOS POR DEFICIENCIAS VITAMINICAS

Deficiencia de Vitamina C.

La vitamina C es esencial en la producción y mantenimiento de los tejidos conectivos, cartilago y vasos sanguíneos.

Su deficiencia ocasiona púrpura de la avitaminosis C (escorbuto), que es un padecimiento raro actualmente y solo se puede ver en psicóticos, hambrientos y vagabundos, etc., después de un lapso de tiempo largo - de no comer verduras y frutas frescas.

TRASTORNOS HEMORRÁGICOS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

Las manifestaciones clínicas son: gingivitis, interdientaria hemorrágica con cianosis en las encías, aflojamiento leve ó marcado de los dientes, puede haber pérdida de ellos y gran fetidez oral, hiperemia, edema, petequias cutáneas alrededor de los dientes con tendencia a sangrar y fracaso en la curación de las heridas; hematomas subperiósticos, subfaciales ó intramusculares, localizadas principalmente en las pantorrillas; siendo muy dolorosas y seguidas de induración esclerótica, anemia hipocroma y a veces trombocitopenia favorecedora de las hemorragias con aumento en la fragilidad capilar.

El escorbuto infantil ó enfermedad de Moller Barlow se presenta en niños de 4 meses a 2 años de edad que fueron criados con alimentos artificiales sin agregar a la dieta láctea jugos de frutas ó de verduras. Se caracteriza por hemorragias subperiósticas y hematurias, hemorragias puntiformes cutáneas en cara y pantorrillas. Los niños se quejan de violentos dolores en las extremidades.

Deficiencia de Vitamina B₁₂ y Acido Fólico

Esta vitamina interviene en la producción de elementos celulares de la sangre, su carencia produce la falta de elementos plásticos debido a una megacariocitopenia.

Ocasiona estados de hipocoagulación manifestado por hemorragias nasales, gastrointestinales, renales, uterinas, de la piel y mucosas. La membrana mucosa está inflamada y sangra con facilidad, lengua roja y agrandada, pérdida de papilas linguales, formación de costras y fisuras y erosiones en labios y comisuras bucales.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Trastornos hemorrágicos por deficiencia de Vitamina K.

La vitamina K es la fuente de protrombina y se produce en el hígado. El complejo vitamínico K₁ comprende dos vitaminas, la liposoluble y la Vitamina K₂ extraída de las harinas de pescados putrefactos.

Los factores de coagulación que para mantener sus niveles normales, - requieren de la Vitamina K son II, VII y X; todas se sintetizan en el hígado y son dependientes de la vitamina K.

Los individuos que padecen deficiencia de vitamina K parecen tener -- dos tipos de protrombina; una normal y otra que lentamente se convierte en trombina, de esta manera ocurren trastornos de la coagulación a nivel general del organismo, aumento en la fragilidad de las paredes vasculares que incrementa la tendencia a las hemorragias prolongadas y difusas, incluso después de la menor intervención quirúrgica.

7 HEMORRAGIAS POR LEUCEMIAS

La leucemia es una enfermedad que se caracteriza por la formación de neoplasias malignas que afectan a los glóbulos blancos y que se extienden a la corriente sanguínea.

Las leucemias pueden ser agudas o crónicas, ya sea de origen linfático ó bien mielógeno agudo y crónico ó monocítico. Las agudas se inician como infecciones generalizadas, con fiebre, escalofríos y malestar general, para después presentar agrandamiento del bazo y los ganglios linfáticos.

Generalmente, se presenta en niños y adultos jóvenes, con pronóstico fatal debido al avance rápido de la enfermedad.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Las principales manifestaciones de leucemia aguda son: anemia, hemorragia de las mucosas y petequias; las lesiones bucales son frecuentes y constantes, existe agrandamiento, hemorragia y necrosis de la encía, con sangrado y exudado en derredor de los dientes, la mucosa bucal puede presentar equimosis y necrosis. Existe un aumento muy marcado de leucocitos. La principal complicación en una extracción dentaria es la hemorragia profusa.

Esta hemorragia persistente postextracción puede ser la primera manifestación clínica de la enfermedad, seguida de ulceración y hemorragias subsecuentes. El crecimiento de la encía llega a ser tan grande que casi cubre totalmente las coronas clínicas, las papilas interdentarias están azuladas, turgentes, blandas y fofas y sangran con facilidad.

Puede haber pérdida de piezas dentarias debido a la infiltración leucémica de la región parodontal y radiográficamente se observa un ensanchamiento del ligamento parodontal. Es muy frecuente la sensación de sequedad de la boca, la lengua es intensamente saburral, está teñida de sangre y tiene un olor fétido.

Las leucemias crónicas se presentan generalmente en adultos o personas de edad avanzada, su comienzo es insidioso de evolución lenta y prolongada, pero puede exacerbarse y producir la muerte en cualquier fase de la enfermedad.

Los síntomas primarios son agrandamiento del bazo y los ganglios linfáticos acompañado de anemia, palidez, fatiga y disnea, debilidad y decaimiento general.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIAS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

En la cavidad bucal, las irritaciones locales influyen considerablemente en la gravedad de los síntomas orales, existe un aumento de tamaño en la encía con inflamación y hemorragias, que por lo común no son de cuidado. Después de extracciones dentales, puede haber hemorragias prolongadas que guardan relación con la alteración de las plaquetas. También aparecen petequias en las mucosas sobre todo en paladar blando y zonas de traumatismos leves.

3. 8 HEMORRAGIAS POR TRASTORNOS PLAQUETARIOS

Las púrpuras constituyen un grupo heterogéneo de trastornos hematológicos que se caracterizan por hemorragias cutáneas, de las mucosas y de órganos internos. Se clasifican en dos grupos: Púrpuras trombocitopénicas y púrpura no trombocitopénicas.

Dentro de las púrpuras trombocitopénicas, la más conocida es la idiopática o primaria; del segundo grupo la más conocida es la púrpura --alérgica ó anafilactoide. Los defectos plaquetarios que se observan en nuestro medio son muy raros, pero su variedad adquirida comunmente son secundarias a la ingestión de medicamentos que alteran la calidad de las plaquetas (ácido acetyl salicílico, dipiridamol) su manifestación clínica no es grave y el efecto de los medicamentos es transitorio.

9 PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA

Puede ser aguda o crónica. La forma aguda se observa con relativa --frecuencia en niños durante la primera década de la vida y casi siempre la antecede una infección viral de vías respiratorias superiores.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIAS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

Se caracteriza por un síndrome hemorrágico que varía en intensidad -- desde las lesiones purpúricas en piel y mucosas, epistaxis y gingivorragias hasta hematuria y hemorragias del aparato digestivo y del sistema nervioso central. Son raras las hemorragias articulares.

La biometría hemática muestra una trombocitopenia aguda, cuya disminución en la cifra de plaquetas no puede determinarse; dependiendo de la intensidad de la hemorragia puede haber anemia.

En muchos de los pacientes, se puede encontrar anticuerpos antiplaquetas, por esa a esta enfermedad se le conoce como un fenómeno de hipersensibilidad o autoinmunitaria.

El inicio de la enfermedad es habitualmente brusco con epistaxis y petequias distribuidas por tórax, abdomen, brazos y piernas. Las manifestaciones pueden aparecer en la cavidad oral, hemorragias exageradas tras extracciones dentales, petequias, equimosis submucosas, especialmente en el paladar blando, la cucosa bucal, los labios y el suelo de la boca. No desaparecen a la vitropresión. Pueden formarse ampulas submucosas de contenido hemático. Las hemorragias petequiales se inician en zonas de traumatismo y con frecuencia en mucosa cubierta por protesis no fijas. La hemorragia gingival se presenta como hemorragia capilar en sabana.

Existe un tiempo de sangrado prolongado, fragilidad capilar positiva y una deficiente retracción del coágulo, con disminución del consumo de protrombina.

La forma crónica.

Aparece generalmente en mujeres entre la segunda y tercera década de

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

la vida. En estas pacientes por lo común, no hay antecedentes de infecciones. El síndrome hemorrágico es espontáneo, se caracteriza por petequias, equimosis, epistaxis, hemorragias gingivales. Hay trombocitopenia exagerada, megacaricitos aumentados e inmaduros y muchos de los pacientes poseen anticuerpos antiplaquetas. Se debe diferenciar por medio de exámenes de laboratorio del lupus eritematoso generalizado que por su primera manifestación puede ser púrpura trombocitopénica autoinmunitaria.

3.10 PURPURA ALERGICA

La púrpura alérgica, catalogada como una alteración inmunitaria, pertenece al grupo no trombocitopénica; se caracteriza por una erupción cutánea de tipo purpúrico acompañado de manifestaciones aparentemente alérgicas como erupción cutánea urticariforme y edema. Puede haber dolores articulares y complicación renal. La enfermedad es antecedida de infecciones faríngeas por estreptococos, ingestión de alimentos, potencialmente alérgenos, administración de medicamentos con reacciones alérgicas, picadura de insectos y recientemente han existido casos posteriores a vacunación y de infecciones virales. Puede aparecer a cualquier edad, pero son más frecuentes en niños varones entre cinco y diez años.

Las manifestaciones clínicas se caracterizan por aparición espontánea de lesiones purpúricas simétricas, bilaterales de color rojo vinoso, puriginosas, dolorosas a la presión, con edema de grado variable, artralgia ascendente en las grandes articulaciones, a veces dolor abdominal tipo cólico, acompañado de evacuaciones con sangre fresca. Son frecuentes las gingivorragias, menorragias y hemorragias subconjuntivales.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO III

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Muchas de las causas de sangrado antes revisadas, son relativamente fáciles de detectar cuando el odontólogo responsable, solicita oportunamente la realización de pruebas de laboratorio, teniendo como antecedente y soporte científico, una buena historia clínica.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCION DE FENOMENOS HEMORRAGIPAROS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

4. 1 CONCEPTOS GENERALES

Como se ha esbozado en capítulos anteriores, la coagulación es un mecanismo que protege al organismo, evitando la salida de sangre. En el Capítulo II se han analizado en detalle las fases del proceso hemostático. Este proceso con frecuencia se ve alterado cuando existe alguna anomalía en cualquiera de las fases citadas, tema que ya ha sido abordado en Capítulo III.

El odontólogo está obligado profesional y éticamente a prevenir los fenómenos hemorrágicos, lo cual implica el conocimiento de la fisiología y fisiopatología de la coagulación de la nosología hematológica básica y de los distintos cuadros clínicos de las diátesis hemorrágicas. Asimismo, el Dentista debe hacer particular hincapié en el estudio clínico integral del paciente, del cual se desprenderán elementos para solicitar, en su caso, los estudios de coagulación pertinentes.

Es importante el criterio selectivo al pedir pruebas de laboratorio para un paciente. Es decir, se habrán de solicitar estudios de hemostasia exclusivamente en aquellos casos en los que el interrogatorio y la exploración física lo justifiquen. Es erróneo solicitar exámenes de laboratorio para "Chequeo General" ó tratar de suplir las omisiones del estudio clínico; hay que tomar en cuenta también el aspecto económico. Recordemos que una batería completa de exámenes no siempre es accesible al bolsillo del paciente.

La detección del paciente odontológico con patología hemorrágica se hará en el consultorio, observando, detallada y minuciosamente las mucosas y los tejidos blandos, buscando la presencia de equimosis, petequias, gingivorragias, crestas gingivales agrandadas y rojas, anorma-

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCION DE FENOMENOS HEMORRAGIPAROS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

lidad de la coloración de las mucosas, etc. Previamente, se habrá efectuado ya un buen interrogatorio en el que cobra particular importancia el Capítulo "Antecedentes Personales Patológicos". La historia clínica odontológica es valiosa en cuanto a la investigación de tratamientos bucales de operaciones anteriores (especialmente extracciones dentales), hemorragias por heridas de poca importancia, hemorragias anormales diversas, localizaciones desde la más tierna infancia ó bien de consanguíneos, evolución de heridas de boca y tejidos blandos, intervenciones quirúrgicas realizadas, anestesia utilizada, efectos secundarios ó secuelas de tratamientos ó lesiones previas.

Es necesario investigar la administración de farmacos, coagulantes y anticoagulantes, características de su uso y las causas por las que se emplearon. También se deben conocer las pruebas inmunológicas a que haya sido sometido el paciente, si ha recibido vacunas ó medicamentos que influyan en su aparato inmunológico.

Es un hecho que en la actualidad es escaso el conocimiento que los Cirujanos Dentistas tienen de las pruebas y técnicas de laboratorio, -- también es poco el provecho que se tiene de ellas. Por ello, es necesario que el odontólogo se integre a los avances de la medicina actual, efectuando un análisis de las situaciones más comunes en que -- pueden ser necesarias las pruebas de laboratorio; de hecho, hoy en día, no se puede concebir que el Dentista prescinda de recursos científicos para diagnosticar una enfermedad.

Los trastornos hemorrágicos son un grupo de alteraciones cuyo estudio cae dentro del campo de diversas especialidades de la medicina, pero el odontólogo debe conocerlos en su esencia, por las razones antes expuestas. El conocimiento de las principales pruebas hematológicas, -

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCION DE FENOMENOS HEMORRAGIPAROS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

es vital para el desarrollo profesional del Cirujano Dentista contemporáneo.

CUADRO No. 1

VALORES NORMALES DE LA SERIE ROJA

	HOMBRES	MUJERES
Eritrocitos	5 a 6 millones/mm ³	3.8 a 5 millones/mm ³
Hemoglobina	16 + 2 g/100 ml.	14 + 2 g/100 ml.
Hematocrito	47 + 5%	42 + 5%
Reticulocitos	0.5 a 2.0%	0.5 a 2.0%
Volumen globular medio (VGM)	83 a 104 u ³	83 a 104 u ³
Concentración media de hemoglobina corpuscular (CMHbG)	32 a 37%	32 a 37%

* En adultos sanos, que viven en la ciudad de México (2,700 m. sobre nivel del mar)

VALORES NORMALES DE LA SERIE BLANCA

TIPO DE CELULAS	NUMERO/mm ³	%
Linfocitos	800 a 5,500	20 a 50
Monocitos	120 a 1,430	3 a 13
Eosinófilos	0 a 440	0 a 4
Basófilos:		
En banda	0 a 880	0 a 8

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCION DE FENOMENOS HEMORRAGIPAROS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

VALORES NORMALES DE LA SERIE BLANCA

<u>TIPO DE CELULAS</u>	<u>NUMERO/mm³</u>	<u>%</u>
Basófilos:		
Segmentados	1,600 a 7,700	40 a 70
Leucocitos en total	4,000 a 10,000	100

* En adultos sanos que viven en la ciudad de México (2,700 m. sobre nivel del mar)

4. 2 VALORES NORMALES DE LAS PRINCIPALES PRUEBAS DE COAGULACION

TABLA No. 2

<u>DETERMINACION</u>	<u>TECNICA</u>	<u>VALORES NORMALES</u>
	Ivy	3 a 11 min.
Tiempo de sangrado	Duke	2 a 5 min.
Tiempo de coagulación	Lee-White	5 a 10 min.
Tiempo de protrombina	Quick	10 a 20 seg.
Tiempo parcial de trombo- plastina	Rappart	30 a 50 seg.
Número de plaquetas	Gutiérrez Palacio	8-10 seg. de control
Número de plaquetas	Fonio	150,000 - 350,000/mm ³
Retracción del coágulo	Mac Farlane	Se inicia a los 20 -- minutos de la extrac- ción y es total a las 3 ó 4 horas.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCION DE FENOMENOS HEMORRAGIPAROS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

TIEMPO DE SANGRIA (ó de hemorragia)

El tiempo normal es de 3 a 4 minutos. Técnica de Ivy es muy laborioso, pero de más exactitud, de uno a 7 minutos; la Técnica de Duke de 2 a 5, es el método más empleado por su facilidad técnica, pero de menor sensibilidad. Depende del número, eficiencia de las plaquetas y la contractilidad capilar. Por lo tanto, una alteración del tiempo de sangrado nos indicará: fragilidad vascular y deficiencias cualitativas ó cuantitativas de las plaquetas.

Un tiempo alargado de coagulación, nos indicará un descenso importante en la cifra de plaquetas hasta de $100,000 / \text{mm}^3$, tiempo de coagulación normal prueba del lazo positiva y menor retracción del coágulo. Puede haber alargamiento cuando hay defectos de las plaquetas inducida por la ingesta intensa de medicamentos que inhiben la agregación de las plaquetas inducidas por el colágeno, están los agentes antiinflamatorios no esteroides, tales como la aspirina, indometacina y fenilbutazona; los antidepresivos tricíclicos, los antihistamínicos, -- las fenotípicas, las prostaglandina, etc. Todo esto se produce debido a la asociación alterada de factores de coagulación con anomalía de las plaquetas.

TIEMPO DE COAGULACION

Normal de 5 a 10 minutos por encima de 12, puede considerarse patológico. El tiempo de coagulación tiene muy poca sensibilidad pues para que resulte prolongado se requiere que haya gran deficiencia de un factor, por lo tanto, resulta de escaso valor para investigar alteración de la hemostasia.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCION DE FENOMENOS HEMORRAGIPAROS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

El tiempo de coagulación se encuentra alargado en las carencias de algunos de los factores plasmáticos de la coagulación. En la hemofilia puede tardar un hora ó más, sin embargo, tras grandes hemorragias, la mayoría de las veces presenta tiempo de coagulación normal. En las afibrinogenemias, el tiempo de coagulación normal está muy alargado - así como en hipoprotrombinemias por el exceso de antitrombina. En el shock anafiláctico.

TIEMPO DE PROTROMBINA

Por el método de Quik, el tiempo de 10 a 20 segundos con una concentración de 70% ó mayor se considera normal. Es un "tiempo de coagulación" en que a la sangre se le ha agregado citrato para que no coagule, separándolo del plasma, se recalifica y se le añade tromboplastina tisular, entonces la coagulación depende del "sistema extrínscico" protrombina y Factores V, X y VII.

Entre el 85 y 110%, se considera normal, menos de 70% es patológico y por debajo de 30% se observan síntomas clínicos. El tiempo de protrombina se alarga en menor grado en personas que presentan sudoración profusa por altas temperaturas ambientales y puede ser normal.

Patológicamente, se larga en las hipoprotrombinemias, por carencia de vitamina K y en el síndrome hemorrágico del recién nacido, en ausencias de fibrinógeno, en parahemofilia (falta ó disminución del Factor V de Owen) acelerina de origen congénito.

Cuando el déficit de protrombina desciende del 10 al 20% en la sangre ó en casos de destrucción hepática donde hay deficiencia de fibrinógeno, existe predisposición a las hemorragias.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCION DE FENOMENOS HEMORRAGIPAROS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Si el tiempo de protrombina es normal y existe cuadro clínico sangran-
te, se plantea la posibilidad de deficiencia de algunos de los facto-
res que actúan en la primera fase de la coagulación. Combinando los
elementos normales del paciente, podemos investigar que factor se en-
cuentra deficitario, inclusive en el déficit del consumo de protrombi-
na, existen casos de hemofilia que tienen un tiempo de coagulación --
normal, pero el déficit del consumo de protrombina es un signo cons-
tante.

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

Por el método de Gutiérrez Palacio, un tiempo de 8 a 10 segundos. Mi-
de en bloque a casi todos los factores de la coagulación a excepción
del Factor 3 plaquetario y el Factor VII y XII. En la presencia de
un tiempo parcial de tromboplastina prolongado y un tiempo de protrom-
bina normal se sabe que el defecto está en la primera fase de la coa-
gulación, estamos ante una hemofilia y habrá tantas hemofilias como -
factores que intervengan en esta etapa.

Los factores participantes en la mayoría de los casos de hemofilia --
son: VII, IX, XI, XII y Factor 3 plaquetario, el 98% de los casos de
hemofilia son los Factores XIII y IX, los demás por su rareza, son --
considerados como posibles causas de sangrado.

El tiempo parcial de tromboplastina se encuentra alterado en: síndro-
mes hemofílicos (Alterada prueba de Biggs en el plasma), cuando existe
un anticoagulante circulante en la sangre, en el déficit del Fac-
tor Stuart (alterada la prueba con el suero), en la deficiencia de fi-
brinógeno, el tiempo de tromboplastina parcial se encuentra alargado.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCION DE FENOMENOS HEMORRAGIPAROS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

NUMERO DE PLAQUETAS

El 90% de las plaquetas se produce a nivel de médula ósea y alrededor del 10% se producen en pulmón, por los megacariocitos que ahí se encuentran. La producción plaquetaria se considera alrededor de 300,000 \pm 10,000 por mm^3 / día.

"El número de plaquetas circulantes en la sangre es del orden de - - - 200,000 a 400,000 por mm^3 ; teniendo un tiempo de vida media de 216 \pm 17 horas. Esta vida media plaquetaria se puede encontrar disminuida en diversos estados patológicos como son: las prótesis valvulares, la aterosclerosis, la glomerulonefritis terminal, las cirrosis hepáticas y diversos estados cancerosos.

Las plaquetas circulantes se encuentran distribuidas de la siguiente manera: un 10 % se encuentra en pulmón otro 10% en el hígado, un 30% en el bazo y el 50% restante se encuentra en el árbol circulatorio". (Hemostasia, Hemorragia y Trombosis. Parrao Carlos. Instituto Mexicano de Hematología, 1980)'

El número de plaquetas se encuentra aumentado en: la anemia posthemorrágica, durante las fases de intensa regeneración de la anemia hemolítica, en las clorosis, en algunas infecciones agudas, aumentan en el shock anafiláctico actuando como leucocitos en las reacciones del sistema neurovegetativo, la excitación del vago, produce aumento de plaquetas en los órganos internos.

Disminuye el número de plaquetas cuando se presentan hemorragias profusas y trastornos de fragilidad capilar, descienden hasta 35,000 plaquetas por mm^3 (Estado crítico).

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV

PREVENCIÓN DE FENOMENOS HEMORRAGIARIOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Puede haber baja de plaquetas en forma crítica sin existir hemorragias ó bien puede haber hemorragia ó sangrado en una cuenta normal de plaquetas.

RETRACCION DEL COAGULO

De los factores procoagulantes y anticoagulantes resulta el coágulo de fibrina que comienza a retraerse a los 20 minutos y se completa al rededor de 4 horas.

En este fenómeno, las plaquetas que quedaron dentro del coágulo, distienden y unen sus mallas de fibrina a las de la fibrina plasmática que junto con otras sustancias realizan una fuerte contracción con intervención del ATP, los iones de magnesio y calcio.

Al efectuarse la retracción del coágulo se desaloja el suero del mismo, conteniendo todos los factores que no se consumieron durante el proceso de coagulación.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

5. 1 TRATAMIENTO ODONTOLOGICO GENERAL

Se recomiendan al paciente, una serie de medidas para prevenir una hemorragia: Indicarle no succionar la herida ni explorarla con la lengua, proque puede remover el coágulo y desprenderlo, está contraindicado los enjuagues bucales inmediatos hasta que el coágulo se haya re traído; generalmente después de 24 horas, evitar ejercicios excesivos exposición al calor o al sol, dieta blanda libre de grasas, masticando del lado opuesto al intervenido.

Cuando se presenta la hemorragia en un paciente, el odontólogo debe - conservar la ecuanimidad y la calma, tranquilizar al paciente que se encuentra aprensivo y nervioso, infundiéndole seguridad y confianza.

Extraer los coágulos de la boca del paciente, porque el roce con la - superficie produce sangrados, mantener la cavidad bucal seca y libre de saliva para detectar el sitio de sangrado, compresión ó taponamiento de gasas ó apósitos impregnadas de vasoconstrictor, espuma gelatinosa o trombina para comprimir los vasos sangrantes.

El tratamiento incluye la aplicación de cualquier tipo de fuerza capaz de controlar la presión hidrostática del vaso sangrante, hasta -- que se forme el coágulo, así tenemos: tratamiento local, tratamiento mecánico y tratamiento general.

1) TRATAMIENTO LOCAL

- a) Adrenalina
- b) Trombina
- c) Veneno de víbora "Russell", Reptilase
- d) Solución de "Monsell"

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

- e) Acido tánico
- f) Espuma de gelatina (Gelfoam).
- g) Celulosa oxidada (Oxigel)
- h) Celulosa oxidada y regenerada (Surgicel)
- i) Hielo
- j) Electrocauterización

a) Adrenalina

Es un vasoconstrictor que detiene la hemorragia pero su acción es transitoria, su efecto dura mientras se forma un tapón mecánico en la luz del vaso, tiene una desventaja que su efecto es reversible. Su absorción en pacientes con padecimientos cardiovasculares e hipertensos puede ser peligroso, además se debe controlar cuidadosamente porque puede haber un desprendimiento del coágulo y reanudarse la hemorragia. Otra desventaja es que produce reacciones de hipersensibilidad por aplicación tópica.

b) Trombina

De uso exclusivamente tópico, favorece un proceso fisiológico normal de hemostasia en presencia de fibrinógeno plasmático - sin alterar la integridad de los tejidos.

c) Veneno de víbora "Russell"

Preparado de tromboplastina obtenido a partir de venenos extraídos de las serpientes de acción tromboplastínica de efecto inmediato y prolongado.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

Su aplicación puede ser directamente dentro del alveolo sangrante ó aplicación tópica en la herida. Favorece la adhesividad de las plaquetas e induce su metamorfosis viscosa. Esta containidcado cuando existe un déficit numérico en las plaquetas.

d) Solución de "Monsell"

Es una sustancia que precipita las proteínas y aplicada tópicamente, detiene las hemorragias capilares. Cuando se usa en forma de taponamiento a nivel alveolar después de exodoncia es un tratamiento muy efectivo. Su uso debe ser meticuloso sobre gasa simple, yodoformada, algodón ó espuma de gelatina, nunca sobre celulosa oxidada, porque reacciona formando ácidos que inactivan su efecto.

e) Acido tánico

Precipita las proteínas y forma el coágulo, su aplicación debe ser en bolsitas de las que se usan para té, que contengan el ácido. Se hace morder al paciente una bolsita con ácido tánico, cuidando de mantener la boca completamente seca. Se aplica durante cinco minutos de tres a cuatro veces por día.

f) Espuma de gelatina (Gelfoam)

Destruye la integridad plaquetaria, dejando una red de fibrina que propicia la formación de un coágulo firme. Se absorbe de cuatro a seis semanas.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

g) Celulosa oxidasa (Oxichel)

Es una sustancia impregnada en gasa o algodón, libera ácido - celulocico y da origen a un coágulo artificial, por lo tanto, no debe ser humedecida antes de aplicarla, ya que así se inhibe la epitelilización. Se absorbe de cuatro a seis semanas.

h) Celulosa oxidada y regenerada (Surgicel)

Se presenta en forma de almohadilla de gasa resistente y adhesiva, en forma de cinta gruesa ó frascos con pequeños fragementos. La acidez del producto no inhibe la epitelilización.

i) Hielo

Aplicación de hielo extrabucal por espacio de cinco minutos - durante cuatro horas, reduce la intensidad de una hemorragia en muchos de los casos, pero muchos autores lo consideran ineficaz.

j) Electrocauterización

La mayoría de las hemorragias se pueden controlar por este método; ya sea de forma indirecta, tomando un vaso con pinza hemostática y dar un toque con el instrumento eléctrico, de esta manera las proteínas se precipitan en la herida, ocluyendo el vaso por acción del calor generado en la pieza, sellando - así el lumen, evitando así la sutura.

Cauterizar directamente los pequeños vasos sangrantes, preci-

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

pitando las proteínas de la zona, formando el coágulo. Este método detiene las hemorragias, aún en los sitios más vascularizados.

TRATAMIENTO MECANICO

a) Compresión

El sangrado puede detenerse, haciendo al paciente morder una gasa seca, colocada sobre el sitio sangrante. Esta simple medida en muchas ocasiones, logra inhibir el sangrado.

b) Taponamiento del alveolo

Se hará llenando la cavidad alveolar con una gasa a tensión. La presión intralveolar, tiende a detener la hemorragia y se ha comprobado la efectividad de este método cuando se trata de hemorragias óseas. Se recomienda cambiar el taponamiento con frecuencia, tratando de no desprender el coágulo.

c) Férula acrílica

Cuando se sospecha de una discracia sanguínea ó una predisposición del paciente a sangrar con facilidad, se procederá a elaborar una férula de acrílico que pueda sujetarse y mantenerse en la zona por operar. La férula debe ser transparente para constatar la eficacia del procedimiento. Se procurará facilitar la compresión continua durante los movimientos de masticación y deglución.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

d) Ligaduras y suturas

Estas están indicadas cuando la herida quirúrgica previa se ha extendido hasta el hueso alveolar, el objetivo de este procedimiento es lograr una buena afrontación de los tejidos donde se pierda la continuidad. Se utilizan ligaduras con catgut absorbible para suturas profundas de vasos grandes. En el caso de heridas superficiales se emplea, hilo, seda ó nylon; este material de sutura no se absorbe, por lo tanto se retirarán posteriormente los puntos.

Las agujas y el material de sutura variarán, dependiendo del paciente y el tipo de hemorragia; así, se aconseja utilizar - aguja atraumática para evitar posibles hemorragias secundarias.

Es importante recordar que algunos pacientes presentan reacciones de hipersensibilidad o alergia a los materiales de sutura sintéticos. Se ha observado que algunas personas pueden presentar irritación de tejidos blando en mejilla y lengua. En cualquier caso, se requiere tomar precauciones.

e) Cera para hueso

El hueso es un tejido que difícilmente puede comprimirse para hacer hemostasia, por lo que la posibilidad de ocluir un vaso sangrante es remota. Para contrarestar estas dificultades, se utiliza cera para hueso ó alguna sustancia rígida que ocluya el vaso hasta que se produzca la coagulación. Se recomienda la utilización de un punzón óseo para obliterar el orificio sangrante.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

f) Oclusión mediante socabados

Para este procedimiento, se pueden emplear varios tipos de -- instrumentos: Bruñidores, fresas de bolas, curetas, etc., se busca ocluir el orificio de sangrado, procurando utilizar la parte roma del instrumento.

Una vez controlada la hemorragia se recomienda al paciente reposo absoluto en casa, ya que no se considera necesario que -- reciba atención especializada u hospitalaria. Se le recomen-- dará también, la posición sedente, fowler ó semifowler. El -- tener la cabeza levantada, reducirá la presión sanguínea en -- la zona de la herida. Por último, se indicará al enfermo, la aplicación de compresas ó bolsa de hielo para reducir la in-- flamación y el flujo de sangre.

2. CONDUCTA A SEGUIR EN LOS TRASTORNOS HEMOSTATICOS

El odontólogo debe poseer los conocimientos y la aptitud necesarios -- para saber discernir entre los casos que son suceptibles de ser trata-- dos por él mismo y aquellos en los que deberá canalizar con el médico. En muchos casos, el propio Dentista asesorado por un facultativo médico, podrá responsabilizarse del manejo de su paciente. Como ya se ha visto, la mayoría de las afecciones que comprometen la hemostasia, -- pueden clasificarse en anomalías por déficit, por ausencia ó por exceso en alguna de las fases de la coagulación. Por lo tanto, el problema primario que está condicionando el sangrado anormal, deberá inci-- dir en el ataque a estas tres grandes etiologías.

En lo general, el odontólogo valorará para decidir el criterio tera--

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

péutico, los siguientes factores:

- a) Existencia ó no de patología hemostática previa.
- b) Existencia ó no de sustrato orgánico patológicos. Ejemplos
 - Desnutrición
 - Cuadros pluricarenciales
 - Tuberculosis
 - Diabetes
 - Cardiopatías
 - Neoplasias
 - alergias, etc.
- c) Presencia de "Factores de riesgo hemostático", tales como los citados en el Capítulo IV

Cuando existan patología hemostática previa, enfermedades crónicas y factores de riesgo, el paciente deberá ser canalizado al internista ó al hematólogo. Cuando no haya ninguna de las entidades citadas en --ninguno de los incisivos anteriores, el manejo integral correrá a cargo del odontólogo. Cuando la patología hemostática este determinada por una deficiencia corregible sin necesidad de hospitalización y sin que se presenten complicaciones, el tratamiento podrá estar a cargo del - Dentista, en coordinación y con la asesoría del Médico General. Aún en los casos en que el manejo sea estrictamente médico, el odontólogo procurará darle a ese paciente, un seguimiento adecuado, manteniendo con el terapeuta, una comunicación permanente. Una vez conseguida la eliminación ó paliación de la causa de sangrado anormal, el dentista podrá volver a hacerse cargo de su paciente.

Hay ciertas carencias que son motivos de sangrado anormal (vitaminas, hierro, etc) cuya corrección resulta relativamene sencilla. Cuando - de ésto se trate, se recomienda la interacción médico-odontológica, -

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

en la que el odontólogo deberá seguir los lineamientos generales prescritos por el médico.

MEDIDAS MEDICAS ESPECIFICAS

A continuación se mencionan algunas de las medidas médicas terapéuticas, destinadas a aquellos pacientes a quienes el odontólogo derivará para su atención al Médico, sea este General, Internista ó Hematólogo. Es importante que el Cirujano Dentista conozca a grossomodo estos lineamientos de tratamiento, tanto para informar al paciente, como para darle un conveniente seguimiento clínico. Sólo se hace referencia a unas cuantas entidades patológicas frecuentes, ya que otro tipo de alteraciones hemorrágicas implican tratamientos muy especializados. -- Se trata de manejos médicos inmediatos independiente del posterior -- tratamiento de sostén.

HEMOFILIA

El tratamiento se basa en la elevación del FAM (Factor Antihemofílico) manteniéndolo hasta lograr coagulación. Existen en el mercado -- concentrados de FAM. Por ejemplo: Hemofil 1, paquete por 12 Kgs. (dosis habitual para alcanzar 50% de FAM).

Se recomienda también transfundir plasma fresco, con dosis total de -- 15 a 20 ml. por kg. en una ó dos horas.

Para estos casos específicos, existen complejos plasmáticos que contienen Factores II, VII, IX y X. Para sangrado escaso, se administran 10 U. por kg. de peso. Para cirugía y sangrado interno 20 U por Kg.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

En pacientes que presentan hemorragia profusa después de extracción dentaria, en donde las raíces se encuentran integras; se puede recurrir a una reimplantación dentaria con el fin de detener la hemorragia.

PURPURA TROMBOCITOPENICA (PRIMARIA O IDIOPATICA)

Se recomienda evitar riesgos de sangrado (deportes, cirugía, extracciones dentarias). Prednisolona 10 - 20 mg., cuatro veces al día, -- hasta que las plaquetas alcancen cifras normales. Después la dosis -- se va disminuyendo gradualmente.

La esplenectomía (extripación del bazo) está indicada en los casos en que la púrpura tenga más de un año de duración, con recaídas ó sin -- respuesta a los corticoesteroides.

PURPURA TROMBOCITICA TROMBOCITOPENICA

El pronóstico es malo a pesar del tratamiento. Sin embargo, se han -- observado mejorías y aún curación con la esplenectomía, heparina y al -- tas dosis de corticoesteroides.

HEMOFILIA VASCULAR (PSEUDOHEMOFILIA) (ENFERMEDAD DE VON WILE BRAND)

Se utilizan concentrados (con Factor Plasmático VIII) en casos de san -- grado grave, el sangrado local se trata con compresas de gelfoam im -- pregnado de trombina. Si se requiere se transfundirá sangre fresca.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

ALTERACIONES ADQUIRIDAS DEL COMPLEJO PROTROMBINICO

Como esta alteración es un síndrome debido a múltiples causas, el tratamiento variará dependiendo de ellas. Recordemos que el complejo -- protrombinico está formado por la protrombina y los Factores V, VII y X.

En casos de deficiencia de vitamina K, se tratará con fitonadiona (vitamina K sintética) a razón de 5 mg. por vía oral. Esto, además corrige el exceso de anticoagulantes, por ejemplo, cuando se administra Cumarina a pacientes propensos a formar trombos. En el caso de deficiencia de vitamina K asociada a síndrome de mala absorción intestinal, se utiliza vitamina K sintética a razón de 5 mg. día, vía parenteral ó incluso oral.

DEFICIENCIA DE VITAMINA C

Como ya se ha visto esta deficiencia, es causa de sangrado anormal. -- Cuando la deficiencia no es importante, el tratamiento será esencialmente dietético. El odontólogo podría recomendar a su paciente una dieta rica en ácido ascórbico, a razón de 45 a 60 mg. por día. Esta dieta incluirá cítricos, jitomates, perejil, chile verde, rábano, melones y frutas verdes en general.

En el escorbuto, se recomienda Ascrobato de Sodio de 100 a 500 mg. -- por vía intramuscular, ó bien, Acido Ascórbico Oral a la misma dosis, hasta que desaparezca la deficiencia.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

DEFICIENCIA DE VITAMINA B-12

Su deficiencia causa anemia perniciosa y se ha asociado a anomalías cualitativas de las plaquetas. Bastará con incluir en la dieta del paciente. los requerimientos diarios que son de 3 mg.

Existen en el mercado presentaciones, tanto orales como parenterales.

LEUCEMIAS

Como ya se ha visto en las leucemias se producen hemorragias por sangrado anormal, debido a la trombocitopenia, a su vez, ésta puede ser causada por dos situaciones: por el avance del tumor maligno (leucemia) ó bien, por citotóxicos (utilizados para inhibir las células tumorales), como: Clorambucil, ciclofosfamida, busulfan, mielfalam, metrexate, la vincristina, etc.

Cuando la baja plaquetaria se debe a la misma leucemia, el cuadro de sangrado puede mejorar con la quimioterapia (corticoides y citotóxicos). Cuando la hemorragia anormal es por el uso de los citotóxicos, que al mismo tiempo son depresores de la médula ósea, es necesario -- suspender la quimioterapia y efectuar tratamiento con corticoesteroides hasta que la médula ósea se recupere.

A pesar del avance reciente en el tratamiento de las leucemias, el -- pronóstico en general, sigue siendo grave.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. Con el conocimiento de una historia clínica correcta, el Cirujano Dentista puede hacer una evaluación del tratamiento efectivo en pacientes con discracias sanguíneas, realizar un buen diagnóstico y prevenir posibles complicaciones.
2. En los individuos con problemas de coagulación, es preciso diferenciar entre tiempos normales y patológicos en las alteraciones hemorrágicas de tejidos duros y blandos en la boca.
3. Si se presenta sangrado en un paciente, el Dentista no debe alarmarse, debe actuar con ecuanimidad infundiéndole seguridad y confianza, adoptando una actitud tranquila para poder efectuar las técnicas necesarias y controlar eficazmente la hemorragia.
4. El buen manejo del instrumental nos ayudará a evitar posibles traumatismos en los tejidos bucales que puedan provocar una hemorragia.
5. La interacción entre el Médico General y el Cirujano Dentista, es necesaria cuando se trata de pacientes con problemas hemorrágicos, para un diagnóstico y tratamiento acertado
6. El odontólogo moderno, debe poseer conocimientos necesarios para detectar precozmente las causas de sangrado anormal.
7. Una vez hecho el diagnóstico de cualquier entidad hemorrágica anormal,

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

7. el odontólogo debe canalizar con un profesional de la medicina (Hematólogo, Internista, etc.) para que reciba el tratamiento adecuado.
8. En cualquier caso de Patología Hemorrágica, el Cirujano Dentista, diferirá o pospondrá el tratamiento dental hasta que la causa principal sea corregida.
9. Resulta necesario motivar al Cirujano Dentista para que se interese y profundice en los temas abordados en este trabajo, ya que es incontrovertible el hecho de que un gran número de Cirujanos Dentistas ignoran ó carecen de la suficiente información acerca de la hemostasia normal y patológica.
10. Es importante que las instituciones académicas y las asociaciones profesionales promuevan la realización de cursos y seminarios, así como la emisión de material impreso sobre el tema que nos ocupa, destacando que los conocimientos que se derivan de estas actividades serán de extraordinaria importancia para un adecuado desarrollo profesional y un mejor desempeño en la práctica clínica, que redundará en beneficio del paciente y la comunidad.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

B I B L I O G R A F I A

1. Andresen J. O. Lesiones Traumáticas de los Dientes. Ed. Labor: 2a. edición. España, 1980
2. Balcells A. La Clínica y el Laboratorio. 10a. edición Barcelona, 1974
3. Berloove J. I. "Emergencies" and Complications. Year Book Medical Pubis Hers. Inc. Chicago, 1973
4. Bhaskar, S. N. Patología Bucal. Ed. Ateneo. 2a. Ed. Argentina, 1974
5. Camerón, R. J. Emergencias en la Práctica Dental. Odontología Clínica de Norteamérica. Ed. Mundi, Buenos Aires, 1970
6. Correa, M. E. Colaboradores Información Profesional y de Servicios - al Odontólogo. 3a. Ed., México, 1980
7. Diccionario Médico Biológico University. Ed. Interamericana, México, 1966.
8. Gerzo, R. F. Mecanismo Normal de la Hemostasia. Revista Actualidades Médicas, México, 1980
9. Gorlin, R. J., Goldam H.M. Thoma Patología Oral. Ed. Salvat Editores, España, 1980
10. Harrison, T. R. Medicina Interna. Ed. Prensa Médica Mexicana, 3a. Ed., México, 1970
11. Krupp, CH Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 13a. Ed. El Manual Moderno. México, 1982

TRASTORNOS HEMORRAGICOS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA
PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

B I B L I O G R A F I A

12. Mc Carthy, F. M. Simposio sobre Emergencias en la Práctica Odontológica. Ed. Mundi Buenos Aires, 1970
13. Mc Donal, Dodds and Cruickshank Atlas of Haematology. 4a. Ed. Ed. Churchill Livingstones. London, 1978
14. Martín, A. L. Fundamentos del Diagnóstico. Ed. Fco. -- Méndez Cervantes. 3a. Ed. México, 1978
15. Parrao, R. C. Hemostasia, Hemorragias y Trombosis. Instituto Mexicano de Hematología. México, 1980
16. Sodeman, S. Fisiopatología Clínica. 5a. Ed. Ed. Interamericana. México, 1978
17. Velez O, Medina y Parrao Introducción a la Hematología. 1a. Ed. Soc. Mexicana Hematológica. México, 1978
18. Waite, D. E. Cirugía Bucal Práctica. Ed. Continental 2a. Ed. México, 1982