

Lorena Bravo¹, Daniela Muñoz¹

1.- Facultad de Odontología
Universidad de Concepción, Chile.

Dra. Lucía Lorena Bravo Rivera.
Roosevelt 1550, Concepción.
Fono: 56-41-2204292. Email:
luciabravo@udec.cl

Consideraciones en el tratamiento odontológico de pacientes pediátricos con Hemofilia. Reporte de un caso clínico. *Considerations in dental treatment of pediatric patients with hemophilia: A case report*

Resumen: Paciente de sexo masculino, de 7 años de edad, acude al Hospital Regional de Concepción Guillermo Grant Benavente derivado por un diagnóstico presuntivo de hemofilia debido a una hemorragia producto de la exodoncia de una pieza temporal y a la existencia de antecedentes familiares. Se realizó un estudio hematológico, con el cual se observó que el factor VIII se encontraba disminuido, lo que confirmó el diagnóstico. Para el tratamiento odontológico se coordinó con hematólogo tratante la hospitalización del paciente para manejo y control de sus parámetros hematológicos durante los procedimientos odontológicos invasivos, mediante la administración de factor VIII.

Palabras claves: niños, hemofilia, trastornos de coagulación.

Bravo L. & Muñoz D. Consideraciones en el tratamiento odontológico de pacientes pediátricos con Hemofilia. Reporte de un caso clínico. J Oral Res 2012; 1(2): 86-89.

Recibido: 16/10/12 | Revisado: 08/11/12 | Aceptado: 27/11/12 | Online: 27/11/12

Introducción.

La hemostasia es el mecanismo que mantiene la fluidez de la sangre y la integridad de los vasos, evitando la pérdida sanguínea a través de posibles defectos vasculares. Este proceso está constituido por tres mecanismos: acción vascular, activación plaquetaria y formación del coágulo de fibrina. Cuando cualquiera de los eslabones que forman esta cadena se altera, se produce un trastorno de la coagulación¹, cuadro clínico caracterizado por una tendencia a la hemorragia. Entre los trastornos de coagulación el más frecuente es la Hemofilia.^{2,3}

La hemofilia es una enfermedad hereditaria ligada al cromosoma X, por lo que afecta sólo a los hombres siendo la mujer portadora. El trastorno se debe a la deficiencia del factor VIII (Hemofilia A) o a la deficiencia del factor IX (Hemofilia B).^{4,5} En el caso de la hemofilia A, ésta se manifiesta con hemorragias en tejidos blandos, músculos y articulaciones de carga.²

La hemostasia normal requiere aproximadamente

una actividad del factor VIII de un 25% o más, sin embargo, los pacientes sintomáticos suelen presentar niveles de factor VIII inferiores al 5%, con una estrecha correlación entre la gravedad clínica de la hemofilia y el valor plasmático del factor antihemofílico.² Se considera grave cuando la actividad plasmática es <1%, moderada si el rango está entre 2 y 5 %, y leve si el rango está entre 6 y 40 %.^{3,6,7,8,9}

El tratamiento de pacientes con hemofilia A ó B requiere el reemplazo de los factores de coagulación deficientes mediante infusión intravenosa, ya sea para controlar o prevenir hemorragias.⁶

El diagnóstico suele realizarse durante la historia clínica; sin embargo, es frecuente sospechar de hemofilia por antecedentes hemorrágicos familiares de presentación exclusiva en varones, por la respuesta exagerada a pequeños traumatismos o manipulaciones quirúrgicas, o por el hallazgo en pruebas de hemostasia sistemáticas de una prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA), acompañados

de tiempo de hemorragia y protrombina normales. El diagnóstico definitivo se establece al comprobar el descenso o la ausencia de la actividad procoagulante del factor VIII plasmático.¹⁰

Entre los exámenes solicitados para confirmar el diagnóstico encontramos: TTPA, tiempo de protrombina, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, retracción del coágulo, agregación plaquetaria y la cuantificación de factor VIII y IX.^{3, 8, 11, 12, 15}

El recuento plaquetario mide la cantidad de plaquetas; las cifras plaquetarias inferiores a $150.000 \times \text{mm}^3$ se consideran expresivas de trombocitopenia; el tiempo de sangría permite conocer la calidad de las plaquetas y el tiempo normal es de 1 a 5 minutos dependiendo del método que se utilice para su determinación. La agregación plaquetaria mide el grado de agregabilidad de las plaquetas ante agentes inductores de la activación plaquetaria y el valor normal va desde 70- 100%.⁴¹

Los trastornos hemorrágicos constituyen uno de los problemas de mayor interés a ser considerados por el odontólogo en su práctica diaria, ya que en los diversos procedimientos clínicos el profesional activa la cadena de coagulación. Proceso que en estos pacientes puede resultar en una propensión al sangramiento profuso, lo cual hace de ellos un grupo especial que amerita atención cuidadosa para sortear las complicaciones post-operatorias.¹³ Por lo que el objetivo principal de esta publicación es dar orientaciones y pautas sobre el manejo odontológico en pacientes infantiles con hemofilia A.

Caso clínico.

Al Hospital Regional de Concepción Guillermo Grant Benavente acude un paciente de sexo masculino

Examen	Resultado	Rango de referencia	Unidad
Factor VIII	20.1	70.000 – 150.000	%
Factor IX	78.6	70.000 – 120.000	%
TTPA	46.10	28.00 – 43.00	segundos

Tabla 1. Resultado de exámenes hematológicos.

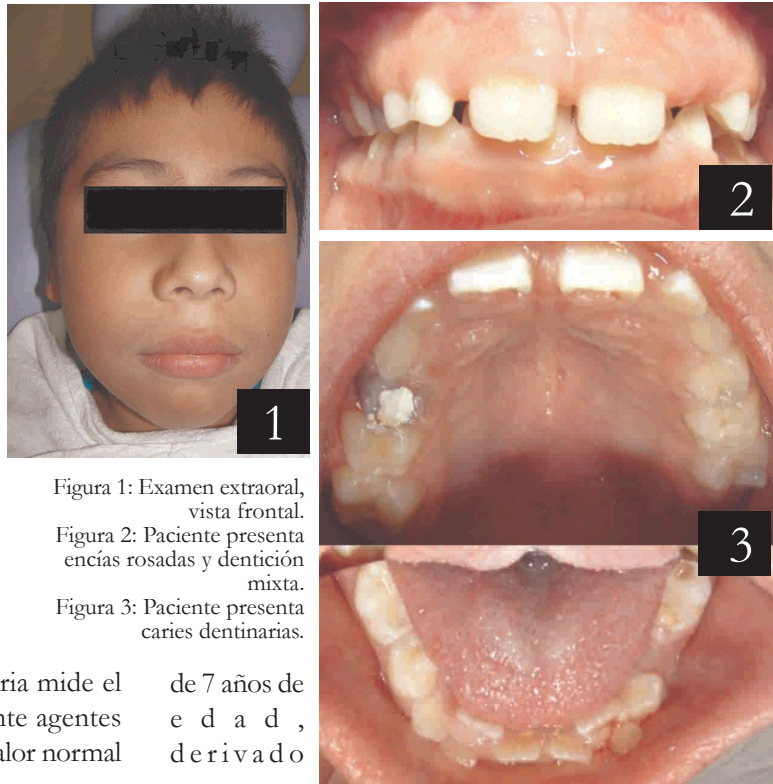


Figura 1: Examen extraoral, vista frontal.

Figura 2: Paciente presenta encías rosadas y dentición mixta.

Figura 3: Paciente presenta caries dentinarias.

de 7 años de edad, derivado por un sangramiento posterior a la exodoncia de una pieza temporal. La madre del paciente relata que existen primos del menor con hemofilia.

El examen hematológico reveló una disminución del factor VIII y el TTPA aumentado (Tabla 1). Al examen clínico, el paciente es cooperador y presenta coloración normal de su piel (Figura 1). Al examen intraoral se observa encías rosadas sin signos de sangramiento, dentición mixta (Figura 2), caries dentinarias (Figura 3), higiene bucal deficiente, alto riesgo cariogénico y no presenta malos hábitos.

Tratamiento realizado.

Previo al tratamiento se realizó interconsulta con hematólogo tratante, quien indicó hospitalizar al paciente con el objetivo de controlar sus parámetros hematológicos durante los procedimientos odontológicos mediante la administración de factor VIII y evitando complicaciones posteriores a la atención odontológica.

El tratamiento odontológico se realizó en dos etapas. En la primera hospitalización se realizó una pulpotomía y exodoncia de dos piezas temporales,

se controló a los tres días observándose alvéolos cicatrizados y la pieza con pulpotomía sin sintomatología. En la segunda etapa se realizó la exodoncia de la pieza 6.2, operatoria dental y destartraje.

Durante la hospitalización, el paciente fue evaluado por el hematólogo tratante y media hora antes de cada sesión clínica se administraba 500 U de factor VIII.

Discusión.

En el caso clínico descrito se realizó luego de la primera sesión odontológica, la interconsulta con el pediatra hematólogo tratante, solicitando el estudio hematológico correspondiente para determinar el estado actual del paciente y planificar el tratamiento a realizar.

Según protocolos señalados en el manejo odontológico del paciente con trastornos hemorrágicos descritos por Bernardoni de Socorro y colaboradores, no se deberían extraer más de dos piezas dentarias por sesión⁴ debido a que en estos pacientes las extracciones dentarias producen graves hemorragias,² razón por la cual se decidió realizar las exodoncias en dos etapas. Además, en este procedimiento, la dosis de ataque es elevar el factor a un 20-30%, administrando una sola dosis diaria y repetir a las 24 horas.⁸

El tratamiento de molares mandibulares por lo general se realiza luego del bloqueo del nervio alveolar inferior. Este tipo de anestesia sólo debe aplicarse después de incrementar los niveles de factor de coagulación al 50% mediante la terapia de reemplazo adecuada,^{14,15} debido a que hay riesgo de hemorragia muscular, junto con probable compromiso de las vías aéreas debido a hematoma en la región retromolar o pterigoide.

Para el tratamiento de molares temporales mandibulares descritos en este caso, se utilizó la técnica de anestesia troncular, aumentando el factor deficitario mediante la administración de 500 U de factor VIII; sin embargo, de ser posible se debe evitar por el peligro de hemorragias profundas, prefiriendo la anestesia infiltrativa, intrapulpar e intraligamentaria.^{4, 13, 16} Respecto a la anestesia de infiltración utilizada principalmente en el maxilar superior, es necesario incrementar en 30% el nivel de factor carente a fin de evitar hemorragias.¹⁴

Con el fin de minimizar los hematomas se debe realizar una inyección lenta, lo que permitirá tener tiempo para que la solución de anestésico local pueda difundir a través

de los tejidos. Siempre que sea posible debemos utilizar anestésico local con un vasoconstrictor, ya que estos proporcionarán hemostasia local adicional.^{16, 17}

En los tratamientos de operatoria dental es conveniente el aislamiento del campo operatorio con el dique de goma por varias razones: los instrumentos cortantes de gran velocidad pueden lesionar los tejidos, además retrae los labios, las mejillas, la lengua y los protege de cualquier laceración.^{4,6,11,13}

Los protocolos de tratamiento exitosos son resultado de la colaboración entre hematólogos y dentistas. Estos protocolos recomiendan el uso conjunto de concentrados de factor y técnicas hemostáticas locales, al igual que medidas de aplicación local, junto con la administración postoperatoria de agentes antifibrinolíticos, cuando sea indicado.⁶

Conclusión.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, el odontólogo debe tener conocimientos básicos, para tratar a pacientes con alteraciones de la hemostasia, ya sea primaria o secundaria, es decir es imprescindible el conocimiento de las diversas patologías hemorrágicas hereditarias o adquiridas, ya que el odontólogo en todo momento activa el proceso hemostático en sus pacientes y puede llegar a descubrir alteraciones durante los procedimientos odontológicos quirúrgicos.

Resulta importante conocer estrategias de tratamiento que disminuyan la necesidad de intervenciones odontológicas especialmente en estos pacientes y cuando se requiere realizar algún procedimiento, poder otorgarlo en las mejores condiciones, disminuyendo las complicaciones.

El cuidado dental debe iniciarse con la educación y mantención de métodos de higiene bucal, enseñándoles la importancia de la limpieza cotidiana, la técnica correcta y el uso de dentífricos que contengan fluoruro,^{18,19} todo esto dirigido a evitar la hemorragia gingival y a reducirla cuando está presente.

En odontología, la prevención con controles periódicos y la consiguiente incorporación de hábitos en los enfermos y en su grupo familiar, disminuirán al mínimo la necesidad de intervenciones²⁰, especialmente las exodoncias, que constituyen el 80% de la causa de uso de factores antihemofílicos en odontología.

Abstract: A male patient, 7 years old, attends the Regional Hospital of Guillermo Grant Benavente derived by a presumptive diagnosis of hemophilia due to bleeding resulting from extraction of a primary tooth and a family history. A hematologic study was realized, where was observed that the factor VIII was decreased, which confirmed the diagnosis. For dental treatment was coordinated with the treating hematologist for inpatient management and control of hematologic parameters during invasive dental procedures, by the administration of factor VIII.

Keywords: children, hemophilia, coagulation disorders.

Referencias.

- 1.- Amigo BM. Fisiopatología y trastornos de la coagulación. *Pediatr Integr* 2008; 12(5): 469-480.
- 2.- Rivera AS, González AP. Clinical Management of Patients With Congenit Coagulopathy. *Rev Dent Chile* 2001; 92(2): 29-33.
- 3.- Gómez-Moreno G, Cutando-Soriano A, Arana C and Scully C. Hereditary blood coagulation disorders: Management and dental treatment. *J Dent Res.* 2005; 84(11): 978- 985.
- 4.- De Socorro CB, Urdaneta MB, Pereira GS, Faría MB. Manejo odontológico del paciente con trastornos hemorrágicos. Una revisión. *Cienc Odontol* 2004; 1(1); 60-70.
- 5.- García PT, Santander VF, Rodríguez EN. Atención estomatológica integral a pacientes hematológicos. *Rev Haban Cienc Méd* 2009; 8(4): 1-9.
- 6.- World Federation of Hemofilia. Directrices para el tratamiento odontológico de pacientes con trastornos de la coagulación hereditarios. 2006, N°40.
- 7.- Israels S, Schwetz N, Boyar R, McNicol A. Bleeding disorders: characterization, dental considerations and management. *J Can Dent Assoc* 2006; 72(9): 827.
- 8.- Ministerio de Salud. Guía Clínica Hemofilia. Santiago: Minsal: 2010.
- 9.- Rafael GF, Bagatini A, Lirio dos Santos A, Gomes CR, Fernandes MS, Pelini MR. Hemophilia and Anesthesia. *Rev Bras de Anesthesiol* 2004; 54(6); 865-871.
- 10.- Quintero PE, Recolons S, Klistner EC, López LJ. Hemostasia y tratamiento odontológico. *Av Odontostomatol* 2004; 20(5): 247-261.
- 11.- Gupta A, Epstein JB, Cabay RJ. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. *J Can Dent Assoc* 2007; 73(1):77-83.
- 12.- Jover-Cervero A, Poveda-Roda R, Bagan JV, Jimenez-Soriano Y. Dental treatment of patients with coagulation factor alterations: An update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: E380-E387.
- 13.- Benito M, Benito M, Morón A, Bernardoni C, Pereira S, Bracho M. Manejo odontológico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia anticoagulante. Revisión bibliográfica. *Acta Odontol Venez* 2004; 42 (2) 138-145.
- 14.- World Federation of Hemofilia. Cuidado odontológico primario para pacientes con hemofilia. 2004; N°3.
- 15.- World Federation of Hemofilia. Protocols for the treatment of haemophiliaand von Willebrand Disease. *Haemophilia* 2000; 6(1): 84-93.
- 16.- Hewson ID, Daly J, Hallett KB, Liberali SA, Scott CL, Spaile G. Consensus statement by hospital based dentists providing dental treatment for patients with inherited bleeding disorders. *Aust Dent J* 2011; 56(2): 221–226.
- 17.- Frachon X, Pommereuil M, Berthier AM, Lejeune S, Hourdin-Eude S, Quéro J. Management options for dental extraction in hemophiliacs: A study of 55 extractions (2000-2002). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99(3): 270-275.
- 18.- World Federation of Hemofilia. Tratamiento odontológico de pacientes con inhibidores del factor VIII o factor IX. 2008, N°45.
- 19.- World Federation of Hemofilia. Directrices para el tratamiento de la hemofilia. 2005
- 20.- Scully C, Diz DP, Giangrande P. Cuidados orales para personas con hemofilia o con una tendencia hemorrágica hereditaria. 2008; N°27.