



Hemofilia A – Severa – Reporte de un Caso Clínico.

Hemophilia A - Severe-Report of a Clinical Case.

Hemofilia A – Severa – Reporte de um Caso Clínico.

María Eugenia Zamudio¹ | Edgar Augusto Cardozo² | Susana Gastaldo³ | Maria Luisa Barbieri⁴

Fecha de Recepción

10 de mayo de 2009

Aceptado para su publicación

19 de julio de 2009

Resumen

Paciente con Hemofilia A, que se presenta a la consulta con hemorragia gingival profusa de 72 hs. Se realiza evaluación medico – odontológica y se procede a su internación, a fin de realizar una terapia sustitutiva sistémica, antes y después de la atención odontológica, a fin de compensar al paciente, antes de su alta.

Palabras Clave

Hemorragia, Hemofilia, Manejo Odontológico.

Abstract

Patients with Hemophilia A, which is presented to the consultation with gingival bleeding profusely from 72 hs. Medical evaluation is performed - is a dental and his internment in order to make a systemic replacement therapy, dental care before and after it to compensate the patient, before being discharged.

Key words

Hemorrhage, Hemophilia, Dental Management.

Resumo

Paciente com Hemofilia A, que se apresenta à consulta com hemorragia gengival profusa de 72 hs. Realiza-se avaliação medico – odontológica y procede-se a sua internação, a fim de realizar uma terapia substitutiva sistémica, dantes da atenção odontológica, e após ela a fim de compensar ao paciente, dantes de sua alta.

¹ Odontóloga. Jefe de Servicio de Odontología Hospital Dr. J. R. Vidal. Corrientes. E-mail: maeugeniiaz@yahoo.com.ar

² Odontólogo Cirujano. Servicio de Odontología Hospital Dr. J. R. Vidal. Corrientes.

³ Odontóloga. Servicio de Odontología Hospital Dr. J. R. Vidal. Corrientes. E-mail: grisus_doc@yahoo.com.ar

⁴ Odontóloga. Servicio de Odontología Hospital Dr. J. R. Vidal. Corrientes.

Palabras clave

Hemorragia, Hemofilia, Manejo Odontológico

Introducción

La Hemofilia A es una enfermedad hemorrágica, de la hemostasia secundaria (coagulopatía), hereditaria, que se debe a la deficiencia cuantitativa o cualitativa del factor VIII de la coagulación, por defecto de los genes que se localizan a lo largo del cromosoma X por lo tanto se trata de un trastorno recesivo ligado al sexo, el hombre es el afectado y la mujer quien la trasmite.

Se clasifica de acuerdo a la cuantificación del factor alterado:

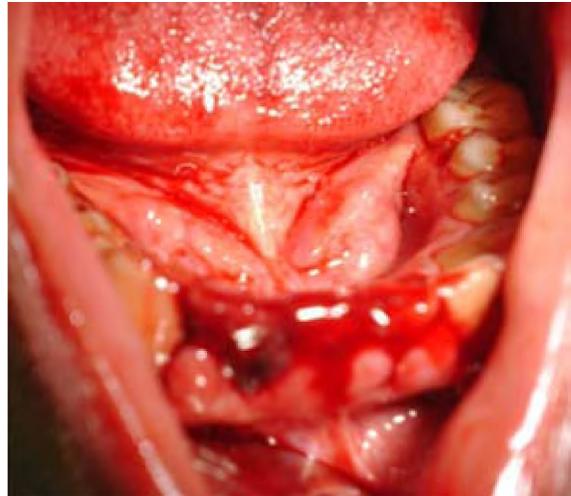
- a) Hemofilia Severa, donde el factor afectado tiene menos del 1% de actividad en relación al valor que oscila entre 80 a 150%
- b) Hemofilia moderada, tiene 1 – 4 % de actividad del Factor afectado.
- c) Hemofilia leve, el factor afectado se encuentra por encima del 5% de su actividad.(1)

Se estima que la frecuencia de la deficiencia de este factor es 1 por cada 10.000 nacimientos varones.(2)

Caso Clínico

Paciente de 27 años de edad, sexo masculino, del interior de la Provincia de Corrientes, con diagnóstico de Hemofilia A, que concurre al Servicio de Odontología del Hospital Dr. José Ramón Vidal de la ciudad de Corrientes. Se presenta a la consulta con profusa hemorragia gingival de 72 hs. de evolución aproximadamente, asintomático. Al examen clínico intraoral se observó: hemorragia espontánea de las encías, cambio de color de la encía tornándose rojizas, blandas inflamadas, cambios en la forma y posición de las encías, que se desprenden de su adhesión a los dientes, exudados alrededor de los dientes (pus), halitosis en forma permanente. Se utilizó Índice de Muhleman, grado 5: hemorragia espontánea. (Foto 1-2-3).

La higiene oral muy deficiente, nula, con presencia de tártaro supra e infragingival, en zonas de molares superiores e inferiores que cubren la corona de la pieza dentaria, y cara oclusal de las mismas. (Foto 4-5).



Fotos 1-2: Hemorragias espontáneas.



Foto 3: Encías inflamadas



Foto 4: Presencia de placa bacteria y tártaro supragingival zona molar superior derecho.



Foto 5: Presencia de tártaro supragingival zona molar inferior derecho

Se realiza la interconsulta con el Servicio de Hematología, el cual indica terapia sustitutiva sistémica a fin de incrementar el nivel plasmático del factor deficiente, internación del mismo.

Antes de realizar el tratamiento odontológico, se transfiere al paciente 8 (ocho) unidades de Crioprecipitados cada 12 hs, 2000 UI de Factor VIII y se indica plan de hidratación.

Se realiza la atención odontológica de paciente, realizándose tartrectomía mecánica ultrasónica (de gran utilidad para eliminar el cálculo supragingival reduciendo el tiempo de instrumentación). (Foto 6 y 7).

Se indica al paciente que realice higiene bucal, enjuagues de clorhexidina. Se realizan controles estrictos en la primera y segunda horas posterior al tratamiento. Se continúa con plan de hidratación, y se pasan 2000 UI de Factor VIII.

El paciente cursando segundo día de internación, presenta hemorragia severa, se transfunden 1000 UI de factor VIII cada 8 hs. Y se agregan 5 ampollas de ácido aminocaproico.

En el día tres: no se observa hemorragia. Se inyectan 5 ampollas de ácido aminocaproico, 2000UI de factor VIII cada 12 hs. Se indica amoxicilina más clavulánico 2 gr./día.

En el día cuatro: se retransfieren 4000 UI día por goteo lento, 5 ampollas de ácido aminocaproico, amoxicilina más clavulánico 2 gr./día.



Foto 6: Estado de la encía sector posterior derecho e izquierdo tras la elimina del tártaro supragingival



Foto 7: Estado de la encía, zona anterior inmediato al tratamiento



Fotos 8-9: Control postoperatorio a los 10 días.

En el día cinco: se da el alta general y odontológica al paciente, con las indicaciones necesarias y se cita para controles sucesivos, a las 72hs, 10 días. (Foto 8 y 9).

Discusión

El factor VIII es una molécula sintetizada en el hígado y en el sistema retículo endotelial. El gen encargado de su codificación se halla ubicado en el brazo largo del cromosoma X. Dentro de la célula es sintetizado como precursor, el cual luego de una serie de pasos intracelulares es excretado a la circulación donde se encuentra unido al factor Von Willebrand (FVW).

El factor VIII posee una actividad antigénica y anticoagulante intrínseca. El FVW media la adhesión de las plaquetas con el endotelio vascular. La concentración del factor VIII en la circulación es de aproximadamente 0,1 $\mu\text{g/ml}$.

Para comprender las alteraciones de la coagulación debemos recordar su mecanismo, clásicamente representado en la cascada de la coagulación.

Para valorar a un paciente portador de un síndrome hemorrágico es esencial realizar una correcta historia clínica, determinar las características del sangrado, valorar factores desencadenantes así como solicitar recuento de plaquetas, tiempo de sangría, tiempo de protrombina y KPTT, con lo cual podremos determinar qué paso o pasos se encuentran alterados.

Se ha realizado laboratorios pre y pos tratamiento odontológico, teniendo el primer día de internación 46% de hematocrito y a controles posteriores, último día 36% de hematocrito.

En el tratamiento odontológico en pacientes con hemofilia se hace necesario realizar:

- a) Interconsulta con el hematólogo, solicitud informe clínico
- b) Conocer el tipo y grado de deficiencia del factor afectado

- c) Conocer la existencia de inhibidores del factor VIII y su titulación
- d) Prevención – flúor clorhexidina
- e) Tartrectomía
- f) Raspaje y curetaje

Conclusión

Las personas con hemofilia o tendencias hemorrágicas congénitas constituyen un grupo prioritario para recibir cuidados de salud dentales, ya que una hemorragia posterior a un tratamiento dental podría ocasionar complicaciones severas y hasta fatales. El mantenimiento de una boca sana y la prevención de problemas dentales es de suma importancia, no sólo en términos de nutrición y calidad de vida.

Para lograr los mejores resultados, el equipo odontológico que atiende a pacientes con hemofilia debería formar parte de un equipo médico general e integral.

Bibliografía

1. Carlos Navarro Vila. Tratado de cirugía Oral y maxilofacial. 2004. 108-112 p.
2. Barry Harrington. Cuidado Odontológico primario para pacientes con hemofilia – Escuela de odontología Trinity Collage – Dublín Irlanda año 2004.
3. James W. Little. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. Elsevier España 1998. 668 p.
4. Vinay Kumar, Abul K Abbas, Nelson Fausto, Stanley L. Robbins, Ramzi S. Cotran. Patología Estructural y Funcional. Edición 7 – 2005. 669 p.
5. Cutando A. Montoya G. El paciente dental con alteraciones de la hemostasia. Revisión de la Fisiopatología de la hemostasia para Odontólogos. Medicina Oral 1999; 485-93.
6. Piot B., Sigaud M., Huet P., Fressinaud E., Trossaert, Mercier J., France N. Management of Dental Extractions in patients with bleeding disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93: 247-250.
7. Zusman S. P., Lustig J. P., Baston I. Hemostasia post-exodoncia en pacientes con tratamiento anticoagulante: uso de un sellante de fibrina. Quintessence Int 1992; 23: 713-16.
8. Cecotti y otros, El diagnóstico en Clínica Estomatológica. Panamericana. 2007. 375 – 381 p.
9. Malamed, Stanley F. Urgencias Médicas en la consulta Odontológica. Mosby/Doyma libros. 1994. 128 – 134
10. Patton L., Webster W. Hemorragia y Trastornos de la Coagulación. En Lynch, Brighman, Greenberg. Medicina Bucal de Burket. Novena Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 1996.
11. Fauci, Braunwald, Isselbacher, Wilson, Martin, Kasper, Hauser, Longo. Harrison. Principios de Medicina Interna. Tomo I. 14ava Edición. Editorial McGraw-Hill 1998.
12. Andreoli, Bennet, Carpenter, Smith. Cecil Compendio de Medicina Interna. Cuarta Edición. México. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2000.
13. Cohen G., Glick M. Déficit de Factores. En Rose L, Kaye D. Medicina Interna en Odontología. Tomo I. Barcelona (España) Editorial Salvat. 1992.
14. Sindet-Pedersen S., Ramstrom G., Bernvil S., Blomback M. Hemostatic effect of tranexamic acid mouthwash in anticoagulant-treated undergoing oral surgery. N Engl Med 1989; 320: 840-3.