

ACLARACION:

En el número 2 Año 2 Junio-Agosto 1993 de la Revista de la Facultad de Odontología, página 13 se publicó el trabajo de investigación "Evaluación Clínica de 100 Restauraciones Clase III y IV con una Resina Fotocurable", donde figura el nombre del Dr. Carlos Castañeda Castro.

Aclaremos a solicitud del mencionado docente, que no participó en el desarrollo de esta Etapa de la investigación que aparece en la mencionada Revista.

Así mismo aclaramos que por error de imprenta no ha sido transcrito el texto íntegro del artículo "La Odontología y la Identificación publicado en las págs. 62-63-64-65-66 cuyo autor es el Profesor De. Edgar Fernández Chirinos.

CIRUGIA ORAL EN HEMOFILIA *

DR. ROBERTO ROMERO RIVAS**

RESUMEN

Paciente joven portador de hemofilia "A" Clásica, AHG del plasma "O"; internado en 3 oportunidades en la Sala Julián Arce del Hospital General Nacional "Dos de Mayo", motivado por agudas odontalgias, abscesos, flemones, infarto ganglionar, fiebre y malestar general; con diagnóstico estomatológico de pulpitis crónica reagudizada, focos sépticos dentarios, osteoflemón y osteolisis maxilar. Con ésta sintomatología clínica y diagnósticos, se realizaron un plan de trabajo clínico quirúrgico para ejecutar las 7 exodoncias en 3 intervenciones; administrándose en el pre-operatorio antibióticos, coagulantes, sedantes y plasma fresco antihemofílico 500c media hora antes de las intervenciones; se tomaron previas impresiones maximilares para obtener los modelos de estudio y en éstas confeccionar las placas hemostáticas acrílicas. Se aplicaron

anestesia regional trencular e infiltrativas. Con la preparación pre-operatoria adecuada, el acto quirúrgico de las exodoncias fueron exitosas; no obstante del proceso infeccioso infiltrativo, se realizaron curetajes para extraer granuomas múltiples, abscesos y hueso osteoplítico y que, en la tercera intervención se realizaron alveolotomía, colgajo y sutura; se empleó al término gelfoam, trombina tópica, cemento quirúrgico e instalación de placa hemostática acrílica transparente.

En el post-operatorio ocurrieron hemorragias de sangre fresca de inicio lento luego profuso en las 3 intervenciones a partir del cuarto, quinto y tercer día, respectivamente; fueron cohibidas por la inmediata recolocación de la placa hemostática acrílica y administración continua de plasma fresco antihemofílico, procurando compensar su nivel del factor AHG

en sangre hasta conseguir elevarlo hasta el 30% o más.

Es importante destacar las interacciones inmediatas que se realizaron el médico-hematólogo Jefe Dr. Nomberto Quesada y el estomatólogo de Sala, contando con la ayuda indispensable del Banco de Sangre Jefaturada por la Dra. Yolanda Alegría.

I. INTRODUCCION

El paciente hemofílico conoce su enfermedad desde niño, por eso sabe que cualquier leve golpe le producirá hematomas o complicaciones graves en las articulaciones; pero el problema más frecuente cuando -es adolescente y adulto joven son los focos de infección gíngivo-dentario que requiere de la Cirugía Oral, siendo las exodoncias las más prevalentes. Se realizará un examen clínico cuidadoso del paciente para detectar focos de infección dentario y periodontal; con el objeto de evaluar su condición clínica y preoperatoria que nos conlleve a una óptima intervención quirúrgica y prodigarle después los cuidados excepcionales que requiere el paciente hemofílico.

CONCLUSIONES

- 1º En hemofilia "A" es necesario realizar las exodoncias en un medio hospitalario para salvaguardar la vida del paciente.
- 2º Las exodoncias debe ser de un solo diente, máximo 3 dientes.
- 3º En las exodoncias el plasma fresco antihemofílico suministrado debe elevar el nivel del Factor VIII (AHG) en sangre a un 30% o más.
- 4º Es indispensable la placa hemostática acrílica como protección y taponamiento de la herida quirúrgica.
- 5º El edema hemorrágico intragingival y la hemorragia profusa externa post-operatoria sobreviene el tercer, cuarto o quinto día después del acto quirúrgico.
- 6º La administración del plasma antihemofílico 500 cc cada 12 horas debe ser permanente e iniciarse media hora

antes de las exodoncias, durante 5 días consecutivos aproximadamente en el postoperatorio y de acuerdo a la acción traumatizante de los tejido blando y duros.

- 7º El control permanente del estomatólogo en el post-operatorio es indispensable hasta su recuperación y alta del paciente.

RECOMENDACIONES

- 1º Es indispensable que el paciente hemofílico realice la higiene oral periódicamente, según instrucciones del estomatólogo.
- 2º Es mejor realizar el tratamiento preventivo y conservador de las piezas dentarias desde temprana edad.
- 3º No esperar la destrucción total del diente, que complicará la infección dento-maxilar.
- 4º Se puede evitar las exodoncias con endodoncias, aún en raíces, previa evaluación y control

BIBLIOGRAFIA

- 1º Giordano N.D. et al - Dental extractions in hemophilia patients on aprotinin prophylaxis oral surg. Oral Med. & Oral Path, (24). 8:171-179 Aug. 1967.
- 2º Italo H. Alfredo Gandelmann. Exodontia em Pacientes Hemofílicos. Revista Brasileira de Odontología. Año XXIX-6681 Mar.-Ab. 1972.
- 3º McIntyre, H. Dental extractions in patients with hemophilia syndrome; a method of local management. Oral Surg., Oral Med&Oral Path. 19 (2): 163-173, Feb. 1965.
- 4º Middleton D.S. et al- Experience with thirty-six dental extractions in patients with hemophilia and Christmas disease Oral Surg., Oral Med & Oral Path., 19 (3): 283-291, Marz. 1965
- 5º Linch A. Medicina Bucal de Burket. Diagnóstico y Tratamiento. Edit. Interamericana. Méjico 756-757, 1986.

* Ponencia presentada al VIII Jornada Clínico Quirúrgica del 116 Aniversario del Hospital Nacional "Dos de Mayo" del 25 al 28-02, 1991 Lima. Trabajo ganador "Premio Grunenthal en Odontología 1991".
** Prof. Prin. Jefe del Dpto. Acad. Medicina Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UNMSM.

GRAFICO N° 1

TIEMPO DE PERMANENCIA DE PLACA HEMOSTATICA ACRILICA EN EL POST-OPERATORIO

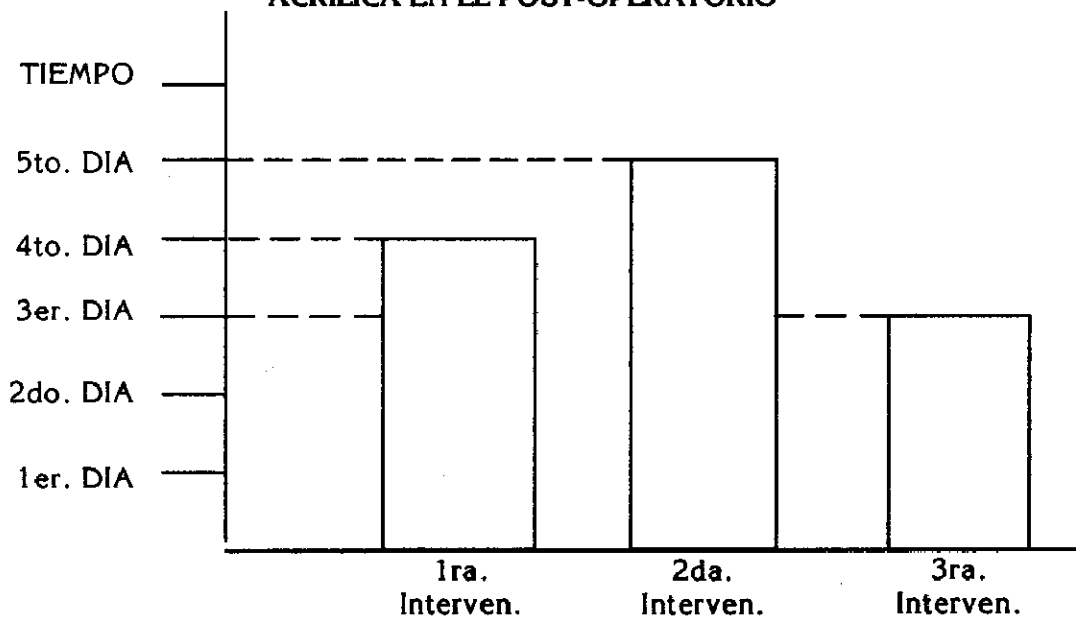


GRAFICO N° 2

GRADO DE INFECCION DENTO-MAXILAR

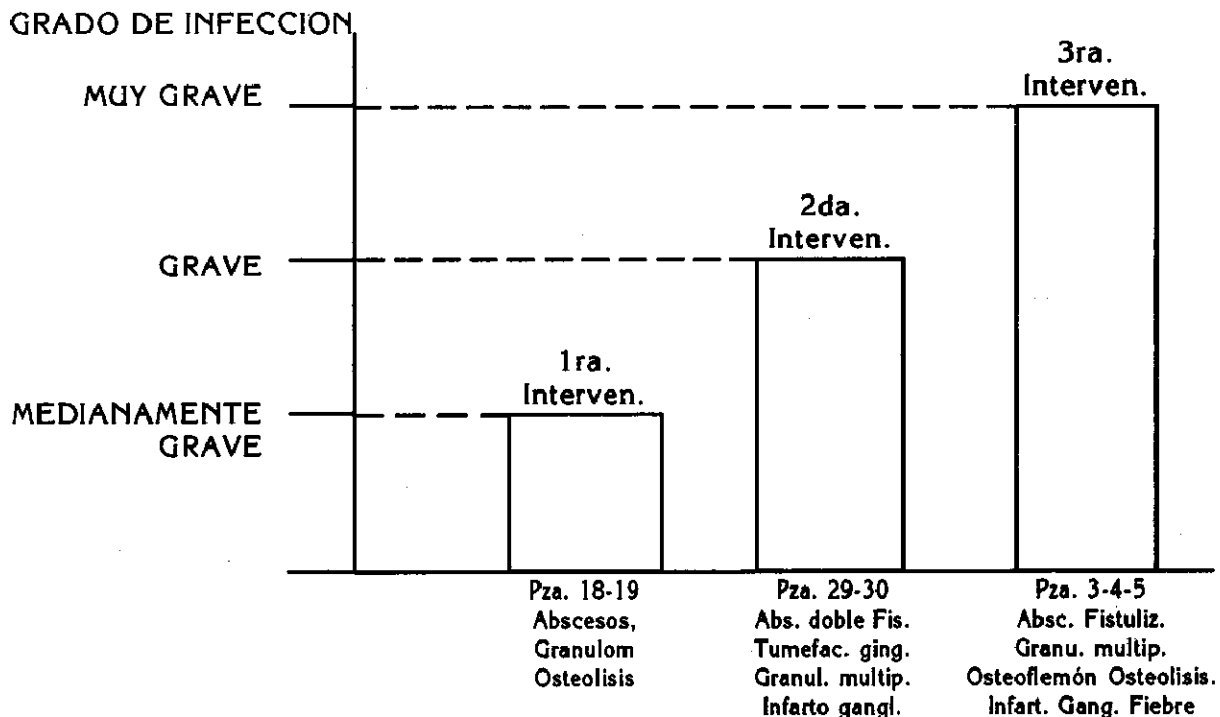
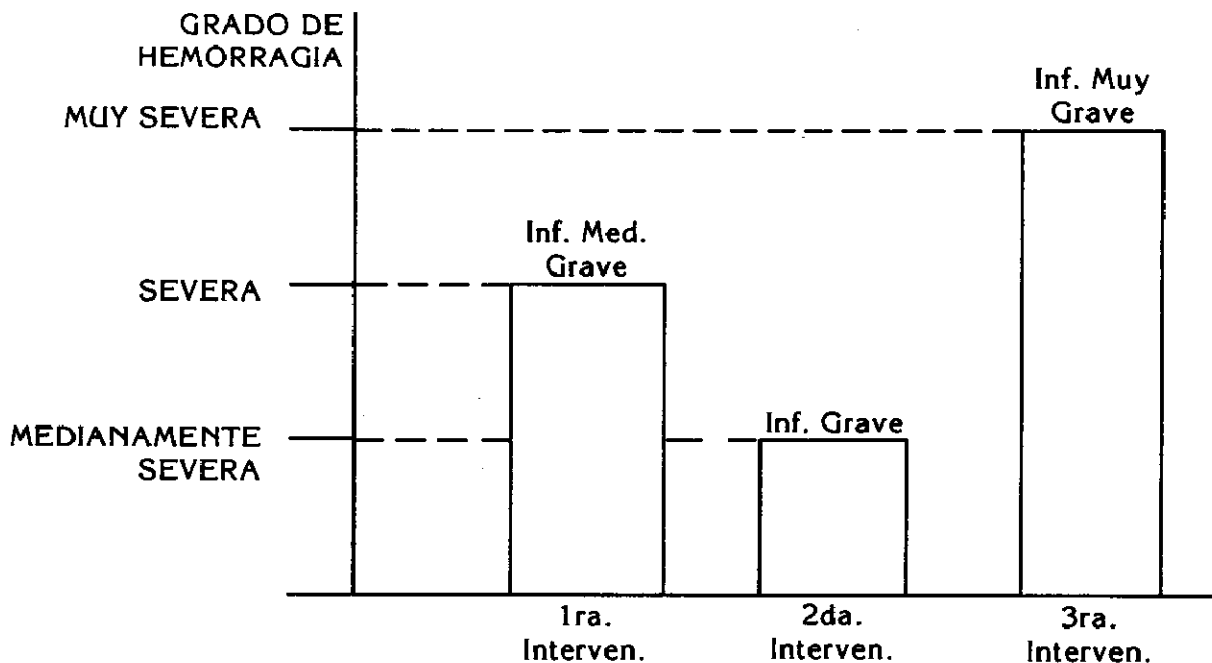


GRAFICO N° 3

GRADO DE HEMORRAGIA POST-OPERATORIA EN RELACION A LA INFECCION



CUADRO N° 1

PRE - OPERATORIO
a) Laboratorio Clínico

Paciente: C.D.M. Grupo Sanguineo "A" R.h positivo

Hematites	5'100,000 x mmc	Monocitos	8 %
Hemoglobina.....	14.88 grs. %	Linfocitos	49%
Leucocitos	11,600 x mmc	Recuen. plaquetas	300.000xmmc
Eosinófilos	2 %	Tiempo protrombina	20" - 41%
Neutrófilos	58 %	Retracc. del coág.	17%
Abastionados	2 %	Fibrinógeno	160.30 mgs %
Segmentados	41 %	Cafaloplastina Kaolin.....	138"

Generación de tromboplastina	50" ...	9%
La corrección de Generac. Trombob.	7" ...	140%
Plasma recalcificado	480"	
Plasma recalcificado obtenido	120"	
Tiempo de coagulación	24'	
Tiempo de coagulación obtenido	9'	
Tiempo de sangría	1'30"	
Tiempo de sangría	2'	

CUADRO Nº 2

PRE - OPERATORIO

b) Examen Clínico y Plan de Trabajo

1. Examen Clínico General : Anquilosis parcial art. rodilla
2. Examen Clínico Oral : Odontalgias, parulis, flemón hemicara derecha. Alitosis.
3. Examen radiográfico : Abscesos y granulomas múltiples; pulpitis crónicas reagudizadas, necrosis pulpar, osteoporosis Mx. Sup.
4. Tratamiento Preventivo :
 - a) Evaluación CLÍNICA y Radiográfica de las lesiones
 - b) Medicación: Antibiótico : Pembritín 250 mgs. 2 comp. c/6 hrs.
 Coagulantes : Stiptanón 1 amp. i.v. c/12 hrs.
 Sedantes : Valium 1 comp. 5 mg. c/8 hrs.
 Plasma Ah. : Prepar. reciente 500 cc 1/2 hora antes y durante del acto quir.
 - c) Placa hemostática acrílica:
 Impresiones
 Modelos de estudio y definitivo
 Diseño, preparado terminado y acabado

CUADRO Nº 3

Paciente : C.D.M.

Diagnóstico: Hemofilia "A" Clásica

TRATAMIENTO

Ingr.	Fecha Pzas. D. tiempo Acto Qui.	Tratamiento Oral
1er. Ing.	Pzas. dentari. Nº 18 y 19. Tiempo: 30'	Anestesia : Troncular Acto Quirurg. : Exodonc. pzas. 18-19 curetaje de granulomas Hemostasia : Placa H. acrílica, cemento quir. Stiptanón. Plasma Ah. durante el acto quirúrgico.
2do. Ing.	Pzas. dentar. Nº 29 y 30 Tiempo: 40'	Anestesia : Troncular Acto quirúrg. : Exodoncia pza. 29-30. Curetaje granulomas. Hemostasia : Placa H. acrílica. Cern. Quir. Medic.: trombin tópica, anti-tiétic. Hemostát. Plasma Ah.
3er. Ing.	Pzas. dentar. Nº 3-4-5 Tiempo: 1hra. 45'	Anestesia : Local infiltrativa Acto Quirúrg. : Exodoncia pzas. 3-4-5. Curetaje abundan tejido granulomat. Colgajo. Sutura. Osteolisis Hemostasia : Placa H. acrílica. Cernn. Quir. Medica: Trombina tópica. Antibiot. Plasma Ah. Stiptanón

CUADRO N° 4

Paciente : C.D.M.

Diagnóstico: Hemofilia "A" Clásica

INGRESOS	POST - OPERATORIO EVOLUCION CLINICA
1er. Ingreso	Plasma A.h. 500 cc media hora antes del acto quirúrg. Venoclisis permanente. Al 4to. día después del acto quirúr. sangrado ligero, después profuso, rechazo y recolocac. de placa hem. acrílica. Administ. hemostático y 500 cc de plasma AH y sangre fresca durante 3 días. Alta.
2do. Ingreso	-Plasma A.h. 500 cc media hora antes del acto quir. al 5to. día después del act. quir. sangrado lento y después profuso de sangre fresca. Rechazo y recolocación de placa hem. acrílica. Administ. trombina tópica, stiptanón y plasma AH c/6 hrs. 500 cc durante 5 días.
3er. ingreso	Plasma AH 500 cc 1/2 hra. antes del Ac. Quir. Al 3er. día sangrado brusco profuso de herida operat. Remoción y recolocación placa hem acrílica. Al 8vo. día; sangrado profuso: pérdida de 1 litro sangre fresca por la noche. Al 10mo. día: Placa hem. acrílica rechazada por sangrado profuso; edema vascular en campo operatorio. Taponam y vendaje. Stipt. Trombina tóp. Modelo. Al 17 avo. día: Colocación placa hemost. acrílica nueva. No sangra. Se aplica Hemofil 10 ml. c/24 hrs. Dieta Líquida, lbnada y después semisólida. Pres. Art. Mx. 13. Mn. 9 En Crisis: Mx 9 Mn. 5 Recuperado; Mx. 132 y Mn. 8

DEMANDA DE ATENCION ODONTOLOGICA EN EL PAIS

LUIS MAITA VELIZ, C.D. DR. ODONT.

Prof. Principal, Dpto. Académico de Medicina Estomatológica

INTRODUCCION

Se considera a la salud como uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición social o económica, principio este que es sustentado en la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud.(1)

Según el estudio "Recursos Humanos de Odontología en el Departamento de Cajamarca, Perú (3) se deduce que existen grandes masas de población, especialmente en el sector rural que carecen de atención odontológica, debido a una

diversidad de factores muy complejos; uno de los cuales es la falta de odontólogos que acudan a esas áreas a prestar sus servicios profesionales.

Se realizó el presente estudio con el objeto de conocer en forma bastante aproximada, el número de personas que reciben atención odontológica, así como el tipo de servicio que se lleva a cabo en el Departamento de Cajamarca, por parte de los odontólogos de la práctica privada y de los servicios estatales en el período de un año.

Al presente período, podría ser considerado no tan actual la presente investiga-