

Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora". Santiago de Cuba

CIRUGÍA MAXILOFACIAL AMBULATORIA EN PACIENTES CON RIESGO HEMOSTÁTICO

Dr. José M. Díaz Fernández¹ y Dr. Ricardo Pérez Arredondo²

RESUMEN: Se presenta un método de acción para exodoncia y cirugía bucal mediana en personas con riesgo hemostático, para lo cual se analizaron 68 intervenciones en 57 pacientes: 49 con trastornos anticoagulantes crónicos y 8 con algún tipo de hemopatía, que fueron realizadas en todos los casos con aplicación de trombina en el alvéolo o superficie alveolar. En más de la mitad de los pacientes medicados con anticoagulantes, éstos se suspendieron antes y después del acto quirúrgico, con hemostasia posoperatoria similar a la obtenida en aquéllos que continuaron recibiendo. La mayor parte de los períodos posoperatorios evolucionaron satisfactoriamente y sólo un bajo porcentaje presentó sangrados leves, resueltos casi en su totalidad con medidas locales y ambulatoriamente. No se encontró relación alguna entre la complejidad y el resultado hemostático alcanzado.

Descriptores DeCS: **CIRUGIA BUCAL; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS; HEMOSTASIS QUIRURGICA.**

La inmensa mayoría de las hemorragias odontológicas son causadas por factores locales: desgarros, mala posición de los colgajos, falta de sutura, traumatismos posquirúrgicos y otros; sin embargo, en los pacientes con trastornos de la coagulación, el riesgo el sangrado se acentúa ante procedimientos quirúrgicos bucales, incluso hasta en los menos complejos.¹⁻³

En las personas con alteraciones crónicas de la coagulación suele suprimirse

la medicación anticoagulante, tanto antes como después del acto quirúrgico, con el riesgo que esto implica para el deterioro vascular,^{4,5} lo cual no excluye el hecho de que se haya tratado de obtener una hemostasia aceptable sin suspender el tratamiento anticoagulante, a partir de algunos elementos presentes en el mecanismo de la coagulación, tales como: fibrina,^{6,7} fibrinógeno y trombina,⁸ factor XIII y aprotinina,⁹ y finalmente un prepara-

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente. Hospital Provincial "Saturnino Lora".

² Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Militar "Dr. Joaquín Albarrán Duany".

do comercial que contiene fibrinógeno, trombina, calcio, factor XIII y aprotinina, denominado Tissucol.¹⁰ Si bien es cierto que no disponemos de este último como el sellante biológico de más demanda actual, sí tenemos experiencia con la trombina (Gelfoam) como hemostático alveolar en la cirugía ambulatoria maxilofacial en sujetos con riesgo hemorrágico.¹¹

En este estudio nos propusimos comparar los resultados de la trombina en pacientes con las características ya señaladas, previa suspensión o no de la terapia anticoagulante, así como comprobar su efectividad para controlar diversas hemopatías asociadas con extracciones dentarias.

Métodos

Durante el quinquenio 1992-1996 se realizaron 68 intervenciones con carácter ambulatorio en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, distribuidas en 62 extracciones dentarias y 6 operaciones de cirugía mediana, vinculadas a exodoncias. Tres pacientes fueron operados más de una vez y en otros 2 se instalaron prótesis inmediatas.

En todos los casos se interconsultó con el clínico que trataba la enfermedad de base, a fin de programar la intervención sin suspender la medicación anticoagulante en unos pacientes y suprimirla antes y después de la operación en otros.

En las extracciones se colocó el adhesivo o sellante dentro del alveólo, una vez suturado, y en las alveoplastias de hasta 4 dientes se aplicó el material en toda la extensión de la superficie alveolar intervenida.

Resultados

Se efectuaron 68 intervenciones en 57 pacientes: 39 hombres y 18 mujeres (68,4 y 31,6 %, respectivamente), cuyas edades fluctuaban entre los 19 y 73 años. De ellos, 49 presentaban alteraciones crónicas de la coagulación (85,9 %) y los 8 restantes, diversos tipos de hemopatías (14,1 %).

Del total de operaciones, 58 (85,2 %) evolucionaron sin hemorragia posquirúrgica y en las 10 restantes (14,8 %) se presentó un sangrado leve, controlado siempre en forma ambulatoria con tratamiento local: compresión, epinefrina, placenta humana o nueva aplicación de Gelfoam.

En la tabla 1 se muestra el tipo de intervención y su resultado con respecto a la hemostasia.

TABLA 1. Tipo de intervención quirúrgica y resultado de la hemostasia

Intervención	Sangrado		
	Pacientes	No.	%
1 extracción	35	5	14,3
2 extracciones	11	2	18,1
3 extracciones	7	2	28,6
Más de 3 extracciones	9	-	-
Extracciones múltiples con alveoplastia	6	1	16,7
Total	68	10	14,8

De los 3 pacientes operados más de una vez, en uno que requirió 2 intervenciones y en otro 3, la magnitud o complejidad de los actos quirúrgicos no diferían lo suficiente como para justificar la situación hemostática que tuvo lugar en el período posoperatorio.

En 2 pacientes se instalaron prótesis inmediatas; en uno con 4 extracciones y alveoplastia tuvo lugar un ligero sangrado, mientras que en otro con esas mismas

características la evolución fue muy favorable.

De los 49 pacientes anticoagulados, en 21 de ellos no se suspendió la medicación anticoagulante, y de estos últimos, 18 no sangraron después de la operación, para el 85,8 %. De los 28 pacientes a los cuales se les suprimió el anticoagulante, en 24 (85,7 %) no hubo hemorragia alguna, de modo que la diferencia observada en el período posoperatorio al suspender o mantener la terapéutica anticoagulante, careció de significación. Uno de los 8 pacientes con diversas hemopatías experimentó un sangramiento posquirúrgico moderado, para el 12,5 %, que fue controlado con medidas locales y administración de plasma fresco congelado, puesto que presentaba un déficit del factor IX de la coagulación. De estos resultados se desprende que sólo en 8 de los 57 pacientes intervenidos (tabla 2) se produjo algún tipo de hemorragia posoperatoria.

TABLA 2. Condición clínica y resultados de la hemostasia posoperatoria

Condición clínica	Pacientes	Sangrado	
		No.	%
Con trastornos anticoagulantes crónicos:	49	7	14,2
- Suspendieron anticoagulantes	28	4	14,2
- Mantuvieron anticoagulantes	21	3	14,3
Con diversas hemopatías	8	1	12,5

Discusión

Los resultados expuestos demuestran que el diseño terapéutico aplicado satisfizo las expectativas, dadas por el 85,2 % sin complicaciones y el 14,8 % con san-

grado leve; todos resueltos con medidas de control local y ambulatoriamente, excepto en un paciente con déficit del factor IX de la coagulación, que fue ingresado para administrarle hemoderivados según sus necesidades.

Por otra parte, si bien cuando al realizarse en el mismo acto 2 exodoncias, el sangrado se presentó en el 18,1 %, y cuando se efectuaron las extracciones múltiples con alveoloplastia se produjo en el 16,7 %, al hacerse más de 3 exodoncias (hasta 4) ningún paciente experimentó hemorragia posoperatoria, circunstancias que llevan a pensar que el sangramiento es independiente de la complejidad de la intervención quirúrgica. Igualmente, los resultados posquirúrgicos en los 49 pacientes anticoagulados crónicos con suspensión o mantenimiento de su medicación anticoagulante, así como en los 2 que recibieron prótesis inmediata, no inducen a atribuir significación a estas influencias en uno u otro sentido.

No obstante, dada la gran variedad de los trastornos de la coagulación, el tratamiento de estos pacientes debe aplicarse en concordancia con las indicaciones del hematólogo,¹ de manera que aquéllos con alteraciones de la primera fase (vascular y plaquetaria) podrán ser tratados con maniobras y eventualmente transfusión de plaquetas o maniobras y administración de diamino-arquinac vasopresina.^{4,7,11}

A los pacientes con déficit de los factores de la coagulación se les podrá administrar el factor faltante, plasma fresco congelado o vitamina K, en dependencia de la causa.^{7,11} Otra alternativa terapéutica consiste en la utilización de preparados de fibrinógeno y trombina en forma local, lo cual quedó corroborado en nuestro estudio. También se puede utilizar una combinación de ambos.

En cuanto a la coagulación alterada por tratamiento farmacológico específico

(por ejemplo anticoagulantes plaquetarios u orales), las opciones pueden ser interrumpir el tratamiento medicamentoso cuando sea posible o emplear, como en nuestro caso, un preparado local, con respuestas posoperatorias muy similares

siempre que se realicen correctamente las maniobras quirúrgicas.

AGRADECIMIENTOS

A Iván Rizo Barreiro, *alumno ayudante de Cirugía Maxilofacial, por su participación en este trabajo.*

SUMMARY: An action method is presented for exodontia and mean oral surgery in persons at haemostatic risk, for that reason, we analyse 68 procedures in 57 patients. 49 presenting with chronic anticoagulant disorders and 8 some type of hemopathy, performed in all cases with application of thrombin into alveolus or alveolar surface. In more than half of patients given anticoagulants, theses were discontinued before and after surgical procedure. Most of postoperative periods evolved satisfactorily and only a low percentage showed light bleedings, overcome in almost as a whole using local and ambulatory measures. There wasn't any relation between complexity and the haemostatic result obtained.

Subject headings: **SURGERY ORAL; AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES; HEMOSTASIS, SURGICAL.**

Referencias bibliográficas

1. Blasco FC, Celebrin L. Prevención de las hemorragias. ¿Por qué sangra un paciente?. *Ateneo Argent Odontol* 1994;33(2):32-5.
2. Álvarez AF, Torres M, García JM, Jensen CE, Costeralle E, Blasco FC. Exodoncia y tratamiento periodontal en pacientes con alto riesgo. *Rev Argent Odontol* 1993;25(1):62-6.
3. Duperon D. Questions concerning the safety on the tissue adhesive. *J Periodontol* 1996; 57(10):237-43.
4. Penner IA, Massouna MI. Hematology oncology coagulation disorders. *Clin Med North Am* 1993;6(5):491-9.
5. Awang MN. Closure of periantral fistula. *Int J Maxillofac Surg* 1995;23(1):110-5.
6. Grey EG. Fibrin as a haemostatic in cerebral surgery. *Surg Gynecol Obstet* 1915; 21(3):452-8.
7. Goldberg F, Torres MD, Bottero CI. Thermoplasticized guttapercha in endodontic surgical procedures. *Endod Dent Traumatol* 1996;16(4):429-33.
8. Croubite EP. Use of thrombin and fibrinogen in skin grafting. *J Am Med Assoc* 1944;125(7):976-83.
9. Matras H. Aplicación de un adhesivo biológico en cirugía oromaxilofacial. *Q Zeits Für Stomat* 1993;95(3):223-9.
10. Neckish R. Adhesión con fibrina: un método para el tratamiento de las heridas producidas por la exodoncia en pacientes con diátesis hemorrágicas. *Q Zeits Stomatol* 1994; 96(7): 845- 53.
11. Lee R, Bithell T, Foerster J, Althens J, Lukens D. *Wintrobe's clinical hematology*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993:2141-53.

Recibido: 11 de febrero de 1999. Aprobado: 22 de junio de 1999.

Dr. José M. Díaz Fernández. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora". Santiago de Cuba.