

Uso del subgalato de bismuto como técnica hemostática en la exodoncia para pacientes dializados

ELSA RENÉ MANTEROLA*, ÁNGELA LUISA SMERILLI**

*Profesora Adjunta.

**Profesora Titular Consulta.

Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I.
Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires

Palabras clave: Pacientes Dializados, Exodoncia, Hemorragia, Subgalato de Bismuto, Tratamiento Interdisciplinario

INTRODUCCIÓN

En los últimos 10 años, el índice de sobrevida de los pacientes con enfermedad renal crónica ha aumentado debido a la hemodiálisis, el trasplante renal o a la combinación de ambos y por recibir fármacos inmunosupresores y antihipertensivos (bloqueantes de los canales de calcio) que tienen efectos sobre la cavidad bucal, estos pacientes necesitan tratamiento médico y odontológico de por vida.⁹

El objetivo del presente trabajo es evaluar el uso del subgalato de bismuto como método hemostático local en exodoncias realizadas a pacientes dializados.

El uso de subgalato de bismuto como hemostático local en otorrinolaringología, data de Enero de 1966.^{1,2,3,4} Se trata de un metal pesado compuesto, que es efectivo en la disminución de la hemorragia post operatoria.² Activa el factor XII de la coagulación (factor Hageman) y, de esta manera, acelera la cascada de la coagulación. Esta acción tiene efecto en las etapas tempranas de la vía intrínseca de la coagulación. Tiene poder antiséptico y astringente.^{1,4,5,6,7,8,9} El subgalato de bismuto es biocompatible con los tejidos de reparación y no interfiere con su normal desarrollo.⁸

MATERIALES Y MÉTODOS

Se evaluaron 83 pacientes, provenientes: del Hospital Álvarez, Centro de Diálisis privado Dr. Marone y Sanatorio Antártida. Treinta y dos (32) pacientes eran de sexo femenino y cincuenta y uno (51) de sexo masculino, con una edad comprendida entre 27 y 86 años de

edad. Las causas que determinaron que los pacientes sean dializados fueron: hipertensión, diabetes e insuficiencia renal aguda (síndrome clínico provocado por la caída brusca de la función renal que causa incapacidad del riñón de regular la homeostasis).

Estos pacientes presentan:

- Problemas hemorrágicos: producidos por una alteración cualitativa de las plaquetas. El número de las mismas suele ser normal, pero pierden su capacidad de adhesión y agregación por las sustancias dializables.
- Osteopatías: causadas por la alteración del metabolismo fosfocálcico, la falta de activación de la vitamina D y el paratiroidismo secundario que determina la reabsorción del hueso subperióstico con pérdida parcial de la cortical y una alteración en el trabeculado normal del hueso.

En el examen odontológico se observó:

- Palidez de piel y mucosas: visible por la anemia característica que poseen. También pueden presentar piel seca y áspera de color amarillenta.
- Tumefacción de glándulas parótidas y submaxilar.
- Halitosis: los pacientes relatan un gusto salado o metálico y suelen desarrollar estomatitis urémica.
- Aliento amoniacal: por el aumento de urea en saliva.
- Xerostomía.
- Procesos infecciosos bucodentales: aumento de susceptibilidad a la caries y a la enfermedad periodontal que provoca una mayor demanda de exodoncias.

Estos pacientes de acuerdo al examen clínico realizado presentaron una gran demanda de atención médica y odontológica.



Fig. 1. Exodoncia 4.7.

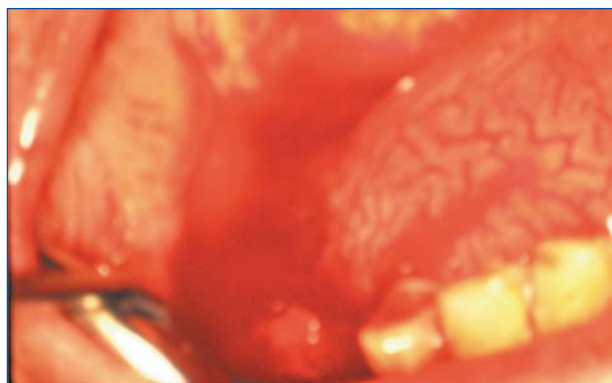


Fig. 2.

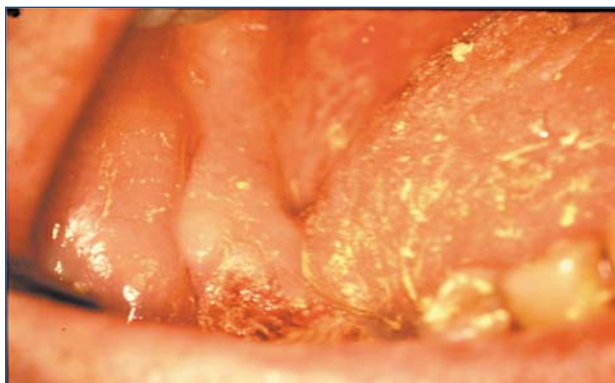


Fig. 3. Uso de subgalato de bismuto en alvéolo postextracción. Sutura.

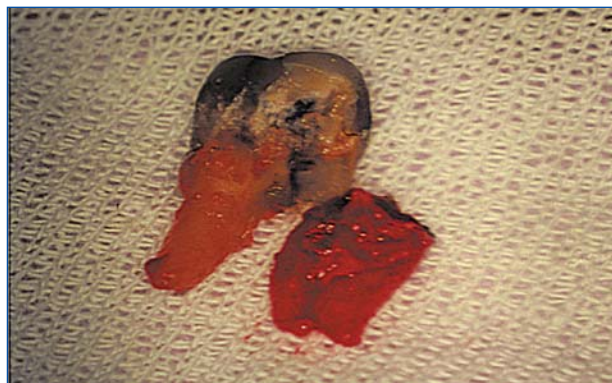


Fig. 4.

En el desarrollo de un tratamiento interdisciplinario, en el preoperatorio de pacientes a quienes debía realizarse exodoncias se tuvo en cuenta: 1) Estrecha relación entre el paciente, su médico y su odontóloga. 2) Profilaxis antibiótica. 3) Técnica quirúrgica adecuada, realizada el día posterior a la diálisis. 4) Control de la hemorragia intra y post operatoria. 5) Control inmediato dentro de las 24 horas y mediato a los 7 días.

Se realizaron 36 exodoncias simples con técnica quirúrgica habitual, en pacientes dializados sin suspender su medicación anticoagulante. En las primeras 16 exodoncias, se presentaron 5 hemorragias que posteriormente fueron tratadas con subgalato de bismuto como hemostático local. En las segundas 20 exodoncias, se empleó el subgalato de bismuto intraoperatoriamente obteniéndose mejores resultados clínicos, es decir sin hemorragias postoperatorias.

DISCUSIÓN

El protocolo para la atención de estos pacientes indica que la exodoncia debe realizarse el día posterior de la diálisis.

Si el paciente dializado presenta una emergencia bucodental que requiera intervención quirúrgica inmediata, consideramos que la exodoncia puede llevarse a cabo, sin suspender ó en algunos casos con una pequeña disminución de la terapia anticoagulante, mediante el uso de subgalato de bismuto como hemostático local.

CONCLUSIÓN

Los pacientes dializados requieren una atención odontológica especial debido al tratamiento anticoagulante al cual se encuentran sometidos. Es aconsejable utilizar subgalato de bismuto en forma rutinaria como método hemostático para prevenir posibles hemorragias en exodoncias. El uso de mismo fue utilizado con resultados positivos clínica y experimentalmente por diversos autores. Este trabajo abriría una línea clínica de tratamiento interdisciplinario para la mejor atención de los pacientes dializados y debido a la demanda existente en estos pacientes creemos oportuno la creación de servicios con una actitud interdisciplinaria a nivel público con criterio sanitario.

Agradecimientos

Dr. Pisciotano Daniel – Hospital Alvarez

Dr. Marone Héctor Rodolfo Marone – Centro de Diálisis Privado

Dra. Caballero Liliana – Sanatorio Antártida

BIBLIOGRAFÍA

1. Callanan V. et al.: The influence of bismuth subgallate and adrenaline paste upon operating time and operative blood loss in tonsillectomy. *J. Laryngol Otol.* 1995. Mar, 109(3):206-8.
2. Cozzi LM, Maniglia AJ et al.: Pulmonary sequelae of intraparenchymal bismuth subgallate. *Laryngoscope.* 1992. Jun 102(6):597-9.
3. García de Hombre MA, Pérez Peñate A: Topic usage of bismuto subgallata as a hemostatic im tonsillectomy. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 2006;33(3):301-5.
4. Hatton RC: Bismuth Subgallate– epinephrine paste in adenotonsillectomies in adenotonsillectomies. *Ann Pharmacother.* 2000 Apr, 34(4):522-5.
5. Kirkpatrick T, Johnstone, Morton JB: Factors influencing the dental management of renal transplant and dialysis patients. *British Journal of Oral Surgery.* 1971;57-64.
6. Maniglia AJ et al.: Adenotonsillectomy. A safe outpatient procedure. *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg,* 1989 Jan, 115(1): 92-4.
7. Sydney DDS, Sowel B: Dental care for patients with renal failure and renal transplants. *JADA*1982, Vol 104;171-177.
8. Thorisdottir H et al.: Activation of Hageman factor (factor XII) by bismuth subgallate, a hemostatic agent. *J Lab Clin Med.* 1988 Oct, 112(4),481-6.
9. Tramontina VA, Machado MA, Nogueira Filho Gda R, Kim SH, Vizzioli MR, Toledo S: Effect of bismuth subgallate (local hemostatic agent) on wound healing in rats. *Histological and histometric findings.* *Braz. Dent. J.* 2002;13(1)11-6.