

DOI: 10.26820/recimundo/8.(2).abril.2024.64-74

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2227>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 64-74



Evaluación prequirúrgica en paciente bajo tratamiento con antiagregantes plaquetarios para procedimiento de cirugía oral

Preoperative evaluation in patients undergoing antiplatelet therapy for oral surgery procedures

Avaliação pré-operatória em pacientes submetidos a terapia antiplaquetária para procedimentos de cirurgia oral

Jesús Salvador Loor Albán¹; Ernesto Ricardo Montece Seixas²; Guadalupe Del Rocio Fajardo Cordero³; Ricardo Alberto Saltos Noboa⁴

RECIBIDO: 30/04/2024 **ACEPTADO:** 11/05/2024 **PUBLICADO:** 05/07/2024

1. Diploma Superior en Docencia Universitaria; Magíster en Diseño Curricular; Doctor en Odontología; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; jesus.loora@ug.edu.ec; <https://orcid.org/0000-0002-5711-5576>
2. Magíster en Diseño Curricular; Diplomado en Docencia Superior; Diploma Superior en Diseño Curricular por Competencias; Doctor en Odontología; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; ernesto.monteces@ug.edu.ec; <https://orcid.org/0000-0002-5111-8493>
3. Especialista en Periodoncia e Implantología; Odontóloga; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; guadalupe.fajardoco@ug.edu.ec; <https://orcid.org/0009-0003-3235-9042>
4. Especialista en Rehabilitación Oral; Odontólogo; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; ricardo.saltosn@ug.edu.ec; <https://orcid.org/0009-0009-8694-6799>

CORRESPONDENCIA

Jesús Salvador Loor Albán
jesus.loora@ug.edu.ec

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La evaluación prequirúrgica en pacientes bajo tratamiento con antiagregantes plaquetarios para procedimientos de cirugía oral es crucial debido al balance necesario entre el riesgo de sangrado y el riesgo de eventos tromboembólicos. Para la revisión bibliográfica sobre la evaluación prequirúrgica en pacientes bajo tratamiento con antiagregantes plaquetarios para procedimientos de cirugía oral, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se utilizaron palabras clave específicas como "evaluación prequirúrgica", "antiagregantes plaquetarios" y "cirugía oral". Se incluyeron estudios publicados en los últimos quince años. Los criterios de inclusión consideraron ensayos clínicos, estudios de cohortes, revisiones sistemáticas y guías clínicas relevantes. Los artículos seleccionados fueron evaluados críticamente en cuanto a su metodología, resultados y recomendaciones clínicas. Las conclusiones destacaron la importancia de una evaluación individualizada, la colaboración interdisciplinaria entre cirujanos, cardiólogos y hematólogos, y el uso de protocolos y guías clínicas actualizadas. Además, se subrayó la necesidad de una historia clínica detallada, pruebas diagnósticas adecuadas, educación del paciente y un seguimiento postoperatorio cuidadoso para optimizar los resultados quirúrgicos y minimizar los riesgos asociados al sangrado.

Palabras clave: Evaluación Prequirúrgica, Antiagregantes Plaquetarios, Cirugía Oral.

ABSTRACT

The preoperative evaluation of patients undergoing antiplatelet therapy for oral surgery procedures is crucial due to the necessary balance between bleeding risk and thromboembolic events. For the literature review on the preoperative evaluation of patients undergoing antiplatelet therapy for oral surgery procedures, an exhaustive search was conducted in scientific databases such as PubMed, Scopus, and Cochrane Library. Specific keywords such as "preoperative evaluation," "antiplatelet therapy," and "oral surgery" were used. Studies published in the last fifteen years were included. Inclusion criteria considered clinical trials, cohort studies, systematic reviews, and relevant clinical guidelines. The selected articles were critically evaluated regarding their methodology, results, and clinical recommendations. The conclusions highlighted the importance of individualized evaluation, interdisciplinary collaboration among oral surgeons, cardiologists, and hematologists, and the use of updated protocols and clinical guidelines. Additionally, the necessity for a detailed medical history, appropriate diagnostic tests, patient education, and careful postoperative follow-up was emphasized to optimize surgical outcomes and minimize bleeding risks.

Keywords: Preoperative Evaluation, Antiplatelet Therapy, Oral Surgery.

RESUMO

A avaliação pré-operatória de pacientes submetidos à terapia antiplaquetária para procedimentos de cirurgia oral é crucial devido ao necessário equilíbrio entre risco de sangramento e eventos tromboembólicos. Para a revisão da literatura sobre a avaliação pré-operatória de pacientes submetidos a terapia antiplaquetária para procedimentos de cirurgia oral, foi realizada uma pesquisa exhaustiva em bases de dados científicas, como PubMed, Scopus e Cochrane Library. Foram utilizadas palavras-chave específicas como "avaliação pré-operatória", "terapia antiplaquetária" e "cirurgia oral". Foram incluídos estudos publicados nos últimos quinze anos. Os critérios de inclusão consideraram ensaios clínicos, estudos de coorte, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas relevantes. Os artigos selecionados foram avaliados criticamente quanto à sua metodologia, resultados e recomendações clínicas. As conclusões destacaram a importância da avaliação individualizada, da colaboração interdisciplinar entre cirurgiões orais, cardiologistas e hematologistas e da utilização de protocolos e diretrizes clínicas atualizados. Além disso, foi enfatizada a necessidade de um histórico médico detalhado, testes diagnósticos apropriados, educação do paciente e acompanhamento pós-operatório cuidadoso para otimizar os resultados cirúrgicos e minimizar os riscos de sangramento.

Palavras-chave: Avaliação pré-operatória, Terapia antiplaquetária, Cirurgia oral.

Introducción

Diversas intervenciones invasivas realizadas en odontología pueden provocar hemorragia. En circunstancias normales estas técnicas se pueden llevar a cabo con un bajo riesgo para el paciente; sin embargo, los pacientes cuya capacidad de controlar la hemorragia esta alterada por fármacos o por enfermedad pueden correr un grave riesgo, a no ser que el odontólogo identifique el problema antes de realizar cualquier intervención dental. En la mayoría de los casos, una vez identificado el paciente con problemas hemorrágicos, se pueden tomar medidas para reducir considerablemente el riesgo asociado con las intervenciones dentales. Es normal que al realizar una incisión o cualquier otra maniobra quirúrgica sobre los tejidos blandos u óseos de un ser vivo, se produzca una hemorragia, pero también es normal que los mecanismos fisiológicos de la hemostasia controlen y coapten la pérdida sanguínea en un plazo mayor o menor de tiempo (1).

En la actualidad muchos pacientes reciben tratamiento antiagregante crónico por padecer una patología vascular periférica, o como prevención secundaria de la enfermedad aterosclerótica. Al tratarse en la mayoría de casos de medicación administrada de forma crónica, es necesario plantear qué hacer en el probable escenario de que en algún momento de su vida necesiten someterse a un acto quirúrgico. Para ello, hay que evaluar el riesgo trombótico del paciente causado por la enfermedad y el riesgo hemorrágico asociado a la cirugía. En estos pacientes es necesario individualizar el manejo perioperatorio según el tipo de cirugía e involucrar a los profesionales sanitarios en el manejo quirúrgico de estos pacientes (2).

El principal efecto de los fármacos antiagregantes plaquetarios es inhibir el desarrollo de trombos en el interior de venas y arterias, para así, prevenir y tratar las enfermedades cardiovasculares. El ácido acetilsalicílico (AAS) es el fármaco de primera elección para

el tratamiento y prevención de eventos tromboembólicos por su efecto y su bajo costo, y su combinación con clopidogrel, resulta una terapéutica muy efectiva en el tratamiento de dichos eventos. La ruptura de estos vasos sanguíneos se la conoce como hemorragia y en el caso de no llegar a controlarla se puede producir hipovolemia e hipoperfusión de los tejidos llegando a producir un estado de shock en el paciente. Por lo que es importante que el odontólogo conozca los métodos para el control de la hemorragia (3).

Metodología

Para la revisión bibliográfica sobre la evaluación prequirúrgica en pacientes bajo tratamiento con antiagregantes plaquetarios para procedimientos de cirugía oral, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se utilizaron palabras clave específicas como "evaluación prequirúrgica", "antiagregantes plaquetarios" y "cirugía oral". Se incluyeron estudios publicados en los últimos diez años. Los criterios de inclusión consideraron ensayos clínicos, estudios de cohortes, revisiones sistemáticas y guías clínicas relevantes. Los artículos seleccionados fueron evaluados críticamente en cuanto a su metodología, resultados y recomendaciones clínicas. La información obtenida se sintetizó para identificar las mejores prácticas y recomendaciones actuales en el manejo de estos pacientes, destacando la importancia de la comunicación interdisciplinaria entre cirujanos, cardiólogos y hematólogos para optimizar los resultados quirúrgicos y minimizar los riesgos asociados al sangrado.

Resultados

Terapia antiagregante plaquetaria

La terapia antiplaquetaria disminuye el riesgo de presentar eventos cardiovasculares en personas con alto índice de padecerlos, la reducción del riesgo es independiente de la edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular. La droga más comúnmente

utilizada para las terapias antiplaquetarias es el ácido acetilsalicílico, cuyo nombre comercial más utilizado es la aspirina. Existen otros antiplaquetarios, entre los que podemos mencionar el clopidogrel y el ticlopidine. Los tratamientos antiplaquetarios actúan diferentes a los anticoagulantes, ya que los anticoagulantes bloquean el segundo paso de la formación del trombo conocido como coagulación y no afectan por lo tanto a las plaquetas. El efecto antiagregante de la aspirina se logra con dosis de 75- 1000 mg diarios, la dosis para producir este efecto sin presentar riesgos sistémicos se encuentra entre 75 y 150 mg diarios (4).

- **Ticlopidina:** La ticlopidina es un antiagregante plaquetario químicamente emparentado con el clopidogrel. La ticlopidina puede ser más eficaz que la aspirina, aunque algunos raros casos de toxicidad sobre la médula ósea hacen que su uso se limite a aquellos pacientes que sean intolerantes o que no respondan a la aspirina. La ticlopidina está indicada como alternativa de la aspirina en la prevención del ictus tromboembólico inicial o recurrente. También se puede utilizar en la prevención del infarto de miocardio.
- **Clopidogrel:** El clopidogrel es un agente antiagregante plaquetario oral con una estructura y un mecanismo de acción parecidos a los de la ticlopidina. El clopidogrel se caracteriza por una menor incidencia de reacciones secundarias que la ticlopidina, en particular a nivel cutáneo, gastrointestinal o dermatológico. Además, a diferencia de la ticlopidina, el clopidogrel no requiere una monitorización hematológica rutinaria. El clopidogrel se utiliza para prevenir episodios arterioscleróticos (infarto de miocardio, ictus, y muerte vascular) en pacientes con historia reciente de accidente cerebrovascular, cardio o perivascular.

Evaluación prequirúrgica

Paciente anticoagulado y antiagregado

Pueden adoptarse varias estrategias de acuerdo al riesgo de tromboembolismo y al de hemorragia asociado al procedimiento. En la mayoría de los pacientes los antagonistas de la vitamina K (AVK), acenocumarol o warfarina, se suspenden 4 o 5 días antes, permitiendo que el RIN se normalice ($RIN < 1,2$) en el momento de la cirugía. De esta manera los pacientes permanecen sin protección por dos a tres días. La anticoagulación puede reiniciarse en el postoperatorio una vez que se den las condiciones de seguridad y hemostasia. Son situaciones de alto riesgo de tromboembolismo, y que, por lo tanto, requieren que el paciente permanezca el menor tiempo posible sin anticoagulación: pacientes con trombofilias con antecedentes de episodios repetidos de tromboembolismo, portadores de válvulas protésicas mecánicas con o sin fibrilación auricular, o pacientes en el primer mes tras un episodio de tromboembolismo venoso. En esta última situación, si la cirugía es electiva y puede postergarse se prefiere realizarla más allá del primer mes del evento tromboembólico (5).

En cuanto a los pacientes en tratamiento con antiagregantes plaquetarios, éstos suponen un aumento del sangrado quirúrgico por lo que su suspensión debe sopesarse con el riesgo de trombosis. Una de las decisiones más complicadas es la suspensión en pacientes portadores de stents coronarios, siendo los pacientes con mayor riesgo aquellos portadores de stents con drogas colocados en los 6 a 12 meses previos, aquellos con antecedentes de trombosis del stent, los portadores de dos o más stents o colocados en una bifurcación, cuando la revascularización ha sido incompleta y en pacientes diabéticos o con baja fracción de eyección del ventrículo izquierdo. El riesgo de sangrado varía en función del tipo de antiagregante. La aspirina a dosis de 100 mg/día de ser necesaria podría mantenerse, sin aumentar significativamente el riesgo de sangrado operatorio. En caso de suspenderse, se indicará la retirada entre 7

a 10 días previos a la cirugía. En cambio, el clopidogrel supone un mayor riesgo de sangrado intra y postoperatorio, y debe ser suspendido entre 5 a 7 días antes de la cirugía. Siempre la decisión deberá ser individualizada para estimar el riesgo-beneficio de la conducta a adoptar (5).

Manejo perioperatorio del tratamiento antiplaquetario

Para Rodríguez et al. (2016) es necesario iniciar con la comprensión de la forma de suspender y reiniciar los antitrombóticos previos a intervenciones quirúrgicas o procedimientos intervencionistas, tomando en cuenta factores tales como las características farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento usado, además de tener en cuenta las comorbilidades de los pacientes y aspectos relativos a la cirugía, como si esta es electiva o de emergencia. El riesgo del sangrado del procedimiento también es un factor importante a considerar.

Al respecto, Nazar, Contreras, Molina & Fuentes (2018) aportan, específicamente en casos de cirugía electiva no cardíaca de pacientes usuarios de aspirina y clopidogrel, que es importante clasificar al paciente, según el riesgo que presenta ante la cirugía por el uso del antiplaquetario, de la siguiente manera:

Pacientes con riesgo trombótico bajo:

- **Riesgo hemorrágico bajo:** mantener aspirina y suspender clopidogrel 5 días previos a la cirugía.
- **Riesgo hemorrágico moderado-alto:** suspender aspirina 5-7 días previos al procedimiento quirúrgico y clopidogrel 5 días antes de la cirugía. La suspensión de este fármaco 7 días antes a la cirugía se debe a que diariamente se reponen un 10-12 % de las plaquetas circulantes (6).

Pacientes con riesgo trombótico moderado:

- **Riesgo hemorrágico bajo-moderado:** mantener aspirina y suspender clopidogrel 5 días previos a la intervención quirúrgica.
- **Riesgo hemorrágico alto:** suspender aspirina 5-7 días previos al procedimiento quirúrgico y clopidogrel 5 días antes de la cirugía (6).

En pacientes con riesgo trombótico alto se debe intentar posponer cirugías electivas hasta una situación de, al menos, riesgo trombótico moderado. Sin embargo, si el procedimiento quirúrgico no es diferible se debe valorar el riesgo de sangrado quirúrgico:

- **Riesgo hemorrágico bajo:** mantener aspirina y clopidogrel.
- **Riesgo hemorrágico moderado:** si han transcurrido menos de 6 semanas de un evento trombótico agudo/implante de stent no medicado, o menos de 6 meses de la instalación de un stent medicado, la recomendación es mantener aspirina y clopidogrel. Sin embargo, si han transcurrido más de 6 semanas de un evento trombótico agudo/implante de stent no medicado, o más de 6 meses de la instalación de un stent medicado, la recomendación es mantener aspirina y suspender clopidogrel 3-5 días previos al procedimiento quirúrgico.
- **Riesgo hemorrágico alto:** mantener aspirina y suspender clopidogrel 5 días previos a la cirugía. En estos pacientes se sugiere iniciar terapia puente con inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa (tirofiban) mientras el paciente no esté recibiendo clopidogrel. El tirofiban se debe iniciar a dosis de 0,1 mcg/kg/min y se debe suspender 6 h previo al procedimiento quirúrgico (6).

Para (Xavier, 2017) en los casos de pacientes con stent, la discontinuidad de la terapia antiplaquetaria precoz se asocia con un alto riesgo de trombosis del stent y muerte. No obstante, continuar con la medicación

también puede significar un alto riesgo de hemorragia en cirugía. En cuyo caso es fundamental evaluar el riesgo trombótico vs el riesgo hemorrágico, de la siguiente manera:

Riesgo trombótico

- **Bajo riesgo:** > de 6 meses luego de intervención percutáneo-coronario (PCI) con stent metálico (BMS). > de 12 meses luego de PCI con stent con droga (DES).
- **Riesgo intermedio:** >1 mes < 6 meses luego de PCI con BMS. >6 meses < de 1 mes luego de PCI con BMS. < 6 meses de PCI con DES. < 12 meses de PCI con DES en casos de stents largos, múltiples, pequeños vasos, bifurcaciones y otras situaciones especiales. Riesgo Hemorrágico.
- En casos de riesgo de hemorragia intermedio, en un riesgo trombótico bajo e intermedio se sugiere continuar con AAS (antiagregante plaquetario que pertenece a la familia de los inhibidores de la ciclo-oxigenasa plaquetaria), discontinuar el inhibidor del receptor P2Y12 5 días antes y reiniciar en 24-72 horas, con una dosis de carga. Si el riesgo trombótico es alto, la conducta es similar, pero podría ser necesaria una terapia puente con inhibidores de Gp IIb/IIIa. En la cirugía de riesgo de sangrado alto, con riesgo trombótico bajo y/o intermedio, la conducta es similar, al igual que el riesgo trombótico alto donde puede ser necesaria la terapia puente con Gp IIb/IIIa.
- En los casos de cirugía general con riesgo de sangrado bajo, con riesgo de trombosis bajo se sugiere continuar con AAS y discontinuar el P2Y12 5 días antes y reiniciar en 24-72 horas con dosis de carga. En los casos de riesgo de trombosis intermedio y alto la sugerencia es continuar con AAS y P2Y12.
- En el riesgo de hemorragia intermedio, con un riesgo de trombosis bajo e intermedio se sugiere continuar con AAS y discontinuar P2Y12 5 días antes y reiniciar

en 24-72 horas con dosis de carga. En el riesgo de trombosis alto la conducta es similar, pero se puede plantear la terapia puente con Gp IIb/IIIa.

- En los casos de riesgo de sangrado alto, en el riesgo de trombosis bajo la sugerencia es discontinuar AAS y P2Y12 y reiniciar en 24-72 horas con una dosis de carga (6).

Evaluación del paciente con trastornos de hemostasia

Estudios de laboratorio iniciales

En casos en los que la historia clínica del paciente indique riesgo de alteración en la hemostasia o si el clínico identifica en piel o mucosas lesiones hemorrágicas sin tener antecedente de traumatismo, deben solicitarse estudios de laboratorio iniciales que permitan identificar en qué parte del proceso de la hemostasia existe algún problema. Los siguientes son algunos ejemplos de trastornos que indican solicitar exámenes complementarios:

- Historia de sangrado que no tenga explicación.
- Lesiones hemorrágicas en piel y mucosas como petequias, hematomas o lesiones purpúricas, epistaxis o hemorragia gingival espontánea.
- Eventos hemorrágicos intensos durante o después de procedimientos quirúrgicos, extracciones, amigdalectomía, o cuando se haya requerido transfusión sanguínea después de procedimientos sencillos.
- Uso prolongado de antibióticos, antiagregantes plaquetarios, ácido acetil salicílico u otros AINE. \
- Empleo de esteroides o citotóxicos.
- Tratamiento anticoagulante.
- Enfermedades autoinmunitarias.
- Enfermedades hepáticas.

- Resección quirúrgica del intestino.
 - Pacientes con cáncer avanzado.
 - Otros trastornos (7).
- En todo paciente al que se deba evaluar la hemostasia debe solicitarse un grupo de estudios iniciales:

Tabla 1. Pruebas de laboratorio iniciales para la valoración de la hemostasia

Elementos que intervienen	Pruebas indicadas	Valores normales
Hemostasia primaria		
Vasoconstricción y Actividad plaquetaria	Tiempo de sangrado	2 a 6 minutos
	Cuenta de plaquetas	150 a 450 mil
Hemostasia secundaria		
Sistema de coagulación	PT	12 a 14 segundos 80 a 100%
	TTPa	45 segundos
PT= Tiempo de protrombina TTPa= Tiempo de tromboplastina parcial activada		

Fuente: Castellanos Suárez et al (7).

Tabla 2. Interpretación de los resultados de las pruebas básicas para la evaluación de la hemostasia. Diagnóstico inicial.

Resultado del estudio de laboratorio	Diagnóstico probable
TSI > 6 minutos	Trastornos de origen vascular Trombocitopenia Disfunción plaquetaria (como el empleo de AINE) Enfermedad de Von Willebrand
CP < 150 000	Trombocitopenia <ul style="list-style-type: none"> • Púrpura trombocitopénica idiopática • Leucemias o linfomas • Tratamiento farmacológico • Hemodiálisis • Quimioterapia • Otras etiologías
PT > 14 segundos	Cirrosis hepática Tratamiento anticoagulante Cálculos biliares Empleo de anticoagulantes Carencia de vitamina K
TTPa > 45 segundos	Hemofilia A Hemofilia B Otras hemofilias
TSI = Tiempo de sangrado de Ivy. CP = Cuenta de plaquetas. PT = Tiempo de protrombina. TTPa= Tiempo de tromboplastina parcial activada	

Fuente: Castellanos Suárez et al (7).

- Cuenta de plaquetas (CP): Tanto TSI como CP evalúan la hemostasia primaria y permiten identificar problemas relacionados con el número o funcionamiento plaquetario. La CP permite identificar alteraciones cuantitativas de las plaquetas, donde los valores normales van de 150 000 a 450 000/mm³ de sangre. Ante los resultados de una CP normal con un TSI prolongado el clínico debe sospechar que el paciente pudiera tener alguna alteración de la función plaquetaria, enfermedad de Von Willebrand o algún otro trastorno primario o adquirido del funcionamiento de las plaquetas
- Tiempo de sangrado de Ivy (TSI): Para llevar a cabo este estudio, se coloca al paciente sentado y con el brazo apoyado en el descansabrazo del sillón. Se coloca el manguito del esfigmomanómetro en el brazo y se infla hasta tener 40 mm Hg de presión. A continuación, se selecciona un área de la cara anterior del antebrazo, a la mitad del mismo (entre codo y muñeca), en la que no existan venas superficiales; se limpia la zona con una torunda de algodón empapada en alcohol o algún desinfectante y ya seca, se distiende la piel para facilitar la punción con una lanceta. El corte debe hacerse con firmeza, ejerciendo presión constante para alcanzar cierta profundidad. Al retirar la lanceta debe observarse un reloj con segundero y cada 30 s debe secarse la sangre que emerja con el borde de un papel filtro. El tiempo de sangrado se reporta en minutos; debe contarse el tiempo que transcurre desde el corte hasta que deja de fluir la sangre
- Tiempo de protrombina (PT, por sus siglas en inglés): Es un estudio de laboratorio que sirve para evaluar tanto la vía extrínseca como la vía común de la coagulación, en tanto que el tiempo de tromboplastina parcial (TTP) evalúa la vía intrínseca. Los pacientes que tienen trastornos primarios o secundarios de la coagulación registrarán un PT y TTP

prolongados. Si un paciente tuviera el primero normal y el segundo prolongado puede concluirse que existe una deficiencia en los factores que participan en la vía intrínseca (XII, XI, IX, VIII), indica además la existencia de algún tipo de hemofilia. El TTP puede arrojar resultados normales aun con una deficiencia del 70% de los factores de la coagulación que la integran, por lo que ante un resultado que se salga del rango de normalidad es obligado repetir la prueba, pues cualquier cifra por arriba de 45 s es indicativa de anormalidad.

- Tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) (7).

Procedimientos en cirugía oral menor

Los procedimientos de cirugía oral menor en odontología son diversos, en diferentes especialidades. A continuación, veremos algunos de los procedimientos más frecuentes en cirugía oral:

- **Exodoncia simple:** o exodoncia convencional. Es aquella exodoncia que se realiza sin dificultad de tipo técnico, farmacológico y médico, sin necesidad de tratamientos o procedimientos adicionales que la extracción del diente de su alveolo, previa anestesia local.
- **Exodoncia compleja:** Es aquella que presenta una dificultad que convierte una exodoncia convencional en una exodoncia con exigencia de medios especiales técnicos, médicos, farmacológicos o de cualquier otro tipo, y que en la mayoría de los casos se traduce en la exigencia de realizar una exodoncia quirúrgica. La pieza dentaria no responde a la fuerza ni técnicas empleadas en una exodoncia simple o convencional, y es necesario emplear técnicas más agresivas para extraer la pieza dentaria.
- **Alveotomía Y Alveoloplastia:** Bajo el nombre de alveoloplastia, entendemos aquellas intervenciones quirúrgicas

encaminadas a modificar la estructura alveolar. Con esta acción se pretende lograr una remodelación del proceso alveolar con el fin de colocar una prótesis, inmediata o no, de forma que la inserción de la misma no se vea dificultada por la normal prominencia que el hueso alveolar adopta en los cuellos de los dientes extraídos, y permite que la prótesis pueda tener una inserción más alta, en dirección al fondo vestibular. Con ello se ganan retención y estabilidad.

- **Biopsia:** Es procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra de tejido oral obtenida por medio de métodos cruentos para examinarla al microscopio. Esta muestra primero se envía al laboratorio, donde es fijada en parafina, y luego de un período necesario, se corta en secciones y se tiñe para que las células se puedan reconocer más fácilmente. Un patólogo, examina la muestra en el microscopio. Hay 4 tipos de biopsia: excisional, incisional, por aspiración con aguja fina (BAAF) y por congelación.
- **Apicectomías:** Es un procedimiento quirúrgico por el que se realiza la resección de la porción apical del conducto radicular de un diente. No obstante, bajo este término genérico se agrupan toda una serie de procedimientos quirúrgicos relacionados con la endodoncia. Se indica una apicectomía cuando existe un fracaso del tratamiento no quirúrgico y el retratamiento es imposible o no predice un mejor resultado, cuando es necesario realizar una biopsia, cuando existe una complejidad anatómica, cuando existen anomalías en la apertura, preparación y obturación del conducto, cuando el acceso a los conductos está obstruido, cuando existe una fractura radicular o cuando se necesita una cirugía exploratoria para obtener datos necesarios para el diagnóstico. Implantes dentales: es el anclaje de una o varias pequeñas

barras de titanio u otro material biocompatible adecuado para implante de forma permanente al maxilar o mandíbula. Posterior a la adhesión de este o estos implantes, se colocarán prótesis dentales o una corona (8).

Complicaciones post operatorias en cirugía oral menor ambulatoria

- **Hemorragia:** Hemorragia es toda pérdida sanguínea o salida de sangre del torrente o sistema vascular, espontánea o provocada por una herida cutánea o mucosa (hemorragia externa) o en una cavidad del organismo (hemorragia interna), y que es anormal por su intensidad y/o su duración. No obstante, existen otros casos en que la hemorragia es consecuencia de una alteración de la hemostasia:
 - Aquel con enfermedad hemorrágica conocida que está ya controlada por el hematólogo.
 - El sometido a tratamiento con anti-coagulantes.
 - El paciente que sufre una discrasia sanguínea, hasta entonces desconocida, que se va a detectar en el preoperatorio (8).
- **Alveolitis o infección:** Suele ser la principal causa de dolor entre el segundo y quinto día después de la exodoncia. Su característica principal es dolor agudo e intenso. La alveolitis suele ser la consecuencia de una perturbación de la cicatrización de la herida alveolar, tras la extracción dentaria. Se la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares, ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo. El coágulo, al no organizarse, se desintegra. Si existe infección, daremos un tratamiento antibiótico (8).

Tratamiento

- **Aprotinina:** Tiene actividad efectiva contra la tripsina, la plasmina, el complejo plasma estreptoquinasa, la calicreína hística y la plasmática. Parece ser que los diferentes efectos de la AP están estrechamente relacionados. La inhibición de la plasmina manifiesta su acción antifibrinolítica y también la reservación de las funciones plaquetarias por bloqueo de la hidrólisis de los receptores glicoproteicos, para contribuir de este modo a su actividad hemostática. Esta inhibición es la que apoya principalmente una potencial actividad protrombótica. La actividad anticalicreínica plasmática y la inhibición de la activación del factor XII contribuyen a bloquear la fase de contacto de la hemostasis, a disminuir la generación de trombina y así ejercer una actividad antiagregante y protectora plaquetaria (8).

Conclusión

La evaluación prequirúrgica de pacientes bajo tratamiento con antiagregantes plaquetarios para procedimientos de cirugía oral debe ser individualizada, considerando factores como el tipo de antiagregante, la indicación del tratamiento, y el riesgo de sangrado versus el riesgo de eventos tromboembólicos.

Es fundamental una colaboración estrecha entre el cirujano oral, el cardiólogo y el hematólogo para desarrollar un plan prequirúrgico que minimice los riesgos de complicaciones hemorrágicas sin comprometer la efectividad del tratamiento antiagregante.

La decisión de continuar, ajustar o suspender el tratamiento con antiagregantes plaquetarios debe basarse en una evaluación cuidadosa del riesgo-beneficio, teniendo en cuenta el tipo de procedimiento quirúrgico y el estado clínico del paciente.

Una historia clínica detallada y el uso de pruebas diagnósticas adecuadas son esenciales para identificar posibles riesgos de sangrado y planificar medidas preventivas,

como la administración de agentes hemostáticos locales o la preparación para una posible transfusión.

Es vital educar al paciente sobre los riesgos y beneficios del manejo de su tratamiento antiagregante en el contexto de la cirugía oral, asegurando que el paciente esté completamente informado y consienta el plan de manejo propuesto.

El seguimiento postoperatorio cuidadoso es esencial para detectar y manejar cualquier complicación de manera oportuna, garantizando una recuperación segura y efectiva.

Bibliografía

Mamani Quiroga EM. Tratamiento hemostático en pacientes con trastornos [Internet]. UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS; 2023. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/35057/TE-121.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guerrero Gómez M, Calvo Villas JM, Fernández Mosteirín N. Manejo perioperatorio de los pacientes en tratamiento con fármacos antiagregantes [Internet]. 2022. Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/119513/files/TAZ-TFG-2022-846.pdf>

Proaño Quezada CC. Evaluación sistémica previo a extracción dental en pacientes que toman antiagregantes plaquetarios [Internet]. UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES "UNIANDES"; 2021. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/13243/1/ACUAODONT014-2021.pdf>

Giner P. Efecto de la disfunción plaquetaria en pacientes que se encuentran bajo tratamiento con ácido acetilsalicílico quienes requieren de procedimientos de cirugía bucal [internet]. Universidad Central De Venezuela; 2006. Available from: [http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/6108/1/Efecto de la Disfunción Endotelial en pacientes bajo tratamiento con Acido Acetilsalicílico.pdf](http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/6108/1/Efecto%20de%20la%20Disfunci3n%20Endotelial%20en%20pacientes%20bajo%20tratamiento%20con%20Acido%20Acetilsalic3lico.pdf)

Parodi R, Pendino JC, Porcel JM. Evaluación clínica preoperatoria. [Internet]. 2016. Available from: <https://medicinainternaaldia.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/evaluacic3b3n-cl-c3adnica.pdf>

Arias JKB, Ávila KNG, Moyon LJA, Guzman ADCT. Tratamiento antiplaquetario prequirúrgico y postquirúrgico. RECIMUNDO. 2019;3(3):906-18.

Castellanos Suárez JL, Díaz Guzmán LM, Lee Gómez EA. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Tercera ed. El Manual Moderno S.A. de C.V; 2015.

Assayag D'Brot D. Complicaciones en cirugía oral menor en pacientes bajo medicación anticoagulante [Internet]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2008. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/323353006.pdf>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Loor Albán, J. S., Montece Seixas, E. R., Fajardo Cordero, G. D. R., & Saltos Noboa, R. A. (2024). Evaluación prequirúrgica en paciente bajo tratamiento con antiagregantes plaquetarios para procedimiento de cirugía oral. RECIMUNDO, 8(2), 64-74. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(2\).abril.2024.64-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(2).abril.2024.64-74)