



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1756 - ¿Tengo que suspender el antiagregante para una extracción dental?

E.G. Laura Asillo^a, F.J. Román Pérez^b, E.M. Pérez Guerra^c, F.J. Fagúndez Santiago^d e I. Matos Rojas^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo. ^bFEA y Tutor de Residentes. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Sonseca. Toledo.

^dMédico de Familia. Consultorio Médico de Burguillos. Toledo. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo, en 2012 infarto agudo de miocardio donde se procedió a colocar stent coronario farmacoactivo en tratamiento con doble antiagregación por un año; otro episodio de dolor anginoso en el 2014 que precisó ingreso para seriación enzimática, cateterismo cardíaco y colocación de stent. El tratamiento habitual al momento de la consulta fue: ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg, pantoprazol, atenolol, atorvastatina y olmesartan/amlodipino. Acudió a la consulta de atención primaria por palpitaciones asociado a dolor centro torácico, tipo anginoso similar a episodios previos, irradiado a ambos hemitórax y hombros, de 20-30 minutos de duración, que disminuyó con la toma de nitroglicerina. Interrogando al paciente nos comentó que hasta en 2 ocasiones suspendió el tratamiento con AAS por procedimientos dentales y que a día de la consulta llevaba una semana sin tomar el AAS por estar pendiente de una extracción dental. Se derivó al paciente al servicio de urgencias hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 110/60 mmHg, FC 70 lpm, saturación de oxígeno 94%. La exploración física fue anodina, el electrocardiograma estaba en ritmo sinusal a 68 lpm, PR normal, QRS estrecho, Onda Q en III y sin alteraciones agudas de la repolarización. En hospital se objetivó elevación de enzimas cardíacas (troponina I); cateterismo cardíaco: no se observa cambios con respecto a previas, aterosclerosis coronaria, enfermedad severa y difusa de primera diagonal, circunfleja y bisectriz, que no son revascularizables y en ecocardiograma función sistólica global del ventrículo izquierdo conservada.

Juicio clínico: Dolor anginoso con elevación de enzimas cardíacas probable relación a la suspensión de la antiagregación.

Comentario final: Dado que en atención primaria es frecuente la consulta acerca de si se debe suspender el tratamiento antiagregante, en pacientes que son sometidos a procedimientos dentales, existe la disyuntiva de, o bien retirar el tratamiento, con el posible incremento de presentar un evento tromboembólico, o bien mantenerlo, lo que conlleva un aumento del riesgo de presentar alguna complicación hemorrágica durante o después de la intervención. BlancoJ et al recomiendan una valoración del riesgo trombótico, una vez establecido el riesgo hemorrágico del paciente. Esta valoración deberá ser efectuada de forma individualizada, para cada paciente. Así, si el riesgo

hemorrágico es bajo, el proceder terapéutico respecto a los antiagregantes dependerá del riesgo trombótico que: si este es bajo, no estaría indicada la suspensión; si es moderado, se recomienda la disminución de dosis de AAS a 100 mg día y valorar suspender el clopidogrel y si el riesgo es alto, estaría indicado disminuir dosis y mantener clopidogrel. La extracción dental se considera una intervención de riesgo hemorrágico bajo y por tanto, no está indicada la suspensión del AAS para procedimientos dentales, esta información también es avalada por varias publicaciones al respecto. Es por ello que presentamos este caso clínico, en el que, el paciente suspendió el tratamiento con AAS, de manera incorrecta a tenor de lo ya dicho; desarrollando posteriormente un episodio de dolor anginoso, que, de no ser identificado de manera precoz, habría desarrollado complicaciones mayores. Nuestra intención con este caso es concienciar a odontólogos y médicos de familia sobre la correcta utilización de los antiagregantes en caso de procedimientos dentales, máxime cuando el paciente presenta importantes comorbilidades asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco J, Álvarez S, Cuervo C, García A, León V, Robles V. et al. Atención al paciente con medicación antiagregante/anticoagulante. Protocolos clínicos, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. 2015.
2. Milla J, Orlandi A. Manejo de pacientes anticoagulados y/o antiagregados en Odontología. Una revisión de la literatura. RCOE. 2014;19(1):29-33.
3. Reza H, Sok-Ja J, Jackson E, Baird A, Dinnocenzo R, Meurman J. Tutorial in oral antithrombotic therapy: Biology and dental implications. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013;18(3):e461-72.
4. Palamaras I, Semkova K. Perioperative management of and recommendations for antithrombotic medications in dermatological surgery. Br J Dermatol. 2015;172:597-605.
5. Van Veen J, Makris M. Management of peri-operative anti-thrombotic therapy. Anaesthesia. 2015;70(Suppl. 1):58-67.
6. Arribas Blanco J, Rodríguez Pata N, Castello Fortet J. Cirugía menor en atención primaria. Guías Fisterra. Rev. 2014.
7. Ripollés J, Gómez R, Muñoz M, Bascones A. Update in dental procedures in patients receiving oral anticoagulated therapy. Odontostomatol. 2012;28(6):311-20.
8. Yohei M, Masahiro Y, Yoshiyuki W, Yasushi O. Safety and Management of antithrombotic Therapy with Intra-Arterial Catheter Procedures. Intern Med. 2015;54:2115-120.
9. López F, Durán L, Duro F, Muñoz A, Tato S. Manejo de Antiagregantes. En Perioperatorio de Cirugía Programada No Cardíaca. Servicio de Anestesiología. Hospital Clínico San Carlos. Rev Jul. 2010.
10. García F, Oliveros D. Anti-platelet Aggregation in Non-Cardiac Surgery. Rev Colomb Anesthesiol. 2012;39:561-71.