



651

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

DONADO POR D. G. B. - B. C.

LA CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA
ODONTOLOGICA.

Dirigido y Revisado:
Dr. Luis Rey Palafox y Pérez de Salazar.

Luis Rey Palafox y Pérez de Salazar
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
LUIS MENDEZ VERA

MEXICO, D. F.

15033

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

LA CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

- I. INTRODUCCION
- II. PREPARACION PARA LA CIRUGIA BUCAL EN EL CONSULTORIO
 - 2.1 Limpieza Quirúrgica
 - 2.2 Métodos de Desinfección
 - 2.3 Métodos de Esterilización
 - 2.4 Preparación del Equipo del Consultorio
 - 2.5 Equipo Mínimo para la Cirugía Oral
- III. ATENCION DEL PACIENTE EN CIRUGIA ORAL
 - 3.1 Evaluación del Estado del Paciente
 - 3.2 Instrucciones al Paciente
 - 3.3 Programación de la Cita para la Intervención
- IV. USO DE MEDICAMENTOS EN CIRUGIA BUCAL
 - 4.1 Sedación del Dolor
 - 4.2 Anestesia Tópica
 - 4.3 Premedicación
 - 4.4 Anestesia Local

- 4.5 Terapéutica Antibiótica para Dominar la Infección
- 4.6 Elección del Medicamento y Evaluación de su Eficacia
- 4.7 Dosificación de Antibióticos Recomendadas

V. TECNICAS DE CIRUGIA BUCAL MENOR

- 5.1 Extracción Quirúrgica de Dientes y Apices Radiculares
- 5.2 Retracción del Colgajo
- 5.3 Extirpación del Hueso
- 5.4 Sección de Diente (Dentosección)
- 5.5 Extracción de los Apices de las Raíces Fracturadas.
- 5.6 Extirpación de Raíces Retenidas
- 5.7 Dientes Incluidos
- 5.8 Dientes Temporales Anquilosados
- 5.9 Técnicas de los Tejidos Blandos
 - a) Desgarres
 - b) Biopsia
- 5.10 Tratamiento de las Fracturas de los Maxilares
 - a) Asistencia Urgente
 - b) Tratamiento Definitivo

VI. PREPARACION QUIRURGICA DE LA BOCA PARA LA PROTESIS

- 6.1 Exploración Clínica
- 6.2 Exploración Radiográfica
- 6.3 Estados o Casos que Requieren una Intervención Quirúrgica Previa
- 6.4 Tuberculosis Fibrosa
- 6.5 Bordes Flojos

- 6.6 Frenillos
- 6.7 Papilomatosis
- 6.8 Torus Maxilares y Mandibulares
- 6.9 Raíces, Dientes Retenidos y Quistes

VII. TRATAMIENTOS DE LAS INFECCIONES

- 7.1 Factores que Influyen en el Curso de la Infección
- 7.2 Objetivos de la Terapéutica
- 7.3 Tratamiento de las Infecciones Corrientes

VIII. COMPLICACIONES QUIRURGICAS

- 8.1 Prevención de las Complicaciones
- 8.2 Complicaciones Durante la Intervención
- 8.3 Complicaciones Posoperatorias
- 8.4 Hemorragia Durante y Después de la Intervención

IX. RECIENTES AVANCES EN CIRUGIA BUCAL Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

X. RELACION DE LA CIRUGIA ORAL CON OTRAS ESPECIALIDADES

- 10.1 Conclusiones

I.- INTRODUCCION

No hay acuerdo uniforme ni entre cirujanos orales ni entre dentistas generales con respecto a que procedimientos se han de incluir en la práctica general y cuales se han de reservar al especialista. Por lo tanto, no considero oportuno intentar fijar unos límites precisos preparando listas de operaciones para el dentista general y para el especialista.

El tema tratado es ésta Tesis será familiar a algunos dentistas generales, -- otros encontrarán tal vez nuevos enfoques de operaciones realizadas anteriormente -- con métodos diferentes; a otros las técnicas les resultarán inéditas puesto que no se han incluido en todas las prácticas generales.

El objetivo principal de éste trabajo es poner al día los conocimientos del dentista general sobre cirugía oral con el fin de que pueda prestar mejor asistencia.

quirúrgica, especialmente a los pacientes_ que viven en localidades donde no se dispo_ ne de cirujano bucal.

Es indudable que existen dentistas generales excelentes cuya actuación profesional es superior a la de los especialistas mediocres. El práctico general debe - realizar las operaciones para las cuales - considera que posee conocimientos, práctica y facilidades suficientes para obtener éxito y no perjudicar al paciente.

El dentista que no tiene afición a la cirugía y que opera pocas veces no debe intentar los procedimientos avanzados. Por ejemplo, no ha de intentar extraer un tercer molar incluído verticalmente con el -- fin de ahorrar al paciente las molestias - de la visita a un especialista, temor de - desacreditarse con el enfermo o para obte_ ner mayores ganancias. Las personas reali_ zan bién aquello a lo que estan habituadas; el dentista que solo opera ocasionalmente_ o mal cuando realiza alguna intervención - presta un deficiente servicio no solo al -

paciente sino también a si mismo. Si el -- odontólogo general tiene el proyecto de interesarse más por la cirugía, debe estu---diar, equiparse adecuadamente y operar con regularidad.

Las consultas constituyen un auxi- liar importante para el diagnóstico y tra- tamiento, y aconsejar a un paciente que -- consulte con un especialista ha de conside- rarse como parte de los servicios que el - odontólogo general le presta corrientemen- te. Los pacientes aprecian al dentista que tiene la prudencia de remitir al especia-- lista los casos difíciles. Siempre que un paciente muestre preocupación por un proce- dimiento recomendado por uno, habrá que sugerir que obtenga la opinión de otro den-- tista (la carta al consultor o al especia- lista ha de indicar de manera clara si se remite al paciente solo para consulta o para consulta y tratamiento).

El dentista general también debe - sentirse responsable de la remisión a los cirujanos orales de aquellos pacientes con

lesiones o traumatismos de la boca o de --
los maxilares que el no desea o no consider
a capacitado para tratar.

Este trabajo, no pretende ser un --
tratado completo de cirugía oral puesto --
que está enfocado a dar un servicio al dent
ista no-especialista, de conocimientos y
técnicas básicas y fundamentales dentro de
lo que corresponde al campo de la cirugía
bucal. Por lo tanto se abarcarán temas y --
técnicas selectas (las que se consideran --
más importantes y repetidas en la práctica
diaria) que serán de mayor utilidad para --
el dentista general que para el cirujano --
oral, ya que es al odontólogo general a --
quién está dirigido éste trabajo.

II.- PREPARACION PARA LA CIRUGIA BUCAL EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO.

El nivel de limpieza corriente que se mantiene en el consultorio dental proporciona una proporción sanitaria adecuada a los pacientes durante la mayoría de las intervenciones dentales. Sin embargo los pacientes son mas susceptibles a la infección durante las intervenciones quirúrgicas debido a la exposición de los tejidos profundos. El trauma quirúrgico altera la viabilidad de los tejidos, y los hematomas y tejidos necróticos ofrecen un medio de cultivo a los organismos patógenos, que pueden ser introducidos en los tejidos profundos por los instrumentos quirúrgicos. Por consiguiente, es importante el cuidado adecuado de los instrumentos para prevenir el desarrollo de una infección en los pacientes sometidos a una operación en la boca. En un consultorio en que se traten simultaneamente los problemas dentales quirúrgicos y de otro tipo, es también importante evitar la contaminación cruzada de los dentales - por los instrumentos utilizados en cirugía

oral.

2.1 LIMPIEZA QUIRURGICA.

La limpieza de los instrumentos utilizados para tratar a un paciente se puede describir como desinfección o como esterilización. Aunque algunas veces se usan impropiamente ambos términos como sinónimos, los dos procesos son distintos y producen resultados finales diferentes.

La desinfección es un proceso durante el cual se destruyen muchos microorganismos, "pero no se destruyen todos". Las excepciones mas importantes son muchos virus y gérmenes formados de esporas como el del tétanos y el de la tuberculosis. Son ejemplos de técnicas desinfectantes la ebullición y el uso de productos químicos en frío como el alcohol o el cloruro de benzalconio. La esterilización es un proceso mediante el cual se matan todos los microorganismos, incluidos virus y esporas. Son ejemplo de técnicas de esterilización la acción de la autoclave y la esterilización por gas.

La desinfección bién entendida y - realizada es suficiente para ciertas partes del equipo del consultorio dental. La esterilización es obligatoria para cualquier instrumento que penetre en los tejidos y se contamine con sangre o pus. Así, deben esterilizarse todos los instrumentos utilizados en la inyección de las soluciones anestésicas, endodoncia, terapéutica - periodontal y cirugía oral. Una vez esterilizados se guardan de manera que se conserven estériles.

2.2 METODOS DE DESINFECCION.

CEPILLADO CON JABON: Cepillando - los instrumentos se consigue el arrastre_ mecánico de los residuos infectados esta - operación preeliminar es necesaria para esterilizar en la autoclave, pero por si sola no es suficiente para esterilizar el - instrumental, aunque se empleen jabones antisépticos.

LIMPIEZA CON ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70%: La limpieza mecánica con alcohol - elimina el material superficial. Este procedimiento reduce el número de organismos presentes pero no mata a los patógenos.

a) EBULLICION.

Este método, que está cayendo rápidamente en desuso en el consultorio dental, es ineficaz contra las esporas y los virus. Cuando no se dispone de mejores facilidades, se han de frotar los instrumentos con un jabón detergente y someterlos a la ebullición durante 30 minutos.

b) DESINFECCION QUIMICA.

Los agentes químicos rara vez producen una esterilización porque no actúan sobre las esporas, los virus y el bacilo - tuberculoso. Además, las soluciones frías no penetran suficientemente en las hendiduras de los instrumentos, en el interior de las agujas de inyección, ni atraviesan las películas aceitosas que recubren algunos -

instrumentos. Por otra parte, son inactivadas por los restos de jabón que pueden haber quedado después de la limpieza.

Sin embargo, en condiciones adecuadas cabe usar con seguridad las soluciones químicas para la desinfección de instrumentos que no han de estar en contacto con - los tejidos ni han de penetrar en ellos. - Se deben lavar bién los instrumentos, mantener la concentración adecuada de la solución y dejarla actuar en aquellos durante el tiempo necesario. Deben frotarse a fondo con un cepillo y jabón detergente, y enjuagarlos y sacudirlos para que escurran - la mayor parte de agua antes de sumergir-- los en la solución. Los residuos adheren--tes podrían contener patógenos o protegerlos contra la solución desinfectante. El - agua adherida a los instrumentos diluye la solución y disminuye su eficacia. Las soluciones frías deben cambiarse con regularidad porque su eficacia se pierde con el - transcurso del tiempo. Una solución de este tipo se ha de renovar completamente cada dos o tres días, y debe registrarse por

escrito la fecha del cambio. Hay que usar un cronometrador automático para tener la seguridad de que los instrumentos se mantienen en contacto con la solución durante un mínimo de treinta minutos. Durante este intervalo no han de ponerse más instrumentos en la solución, a menos que vuelva a marcarse el tiempo prolongándolo para que permanezca en la solución durante treinta minutos el último instrumento sumergido. - Para que la desinfección química tenga algún valor deben seguirse las instrucciones del fabricante de modo absoluto.

c) EQUIPO DE LIMPIEZA ULTRASONICO.

Hay en el mercado equipos ultrasónicos para limpiar instrumental y muchos dentistas los usan. Se ha de hacer hincapié en que tales equipos unicamente están destinados a la limpieza; ¡pero no esterilizan!

2.3 METODOS DE ESTERILIZACION.

a) AUTOCLAVE.

Es el más eficaz de todos los medios de esterilización si el vapor efectivo llega a todas las porciones de los materiales contenidos en el aparato. Por lo tanto los instrumentos han de estar libres de residuos y colocados adecuadamente en él según las indicaciones del fabricante. El período de esterilización usual es de quince minutos a 120° , o veinte minutos si los instrumentos están envueltos en toalla. Las jeringas y agujas han de mantenerse en la autoclave en la misma temperatura pero durante treinta minutos.

b) CALOR SECO.

Este método de esterilización es eficaz si actúa durante el tiempo suficiente para que el calor llegue a todas las partes del material. Los paños y las gasas deben exponerse al calor seco durante tres horas a 160° C. Una hora es suficiente para los instrumentos de corte, como tijeras y cinceles, si no están envueltos en un paño.

c) GAS.

El gas óxido de etileno es letal - para todas las bacterias, esporas, virus y hongos. No es corrosivo ni ataca a los tejidos, goma o plásticos, siempre que se use de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Los instrumentos han de estar limpios y libres de residuos, sangre o moco. La esterilización por gas requiere más tiempo que por el vapor, pero menos que por el calor seco (cuarenta y ocho minutos a 60° C) si se trata de metal o vidrio. Los materiales sensibles al calor, que han de ser sometidos a la acción del gas a la temperatura ambiente, requieren de tres a doce horas, según el tamaño y la naturaleza del material que se quiere esterilizar.

d) ESTERILIZADORES ULTRASONICOS.

Los microbiólogos han utilizado equipos de ultrasonido con objeto de fracturar las paredes celulares de los microorganismos.

Se han empleado diversas frecuencias de ondas sonoras para atacar a diferentes tipos de gérmenes. Recientemente han aparecido en el comercio, con destino al consultorio dental, un tipo de equipo ultrasónico de frecuencias elevadas, que no solo limpian el instrumental, sino que lo descontaminan y esterilizan. Este equipo mata las bacterias, esporas y virus en cinco minutos.

2.4 PREPARACION DEL EQUIPO DEL CONSULTORIO.

El logro de una limpieza suficiente para las técnicas de cirugía oral está limitado por el diseño del equipo dental, pero este inconveniente se puede superar.

a) REPISA DE INSTRUMENTOS E ILUMINACION.

Al prepararla para la cirugía bucal, la repisa de instrumentos se ha de cubrir con una toalla esteril. El operador -

ha de proceder con cuidado para no tocar - su parte inferior cuando hay que moverla.

El brazo de luz debe envolverse en una toalla limpia antes de realizar cualquier intervención quirúrgica en un pa---ciente. La toalla se contamina cuando el - dentista reajusta la luz durante el trata- miento, pero cuando aquella acaba de cam--biarse no es necesario que el dentista y - el ayudante se laven las manos cada vez - que modifican la posición de la luz. Es --preferible una lámpara con mangos metáli--cos cambiables que puedan esterilizarse en la autoclave porque se puede poner un mango esterilizado antes de tratar cada pa---ciente y entonces es innecesario protegerlo con una toalla estéril.

b) SILLON.

Antes de sentarse el paciente, de be cambiarse la cubierta del cabezal y frotar con solución de alcohol propílico a - 70%, los brazos del sillón y las palancas y botones de ajuste. El operador (o el ayu

dante) se lavarán las manos antes de ajustar el sillón y el cabezal para el paciente; no deben hacerse nuevos ajustes a menos que se laven nuevamente las manos antes y después de tocar el sillón.

c) VASO PARA EL AGUA.

Es preferible el vaso de papel sin mango metálico, a menos que éste se esterilice para cada paciente.

d) JERINGA DE AGUA.

Si es necesaria la irrigación se usará una jeringa asepto u otro tipo grande que pueda ser esterilizada en la autoclave. Es difícil, si-no imposible, mantenerla quirúrgicamente limpia.

e) PIEZA DE MANO.

Actualmente existen piezas de mano que se pueden poner en la autoclave, único tipo que debería utilizarse en cirugía - - oral. La esterilización de la funda sola--

mente, como se hacía antes, no es suficiente.

f) FRESAS Y PIEDRAS.

Todas las fresas y piedras deben ponerse - en la autoclave. Las fresas usadas han de limpiarse cuidadosamente con un cepillo metálico para quitar todos los residuos de - las estrías antes de someterlas a la acción de la autoclave.

g) BOQUILLA DE SUCCION.

Se recomiendan las boquillas metálicas que pueden esterilizarse en la autoclave. Antes hay que limpiarlas a fondo - por dentro y por fuera. Durante las intervenciones quirúrgicas deben limpiarse periodicamente al chorro, para evitar la acumulación de sangre coagulada. Nunca se utilizará la escupidera como fuente de agua - para este fin.

h) GASA.

Se preparan compresas de gasa (5 X 5 sin relleno de algodón) que se envuelven en papel en grupos de diez, se esterilizan en la autoclave y se guardan en un recipiente esteril. Se pueden tomar paquetes aislados con unas pinzas. Este método conserva las compresas y evita la contaminación.

i) INSTRUMENTOS QUIRURGICOS.

Los instrumentos deben limpiarse después de usarlos, esterilizarlos en la autoclave, colocarlos sobre una toalla estéril y cubrirlos con otra en un armario cerrado. Se pueden tomar los instrumentos del armario con unas pinzas quirúrgicamente limpias.

j) EQUIPO DE ANESTESIA LOCAL.

Es imposible la esterilización efectiva de las agujas a menos que se froten bien y se limpien por dentro con un es

tilete. No se han de usar desinfectantes - en frío, porque son ineficaces contra las esporas y virus y penetran mal en la luz - de la aguja. Lo ideal son las agujas desechables; su uso asegura al operador una - aguja nueva, afilada y estéril para cada - paciente.

Las jeringas han de ponerse en la autoclave y guardarse del mismo modo evitando la contaminación, pueden ponerse en recipientes estériles y retirarlos con -- unas pinzas estériles a medida que se necesitan.

Si se toman las precauciones anteriores al preparar una intervención quirúrgica oral, se reducen los riesgos de contaminación cruzada y se proporciona al paciente un ambiente seguro.

2.5 EQUIPO MINIMO PARA CIRUGIA ORAL.

1. BISTURI Mango de Bard-Parker # 3
2. HOJAS DE BISTURI

Tipo Bard-Parker # 15
 (# 11 y # 12 opcionales)

3. ELEVADOR DE PERIOSTIO
 Molt # 9
4. FORCEPS
 Universal superior # 150
 Universal inferior # 151
 Cuerno de vaca inferior
 # 23
5. TIJERAS
 Tipo Dean, rectas o en
 ángulo
6. LIMAS DE HUESO
 De dos puntas (Hu Friedy
 # 21)
7. CUCHARILLAS (CURETAS)
 De dos puntas, Miller,
 estándar-quirúrgicas #
 10, 11, 12 (Hu Friedy)
8. FORCEPS RONGEUR
 Modelo estándar o tipo
 Blumenthal
9. HEMOSTATOS MOSQUITO
 Curvos o rectos
10. PORTA AGUJAS
 Gardner, 5 ó 6 pulgadas
11. JERINGA PARA IRRIGACION
 Luer de 10 cc

12. TROCAR

De plata, para montar en
la jeringa de luer (Sklar
15)

13. BASTIDOR PARA DIQUE DE GOMA

Pequeño y mediano
(McKesson # 872 y 874)

14. PUNTAS PARA APICES

Heidbrind # 2, 3
(Hu Friedy)

15. ELEVADORES

Streight # 1, # 80
(Hu Friedy)
Cryer # 44, # 45
(Hu Friedy)

En la tabla anterior se da una lista básica de los instrumentos que se han de esterilizar, almacenar y tener dispuestos para el uso en cirugía oral.

La pieza de mano de alta velocidad es ideal para la sección de dientes y huesos.

No obstante, es necesaria la irrigación complementaria con una jeringa para

agua o suero fisiológico para evitar daños térmicos al hueso. Para que las técnicas quirúrgicas resulten eficaces es indispensable una aspiración adecuada. El eyector de saliva del equipo dental no es apropiado para eliminar la sangre o el moco espeso, se ha de tener a mano un equipo de aspiración auxiliar. Los instrumentos bien afilados, como los rongeurs y las limas, permitirán un tratamiento más rápido y menos traumatizante. No se han de utilizar los hemóstatos como portaagujas, porque no sostienen la aguja con firmeza y su uso en esta forma estropea las puntas para su empleo correcto.

III.- ATENCION DEL PACIENTE EN CIRUGIA ORAL

a) EVALUACION DEL ESTADO DEL PACIENTE.

Anteriormente se ha discutido la importancia de la historia clínica para -- planear el tratamiento del paciente dental. Cuando se ha de intervenir quirúrgicamente, la salud general del paciente tiene un valor especial.

Estados como una tendencia hemorrágica, una diabetes, una afección cardiovascular, así como los medicamentos utilizados en el tratamiento de estas enfermedades, o la radioterapia maxilar pueden influir sobre las decisiones que hay que tomar con respecto a la conveniencia de una intervención quirúrgica o la elección de los anestésicos, la medicación previa, o los antibióticos que se tienen que administrar simultáneamente con el tratamiento operatorio.

Además de obtener una historia clínica, el dentista puede enjuiciar el estado de salud general del paciente observando su aspecto físico incluso antes de proceder a la exploración oral. Una marcha insegura o la elocución defectuosa sugieren que el paciente a sufrido un ataque de apoplejía y que es posible que tome preparados anticoagulantes. Unos labios azulados y los dedos en forma de palillos de tambor pueden indicar una enfermedad pulmonar o cardíaca. El examen oral también puede revelar signos de afección general. Las cicatrices en los labios y en la lengua y las fracturas de las cúspides de los dientes podrían indicar una epilepsia, mientras que la palidez de las membranas mucosas, las petequias múltiples, y las úlceras o las hemorragias de los tejidos orales pueden sugerir una anemia o una discrasia sanguínea. En el examen clínico de todo paciente hay que incluir la observación de toda la cavidad oral, prestando especial atención a los tejidos blandos. La técnica del examen del tejido blando no es complicada, requiere poco tiempo y puede salvar

la vida si se descubre una afección maligna en una fase precoz.

Todo hallazgo físico anormal durante la exploración clínica requiere una explicación por la historia clínica, o por consulta médica, si se desea prestar un buen servicio al paciente.

Antes de empezar el tratamiento - han de correlacionarse la historia clínica y la dental, la exploración clínica, las radiografías y los resultados de las pruebas de laboratorio y clínicas con el fin de hacer posible un diagnóstico diferencial y un plan de tratamiento que redunde en el máximo beneficio para el paciente.

El diagnóstico preciso y el plan de tratamiento dependen en alto grado de que las radiografías estén tomadas con la exposición debida, posición correcta y revelado impecable y permitan apreciar todos los límites de una lesión o las raíces de los dientes que hay que extraer. El tiempo empleado en obtener buenas radiografías po

siblemente permitirá ahorrar el que se hubiera empleado más tarde ejecutando un trabajo sin plan previo. La evaluación de la placa, incluida la estimación de la densidad ósea, ayudarán a planear el enfoque quirúrgico.

Al analizar el estado oral del paciente es importante saber cuando un problema no se ha de tratar quirúrgicamente. Por ejemplo, una punta de raíz asintomática o un tercer molar incluido en un paciente de setenta años con una afección cardiovascular generalmente sólo requiere mantenerla en observación.

Por el contrario, si se trata de un paciente de veinte años, un tercer molar que probablemente no hará erupción debe ser extraído. Se dan numerosos casos de pacientes a los cuales hay que extraerles el tercer molar en la edad avanzada cuando se ha reducido la capacidad de regeneración ósea y existe una bolsa periodontal profunda distal al segundo molar. La afección periodontal probablemente se hubiera

podido evitar mediante la extracción precoz del tercer molar.

La evaluación completa del paciente informará al dentista no solo acerca de sus problemas de salud, sino también de su actitud con respecto a los cuidados dentales. La existencia de una enfermedad puede ser un factor que contribuya al temor del paciente a las operaciones dentales; por ejemplo, puede temer los efectos de la intervención sobre su enfermedad cardiaca o sobre su diabetes. Puesto que el miedo en sí puede afectar la reacción física al tratamiento, es importante que el dentista enjuicie la actitud mental del paciente al planear la premedicación y la analgesia antes de la intervención.

b) INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Al paciente se le ha de exponer lo que cabe esperar del tratamiento quirúrgico con el fin de que esté adecuadamente preparado, se le debe informar acerca del tiempo que se estima habrá de mantenerse aleja

do de su trabajo y acerca de la tumefac---
ción que es posible que aparezca. Si exis-
te el peligro de complicaciones fatales; co
mo una perforación del seno maxilar o una
parestesia posoperatoria, hay que advertir
le de manera que no le cause alarma. Se le
ha de dar instrucciones precisas sobre la
dieta, porque el paciente tal vez esté pre
ocupado por la necesidad de ayunar antes y
después de la operación. Antes de una ope-
ración que se realiza con anestesia local
el paciente no debe ayunar. Si el cirujano
oral va a emplear la anestesia general, el
paciente deberá ayunar siguiendo las ins--
trucciones del cirujano. La necesidad de -
bolsas de hielo, alimentos especiales, me-
dicamentos y colutorios puede ser discuti-
da antes de la visita quirúrgica. Los re--
querimientos de cada paciente pueden modi-
ficarse por su reacción a la operación, pe
ro en lo que se refiere a muchas técnicas
el dentista podrá juzgar las necesidades -
del paciente por adelantado. Este agradece
rá la recomendación de que tome jugos, ali
mentos infantiles, preparados instantaneos
para el desayuno y bebidas no alcohólicas

durante los primeros días después de la ope-
ración. Debe hacérsele comprender que ha de
satisfacer sus requerimientos de líquidos
y de calorías y que privarse de las bebidas
y de los alimentos durante el posoperatorio
puede poner en peligro su rápida recupera--
ción.

c) PROGRAMACION DE LA CITA PARA
LA OPERACION

En el programa del día hay que de--
jar el tiempo suficiente para completar sin
prisas la intervención proyectada. Una eva-
luación preoperatoria precisa y realista -
del volumen del problema quirúrgico permiti-
rá una estimación concreta del tiempo nece-
sario.

Las intervenciones quirúrgicas rea-
lizadas por el dentista general han de pro-
gramarse para las primeras horas del día. -
Es menos probable que ocurran complicacio--
nes si el dentista y el paciente están des-
cansados. De presentarse complicaciones es
más fácil hayar consultores, puesto que dis-

ponen del resto del día para arreglar las citas.

Así mismo, si el paciente presenta inmediatamente después de la operación dolor o hemorragia, podrá ponerse en contacto con el dentista o con sus ayudantes - - mientras todavía están en el consultorio.

IV.- USO DE MEDICAMENTOS EN CIRUGIA BUCAL.

4.1 SEDACION DEL DOLOR.

Una de las claves del éxito en la práctica dental es el tratamiento indoloro.

El temor de la primera cita y de las siguientes con frecuencia está determinado por la habilidad y el tacto desplegados para calmar el dolor.

4.2 ANESTESIA TOPICA.

En muchos casos, los pacientes a--precian la anestesia tópica previa a las -inyecciones porque suprime las molestias -de los pinchazos. El uso de una aguja desechable nueva, bien afilada, en cada actuación quirúrgica, elimina la mayor parte -del dolor; con todo, la anestesia tópica asegura la ausencia del dolor producido por la aguja. La nestesia tópica tiene un va--lor psicológico adicional porque su uso demuestra que el dentista se preocupa de la

comodidad del paciente.

Los anestésicos tópicos se presentan en forma líquida para pincelaciones o pulverizaciones y en pomada. La aplicación de líquidos en una zona limitada es difícil de controlar, y cuando se aplican en forma de pulverización puede administrarse en exceso. Los más fáciles de aplicar son las pomadas y las formas viscosas de lidocaína.

La superficie mucosa que se desea anestesiar debe sacarse suavemente, luego se aplica la pomada con una torunda o un rollo de algodón y se procede a inyectar.

4.3 PREMEDICACION.

A los pacientes que han de someterse a intervenciones quirúrgicas amplias en la cavidad oral se les debe prescribir alguna forma de medicación previa. No obstante si bien la premedicación administrada en tabletas o en cáptulas es útil, no siempre puede confiarse en ella. La acción de-

pende del tiempo transcurrido desde la última comida, del estado de nerviosismo del paciente, de la velocidad de absorción y de las variaciones individuales en la respuesta a los medicamentos. La inyección en de ve no sa de hipnóticos es fácil, cómoda y se tiene mayor seguridad de alcanzar los resultados apetecidos. La administración en de ve no sa lenta de 75 á 125 mgs. de pen do bar bi ta l s ó d i c o antes de administrar el anestésico local, disminuye la zozobra que la intervención quirúrgica produce en el paciente aprensivo. Se puede averiguar fácilmente el estado de hipnosis del paciente sosteniendo una conversación con él. Cuando arrastra las palabras y las articula con dificultad, el dentista sabe que aquél tiene una sedación suficiente. De é s te modo el operador está seguro de que la sedación no ha sido ni excesiva ni insuficiente.

Antes de administrar cualquier medicación debe revisarse la historia del pa ci en te en lo relativo a medicamentos. Una sensibilización a los barbitúricos no im pi

de necesariamente que aquel se beneficie - de una buena sedación. Orros preparados como la difenhidramina (Benadryl) o la prome tazina (Fenergán) son también hipnóticos eficaces. Si el paciente es objeto de trata miento médico con un preparado antihiper-- tensivo, problablemente es más seguro admi nistrarle los hipnóticos por vía endovenosa que en forma de tabletas, puesto que la dosis requerida puede ser inferior a la media. La administración endovenosa previene los episodios de hipotensión, ya que permite al dentista vigilar la cantidad de dro ga dada observando sus efectos en el pa--- ciente mientras la está administrando.

INYECCION ENDOVENOSA.

La técnica de la administración en dovenosa de pentobarbital (Nembutal) ó se cobarbital (Seconal) descrita a continua-- ción es muy sencilla y cualquier dentista puede dominarla fácilmente.

EQUIPO.

Se necesita un torniquete para distender las venas que han de inyectarse. Generalmente se emplea un trozo de tubo de goma porque puede soltarse fácilmente con una mano. La jeringa ha de ser estéril, de 3 á 5 cc. de capacidad y desechable. Se recomiendan las agujas de 1 solo uso, estériles, del calibre 20 á 25, y de pulgada y media de longitud. Unas torundas empapadas en alcohol servirán para limpiar la región por la que ha de penetrar la aguja. Déspués de la inyección se cubre el punto de la punción con un trozo de esparadrapo o con una pequeña compresa de gasa.

TECNICA.

Se limpia el tapón de goma de la ampolla de la droga frotándolo con una torunda humedecida en alcohol antes de insertar la aguja. Se pone el émbolo de la jeringa en la señal del volumen adecuado, según la cantidad de medicamento que se vaya a extraer. Si se han de utilizar de 75 á -

125 mgs. de pentobarbital, el volumen será de 1,5 á 2,5 cc., es decir, 50 mgs/cc. Se empuja la aguja através del tapón de goma, se inyecta el aire en la ampolla y se retira lentamente el émbolo para extraer una cantidad de solución igual al volumen de aire inyectado. Se vuelve a poner la funda plástica para proteger la aguja de la contaminación mientras se prepara el sitio de la inyección.

Se coloca el torniquete en el brazo y se indica al paciente que cierre el puño. Esto generalmente distiende las venas, pero si no se pueden palpar facilmente se dan unos golpecitos en la región, o se aplican compresas calientes, o se deja el brazo colgado hacia el suelo con lo cual se contribuye a la ingurgitación de las venas. También es útil abrir y cerrar la mano rápidamente junto con estas maniobras.

Se escoge una vena idonea en el pliegue del antebrazo y se frota la región con alcohol. El operador toma con su mano

izquierda el brazo del paciente por debajo del codo, poniendo el pulgar a un lado y los demas dedos al otro, y tensando la piel que recubre la vena. La jeringa, que el operador sujeta con la palma derecha, se mantiene con el bisel de la aguja hacia arriba; se empuja rápidamente la aguja através de la piel con un ángulo de 30° , y se introduce en la vena. La produce la penetración de la aguja en la vena es similar a la que se experimenta al atravesar la lámina del dique de goma, o la de atravesar el músculo buccinador cuando se efectúa el bloqueo cigomático. Hay una resistencia inicial, pero en cuanto la aguja atraviesa la pared exterior y penetra en la vena, la resistencia al avance es mínima o nula.

Cuando la aguja ha entrado en la vena se avanza o enhebra unos 5 á 10 mms. para tener la seguridad de que todo el bisel está en la luz del vaso se aspira ligeramente con el émbolo y si entra sangre en la jeringa con facilidad, es señal de que la aguja ha penetrado lo suficiente en la

vena para proceder a la inyección. Se retira el torniquete antes de inyectar el medicamento. Se inyecta a razón de 1 ml/30 segs. y se indica al paciente que diga al operador cuando nota alguna alteración en sus - sensaciones. Muchos pacientes informan - - pronto que notan una agradable somnolencia. Las personas pequeñas (que pesan entre 40 y 55 Kgs.) generalmente requieren de 50 á 75 mgs. de pentobarbital (1 á 1,5 cc). Las personas que pesan más o las que son muy - nerviosas pueden necesitar una cantidad mayor. En el adulto medio son suficientes - 100 mgs. de pentobarbital. En cuarto se logra el nivel de sedación deseado, se retira rápidamente la aguja, y en el sitio de la punción se pone un trocito de esparadrapo o de gasa.

El paciente se mostrará dispuesto a cooperar y posiblemente con ganas de hablar. Los hipnóticos no calman el dolor, - pero suprimen las inhibiciones. La reac- ícción es similar a la producida por diversas bebids alcohólicas. Después de este - tipo de sedación, el paciente no debe sa--

lir del consultorio sin alguien que le acompañe, ni ha de conducir un coche hasta que hayan transcurrido seis horas. La droga hipnótica disminuye los reflejos, y aunque lo hace con mucha eficacia, el paciente no se da cuenta de sus efectos. Como el dentista es legal y moralmente responsable de cualquier medicamento que prescriba o administre, ya sea un anestésico local, un antibiótico o un hipnótico, debe conocer perfectamente sus acciones y sus efectos colaterales y ha de saber combatir cualquier reacción nociva.

4.4 ANESTESIA LOCAL.

Tan pronto como el paciente se ha adaptado a su estado de relajación, el dentista puede proceder a la administración del anestésico local. El período de espera no puede ser superior a un minuto. El dentista rara vez tiene dificultades con la técnica de administrar la anestesia local. Si en alguna ocasión experimenta una serie de fracasos de la anestesia, puede superar la dificultad revisando sencillamente los -

pasos del procedimiento de inyección y siguiéndolos lenta y deliberadamente. Los frac casos de la anestesia en dentistas expertos suelen obedecer a un relajamiento de la téc nica.

AGENTES PARA LA ANESTESIA LOCAL. Los medica mentos que se usan corrientemente para la a nestesia local se enumeran en una tabla más adelante. El volúmen de anestésicos locales administrados diariamente en todo el mundo - causa vértigos. Las soluciones utilizadas - en cualquier ciudad en el transcurso de un año probablemente formarían un pequeño lago. Pues a pesar del amplio uso de estas drogas, las reacciones fatales son extraordinaria-- mente raras. Los casos en que se han observado efectos tóxicos suelen corresponder a la administración de volúmenes importantes - de solución en cirugía general. La dosis tó xica de la lidocina es de unos 400 á 500 mgs. El dentista rara vez administra una dosis - de más de 288 mgs. (ocho ampolletas de 1,8 - cc. de solución de anestésico a 2%) y el - promedio probable es de 36 á 72 mgs./pacien te en una visita aislada.

Es evidente, pues, que pocas de -- las "reacciones" a los anestésicos locales administrados en odontología son tóxicas,

Buen número de ellas son psicogenas probablemente. Pacientes que se han desmayado o han presentado ligeras convulsiones se diagnostican erróneamente como víctimas de una reacción tóxica o alérgica al agente anestésico. El dentista ha de tener presente que un simple síncope va acompañado ocasionalmente de un breve episodio convulsivo.

TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES A LA ANESTESIA LOCAL. Las reacciones desfavorables a -- los anestésicos locales pueden ser psicógenas, tóxicas o de hipersensibilidad. El -- tratamiento de el paciente depende del tipo de reacción.

El síncope, que es la reacción más corriente, no está relacionado con la droga en sí, sino con un complejo de factores asociados con el episodio de la inyección: la suma de las experiencias médicas y den-

tales anteriores del paciente; la intensidad del dolor sufrido antes de la cita; lo visto, los ruidos y los olores del consultorio, y la visión de la jeringa y la aguja. Todos pueden contribuir a la reacción surgida. El desmayo puede prevenirse colocando al paciente en una posición casi horizontal cuando se inyecta la solución. - Unas palabras amables, la manipulación suave de los tejidos, y el uso de anestésicos tópicos e hipnóticos reducirán al mínimo - el problema o lo eliminarán.

Siguen en frecuencia las reacciones tóxicas que generalmente son consecuencia de la inyección intravascular rápida o del uso de un volumen grande droga.

Entre los síntomas de toxicidad se cuentan la excitación inicial, con locuacidad y signos de aprensión. Este estado progresa hasta la depresión del S N C (las reacciones a los anestésicos anilínicos como la lidocaina y la mepivacaina comienzan con depresión del S N C) que se manifiesta por palabra lenta, somnolencia, depre--

sión de la respiración y convulsiones.

El tratamiento comprende el uso - del oxígeno, administrado con mascarilla y bolsa, si la respiración es lenta, superficial o se ha detenido. Si el paciente presenta convulsiones se administra pentobarbital por vía endovenosa (50 mgs/cc) en la menor cantidad necesaria para dominar las convulsiones. Se ha de recabar asimismo la ayuda de un médico. Si se produce una hipotensión acentuada se administra epinefrina, 0,3 á 0,6 mgs. (0,3 á 0,6 cc de solución - al milésimo) por vía endovenosa o intramuscular.

LAS REACCIONES ALERGICAS: A los anestési--cos locales son sumamente raras. Pueden - ser de carácter benigno o grave y aparecer inmediatamente o al cabo de cierto tiempo. Los principales tipos de reacción alérgi--cas son las dermatitis de contacto, la enfermedad del suero de aparición tardía y - la reacción anafiláctica o acelerada.

La dermatitis de contacto se carac

teriza por salpullido y erupción en las zonas en que la droga a entrado en contacto con los tejidos. Para tratar esta reacción se ha de administrar un antihistamínico - por via oral, como el Benadryl, a la dosis de 50 mgs. y evitar en lo sucesivo el uso de la droga causante de la reacción.

La reacción retardada de la enfermedad del suero se caracteriza por un comienzo entre el cuarto y el décimo día despúés de administrar el medicamento. Suele haber fiebre, erupción cutanea, urticaria, artralgia y linfadenopatía. En algunas ocasiones las articulaciones se hinchan y el paciente tiene diarrea. El tratamiento es sintomático con aspirina y antihistamínicos. Rara vez es necesaria la terapéutica con epinefrina y esteroides. Generalmente el curso de esta reacción es benigno. Al paciente se le debe explicar la naturaleza de la reacción, el nombre exacto de la droga causal, e indicarle que ha de informar de su problema a todos los médicos que consulte en el futuro antes de que estos ordenen un tratamiento.

La reacción anafiláctica asociada con los anestésicos locales es extremadamente rara. Es una reacción rápida súbita e intensa del tono vasomotor que origina un shock profundo, falta de pulso, disminución de la tensión sanguínea, y respiración superficial e irregular. El tratamiento implica el refuerzo inmediato de la respiración y de la circulación. La respiración artificial se induce por medio de oxígeno que se aplica con mascarilla y balón, o con la respiración boca a boca. Para reforzar la circulación se aplica masaje cardíaco a pecho cerrado y posiblemente epinefrina de 0,3 á 0,6 mgs. o intramuscular. - También está indicada la consulta médica inmediata.

Es imperativo diferenciar el síncope y las reacciones de toxicidad de las verdaderas respuestas alérgicas, para que el paciente no reciba una información errónea después de una reacción. Si un paciente ha presentado una de estas reacciones, se le ha de decir la naturaleza exacta de esta. Si se trata de una reacción alérgica

verdadera, hay que anotar en la ficha el medicamento que la ha desencadenado y el carácter de la reacción. Ha de entregarse al paciente un informe escrito para que lo presente al médico cuando necesite su asistencia en el futuro.

CONDUCCION DEL PACIENTE CON UNA HISTORIA DE REACCIONES ALERGICAS: A pesar de la rareza de las verdaderas reacciones alérgicas a los anestésicos locales, una historia de reacciones debe tomarse muy en serio y se ha de investigar antes de administrar ninguna inyección. En el caso de que el paciente tenga una historia de reacciones anteriores, se recomiendan los pasos siguientes:

- 1.- Si es posible, averíguese el carácter exacto de la reacción anterior llamando por teléfono al médico que asistía al paciente durante aquella. Si el paciente puede dar una historia detallada, tal vez describa una reacción que no era alérgica, en cuyo caso puede administrarse sin temor un anestésico

local.

- 2.- Si el paciente conoce la droga precisa causante de la reacción, utilícese un preparado de otro grupo químico. - (Los grupos principales se exponen - adelante) por ejemplo, si la reacción estaba relacionada con un éster del - ácido paraaminobenzoico, puede utilizarse un derivado de la anilina.

- 3.- No se deben realizar pruebas de sensibilidad medicamentosa en el consultorio; una persona realmente alérgica - puede presentar una reacción grave incluso a la solución diluida usada en la prueba. Además, las pruebas de sensibilidad a los anestésicos locales - son de difícil interpretación. El procedimiento más valioso en la determinación de la alergia es una historia detallada y precisa. Cuando la historia no permite descartar la existencia de una sensibilización verdadera, se ha de remitir al paciente a un alergólogo para que determine que anes

tésico se puede utilizar sin riesgos.

- 4.- En la eventualidad poco probable de una alergia a todas las drogas anestésicas locales, se puede realizar el tratamiento dental bajo anestesia general, si es indispensable.

USO DE LA EPINEFRINA EN LAS SOLUCIONES - - ANESTESICAS LOCALES. Por tratarse de un vasoconstrictor excelente, la epinefrina sigue usándose ampliamente en las soluciones anestésicas. Se halla presente en el organismo en cantidades fisiológicas en todo momento, y en circunstancias de sobreesfuerzo, como un transtorno emocional producido por el temor o el dolor, las glándulas suprarrenales liberan grandes cantidades que tienen un efecto definido sobre el corazón. Los anestésicos locales que contienen epinefrina proporcionan una anestesia más profunda y más prolongada que los que no la llevan, con lo cual se reduce mucho el riesgo de que el dolor provoque una liberación de epinefrina orgánica. Por otra parte, las cantidades sumamente pequeñas de -

epinefrina que se administran en odontología, incluso cuando se inyectan intravascularmente, raras veces producen un efecto general.

La American Heart Association ha recomendado que no se usen más de 0,2 mgs. de epinefrina por sesión en los pacientes cardíacos. Ocho centímetros cúbicos de solución anestésica local con epinefrina a 1: 100 000, contiene solamente 0,08 mgs. de epinefrina, es decir, menos de la mitad de la máxima dosis permitida.

El paciente hipertiroideo puede -- presentar una contraindicación definida a la administración de epinefrina.

Estos pacientes, cuando no están sometidos a tratamiento médico, son sumamente sensibles incluso a cantidades mínúculas de este agente: en tales casos se ha de evitar completamente. La administración de mepivacaina a 3%, (carbocaina, 30 mgs./cc) sin vasopresor, proporcionará una anestesia adecuada para intervenciones de bre-

ve duración en tales pacientes.

AGENTES ANESTESICOS LOCALES.

NOMBRE REGISTRADO	NOMBRE GENERICO
I ESTERES DEL ACIDO PARAAMINOBENZOICO	
BUTYN	BUTACAINA
DUOCAINE	PROCAINA Y BUTETAMINA
MONOCAINE	BITETAMINA
NESACAINE	2 - CLOROPROCAINA
NOVOCAINE	PROCAINA
PONTOCAINE	TETRACAINA
RAVOCAINE	PROPOXICAINA
II METAAMINOBENZOATOS	
PRIMACINE	METABUTOXICAINA
UNACAINE	METABUTETAMINA
III ESTERES NO AMINOBENZOICOS	
KINCAINE	ISOBUCAINA
METYCAINE	PIPEROCAINA
ORACAINE	MEPRILCAINA
IV DERIVADOS ANILINICOS NO ESTERES	
CARBOCAINE	MEPIVACAINA
DYNACAINE	PYRROCAINA
XYLOCAINE	LIDOCAINA

4.5 TERAPEUTICA ANTIBIOTICA PARA DOMINAR LA INFECCION.

En el paciente muy enfermo se ha de considerar con cuidado la administración de antibióticos. La decisión debe tomarse después de sopesar los posibles beneficios del tratamiento antibiótico y sus desventajas.

Si los antibióticos fueran completamente inocuos, se podrían prescribir en todos los casos de infección con la esperanza de que proporcionarán algún beneficio. Sin embargo, su uso indiscriminado comporta ciertos riesgos, que se han de conocer y tener en cuenta.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES:

PELIGROS DE LA TERAPEUTICA ANTIBIOTICA. Los antibióticos pueden dar al dentista una falsa sensación de seguridad y hacer que confie más en el medicamento que en principios quirúrgicos sólidos. Por ejemplo, los abscesos fluctuantes se han de drenar; de

no hacerlo solamente se conseguirá alargar el tratamiento.

El empleo inadecuado de antibióticos origina la aparición de cepas resistentes de bacterias, de suerte que a la larga se vuelvan ineficaces como agentes terapéuticos.

Asimismo, el uso de antibióticos puede originar una moniliasis, una estero-colitis, una neumonía o una infección de las heridas por supresión de la flora bacteriana normal y crecimiento excesivo de los patógenos resistentes.

Al igual que otros medicamentos, los antibióticos pueden producir reacciones desfavorables. Pueden darse reacciones tóxicas, especialmente por mal uso de la estreptomycin y el cloranfenicol. La sensibilización del paciente, especialmente por el uso de antibióticos en forma tópica pueden ser causa de reacciones alérgicas graves. La administración de tetraciclinas durante los primeros cuatro años de la vi-

da puede causar manchas desagradables en los dientes anteriores.

INDICACIONES DE LOS ANTIBIOTICOS. Los antibióticos generalmente no son necesarios en el tratamiento de pacientes normales que requieren extracciones múltiples, apicectomías, extracción de dientes con abscesos crónicos, drenaje de abscesos localizados, extirpación de quistes pequeños (menos de 1,5 cms.), o cirugía de enclavamiento simple; tampoco son necesarios para muchos pacientes con infecciones pericoronales u osteítis localizada. Sin embargo en estas situaciones pueden ser necesarios los anti--bióticos como medida profiláctica en pa---cientes con diabetes no compensada o con una cardiopatía congénita o adquirida, o en los sometidos a corticoterapia o con una historia de radioterapia de los maxilares.

Generalmente los antibióticos es--tán indicados en las siguientes circunstancias, incluso en el caso de que el paciente no presente ningún otro problema sanita

rio:

- 1.- Absceso dentoalveolo agudo con signos y síntomas generales tales como una temperatura oral de 38°c. (38,5c rectal), dificultad para deglutir la saliva, trismus, tumefacción con distensión notable de los tejidos, dolor intenso a la palpación de la región o signos y síntomas que ponen de manifiesto que el paciente está intoxicado y enfermo.
- 2.- Fracturas faciales complicadas y osteomielitis.
- 3.- Pericoronitis aguda con signos y síntomas generales acentuados.

4.6 ELECCION DEL PREPARADO Y EVALUACION DE SU EFICACIA.

ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS. Muchas infecciones orales, tanto en adultos como en niños, se tratan mejor con penicilina. Si el paciente es alérgico a ella se sustitua-

ye por eritromicina. Si las pruebas de sensibilidad descartan ambos medicamentos se recurre a la tetraciclina. Este último grupo no debe darse a los niños durante los años en que se están formando las coronas de los dientes anteriores. El uso prolongado de tetraciclina en este periodo de la vida causa manchas e hipoplasia. Por fortuna son pocos los niños que sufren infecciones dentales agudas antes de los cinco años. Siempre que se encuentre pus, se ha de drenar y enviar una muestra al laboratorio para hacer un cultivo y un antibiograma. Si el paciente no ha respondido a la penicilina cuando se reciben los resultados, se le administrará el antibiótico indicado por las pruebas de laboratorio.

El antibiótico ha de administrarse sistemáticamente en las dosis recomendadas (ver tabla de dosificaciones). Se le prescribirá para cinco días, y se recomendará al paciente que no lo suspenda antes de tiempo aunque su estado haya mejorado. Un período completo de cinco días evita la aparición de cepas bacterianas resistentes

por mutación y es más probable que elimine completamente la infección.

Se debe evitar el uso tópico de antibióticos porque la sensibilización se produce con mucha frecuencia por esta vía.

No obstante, incluso en el caso de que el medicamento se administre por vía oral o parenteral, se ha de advertir al paciente de una posible reacción (alérgica)-de hipersensibilidad. Ha de saber que tiene que suspender la medicación en caso de que aparezca una erupción cutánea, ampollas, prurito o disnea.

La causa de la infección se ha de tratar lo más pronto posible por métodos -endodóncicos, terapéutica periodontal, o -extracción del diente, y debe vigilarse de cerca la evolución del paciente. El estado de un enfermo con una infección que requiere tratamiento antibiótico debería comprobarse diariamente a ser posible.

EFICACIA DE LOS ANTIBIÓTICOS. La eficacia

del tratamiento se evalúa en primer lugar por la observación de los cambios del estado general del paciente. Si la infección remite, tendrá menos dolor, la temperatura se acercará a la normal, y podrá abrir mejor la boca, mover las mandíbulas y deglutir. Los efectos del medicamento también se han de manifestar por mejoría en el punto de infección, que se revela por disminución de la tumefacción, modificación del dolor y disminución del trismus, si este era uno de los síntomas.

Si no se produce mejoría dentro de las cuarenta y ocho horas ha de revisarse el diagnóstico y la elección del antibiótico. Los resultados de la prueba de sensibilidad a los antibióticos, que a veces se tienen en cuarenta y ocho horas, pueden ayudar a determinar si hay que modificar el tratamiento. Algunas veces cabe aumentar la dosificación inicial del medicamento o cambiar de vía de administración. Se puede iniciar un tratamiento con un antibiótico diferente, mientras se continúa con el primero hasta completar el período de cinco -

días. También se ha de considerar si es necesaria una consulta y la posible hospitalización del paciente.

4.7 DOSIFICACION DE ANTIBIOTICOS RECOMEN- DADAS.

PENICILINA G

Tabletas y Cápsulas,

125 y 250 mgs.

adultos 250 mgs. 4 veces / día

niños 125 mgs. 4 veces / día

Suspensión, 50 mgs /cc

adultos 5cc (una cucharadita)

4 veces / día

niños 2,5cc (1/2 cucharadita)

4 veces / día

PENOXIMETIL PENICILINA (penicilina V-K)

Tabletas y Cápsulas,

125 y 250 mgs.

adultos 250 mgs 4 veces / día

niños 125 mgs 4 veces / día

Suspensión, 50 mgs / cc

adultos 5cc (una cucharadita)

niños 4 veces / día
 2,5cc (1/2 cucharadita)
 4 veces / día

ERITROMICINA (Iloticina, Eritrocina)

Tabletas y Cápsulas

100 y 250 mgs.

adultos 250 mgs. 4 veces / día

niños 100 mgs. 4 veces / día

Suspensión 40 mgs./cc

adultos 5cc (una cucharadita)

4 veces día

20 mgs./cc

niños 5cc (una cucharadita)

4 veces día

TETRACICLINAS

Tabletas y Cápsulas,

50,100 y 250 mgs.

adultos 250 mgs. 4 veces / día

niños 30 mgs./Kg./día divididos en
 3 ó 4 días

Suspensión, 250 mgs/15cc

adultos 15 cc (tres cucharaditas)

4 veces / día

niños se puede usar tabletas,

suspensión o jarabe

Jarabe, 125 mgs./15cc

- + Las dosis de adultos se pueden administrar a los niños que pesen 25 Kgs. o más. Si el peso es inferior se han de dar las dosis infantiles.

V.- TÉCNICAS DE CIRUGIA BUCAL MENOR

a) EXTRACCION QUIRURGICA DE DIEN--
TES Y APICES RADICULARES.

Si se respetan los buenos principios quirúrgicos en la extracción de dientes y ápices radiculares se conseguirán mé todos terapéuticos más eficaces con menos pérdida de tejido, menos molestias posoperatorias, un restablecimiento más rápido y menos defectos consecutivamente a la curación.

b) RETRACCION DEL COLGAJO.

La disección del tejido para exponer las estructuras subyacentes se denomina retracción del colgajo. Este procedimiento es necesario para extraer las raíces retenidas, los quistes residuales o el tejido patológico periapical en algunos tratamientos endodóncicos, y para exponer excostosis y dientes enclavados.

Aunque con frecuencia se prescinde

de la retracción del colgajo en la extracción de muchos dientes y raíces fracturadas, es conveniente practicarla, porque hace más rápida la operación al permitir la extirpación dirigida del hueso y de las raíces en visión directa. La retracción cuidadosa de un colgajo bien diseñado también reduce el trauma de los tejidos y por consiguiente contribuye a prevenir las molestias posoperatorias, el edema y el retraso de la curación.

Todo colgajo ha de tener el tamaño suficiente para exponer una zona adecuada con el fin de poder realizar la intervención sin lesionarlo y sin lesionar los tejidos adyacentes. Los instrumentos utilizados para retraer el colgajo se han de -- apoyar sobre el hueso siempre que sea posible y no sobre el tejido blando.

El tipo de colgajo preferible es - el de forma de sobre, a base de una incisión gingival hendida y retracción del colgajo. Si no es posible una exposición adecuada con este método sin ejercer tensión

sobre el colgajo se hace una incisión obliqua por delante del campo operatorio. El colgajo en forma de puerta caediza creado por dos incisiones oblicuas, una en cada lado del campo quirúrgico, tiene comprometida la irrigación sanguínea y es difícil de reponer en su sitio.

La base del colgajo debe ser más ancha que el borde libre con el fin de mantener una buena irrigación del borde. Todas las incisiones oblicuas han de hacerse al menos un diente más allá de la región en que se ha de extirpar el hueso, de suerte que cuando se vuelva a poner el colgajo en su sitio el corte oblicuo descansa en una superficie ósea y no caiga en defecto óseo.

La incisión oblicua o vertical ha de terminar en el área interproximal y no en la superficie labial o bucal de la raíz. El tejido que recubre la prominencia de la raíz es delgado y después de la curación cualquier irregularidad producida por contracción de la cicatriz o por una técnica deficiente puede retener residuos y así a-

fectar a las estructuras subyacentes sin protección. Asimismo, la incisión no ha de dividir la papila interdental, puesto que esta zona tiende a acumular residuos. La papila debe conservarse intacta en el espacio interdental.

El colgajo debe hacerse de tal forma que se evite que la incisión lesione estructuras anatómicas vitales, como el nervio mentoniano o los grandes vasos y nervios palatinos.

Cuando la intervención quirúrgica se realiza para alcanzar las áreas periapicales de los dientes, los colgajos han de invertirse por medio de incisiones en la hendidura gingival, y las papilas interdentes incluirse en aquellos; las papilas no deben ser amputadas. Otro método para la cirugía radicular periapical consiste en hacer una incisión en la encía fija, un milímetro aproximadamente coronal a la unión con la mucosa alveolar, con lo cual se proporciona mucopertostio al margen del colgajo que se invierte. Como el periostio

no es elástico, el colgajo mucoperióstico no se deforma por encogimiento y se puede reponer en su sitio y suturar con facilidad. La cicatrización es más rápida con este método que con la incisión de la mucosa apical y la cicatriz es mínima. La incisión en la encía fija tampoco produce deformación de los tejidos de los pliegues vestibulares, como ocurre algunas veces con la incisión semilunar más alta sobre los bordes.

c) EXTIRPACION DEL HUESO.

Una vez invertido el colgajo se ha de extirpar la cantidad suficiente de hueso para permitir el paso libre de la raíz del diente fuera del alvéolo. Si se usan fresas para extirpar el hueso, se ha de irrigar el campo operatorio con agua valiéndose de una pera para agua o jeringa desechable para evitar el sobrecalentamiento o el quemado de aquél. Después de extraer los dientes o las raíces se han de limar los bordes óseos para dejarlos lisos, irrigar el defecto para arrastrar todos los

restos, volver el colgajo a su posición -- normal y poner los puntos de sutura necesarios.

d) SECCION DEL DIENTE.

Los molares cuyas raíces son muy - divergentes presentan problemas para su extracción. Estos problemas se pueden simplificar mediante la inversión de un colgajo en forma de sobre y extirpación de la cresta del hueso vestibular al diente que se ha de extraer. Se expone así la bifurca---ción de las raíces, lo cual permite seccionar una o más raíces de la corona para facilitar su extracción. Antes de cortar las raíces hay que mover el diente con el fórceps. Con esta maniobra se aflojan las -- raíces y después se pueden sacar más comodamente.

e) EXTRACCION DE LOS APICES DE LAS RAICES FRACTURADAS.

Pretender recuperar a ciegas un - fragmento de raíz es hacer oposiciones a -

enfrentarse con el problema de tener que - recuperarlo en estructuras más profundas; supone asimismo una pérdida de tiempo y ma yores molestias para el paciente. Los ápi- ces de las raíces se han de extraer. El - sim le hecho de retraer un colgajo permite con frecuencia visualizarlas. Si la separa ción del colgajo no descubre la raíz, la - supresión de la cresta vestibular del hue- so completará la exposición. Mediante una buena succión, irrigación y una punta para ápices de raíces es posible desalojar el - fragmento radicular. Si este método no da resultados satisfactorios en treinta segun dos, se recurrirá a una fresa redonda para cortar la raíz y el hueso en toda la cir- cunferencia de la primera, con lo cual se_ crea un espacio que permite balancearla, - aflojarla y desalojarla.

Cuando el ápice está muy próximo - al seno maxilar, al canal alveolar inferior o a un segundo o tercer molar inferior, es más prudente retraer un colgajo e inmedia- tamente rebajar a torno la pared bucal y - extirpar el hueso adyacente a la punta de

la raíz. Con ello se logra un espacio en el cual se puede desalojar la raíz y del cual se extrae fácilmente con succión o con las puntas para raíz apical.

Ocasionalmente puede pasar inadvertido un ápice de una raíz de un tercer molar si el diente no ha presentado síntomas y las radiografías no muestran lesiones periapicales.

f) EXTIRPACION DE RAICES RETENIDAS.

El hallazgo accidental en las radiografías de puntas de raíz no diagnosticadas anteriormente plantea algunos problemas. Si han existido durante años, son --asintomáticas, no presentan signos radiográficos de alteraciones patológicas, y no hay ninguna indicación médica u odontológica para su extracción, se han de dejar igual. Si en esta zona se han de colocar prótesis fijas o removibles, deben extraerse las raíces. Es más fácil extraer profilácticamente las raíces o los dientes retenidos que tratar infecciones relacionadas

con su exposición por resorción ósea.

Las radiografías múltiples permitiran localizar el fragmento con relación al resto de los dientes y los puntos de referencia anatómicos tales como el seno maxilar. En el caso de que se tenga que determinar la posición del ápice radicular en un maxilar edéntulo (maxilar superior o mandíbula), se puede anestesiar la mucosa y colocar en ella una aguja de sutura que servirá de punto de referencia en la radiografía.

Después de determinar la posición del ápice se traza una incisión curva, prolongada, que rodee la zona de hueso a través de la cual se extraerá el fragmento. Los ápices radiculares maxilares generalmente serán porciones residuales de las raíces vestibulares. El hueso vestibular es delgado, de suerte que generalmente los ápices se pueden extraer fácilmente con un botador después de retraer un colgajo mucoperióístico. Si es necesario extirpar hueso, ha de ser solamente hueso vestibular. No -

se debe alterar la cresta del hueso alveolar. En el caso menos frecuente de que la raíz retenida sea palatina, se despegu un colgajo mucoperiostico palatino, se extirpa el hueso palatino que cubre a la raíz - mediante una fresa y se extrae el fragmento de raíz con un botador.

La mejor sutura quirúrgica para la cavidad bucal es la seda trenzada porque - provoca la mínima reacción de los tejidos y causa menos molestias al paciente. A veces se usan suturas de catgut resorbible, - especialmente si el paciente vive algo lejos y no le es posible volver para una visita posoperatoria. No obstante el catgut es rígido y como las puntas están afiladas pueden causar molestias.

g) DIENTES INCLUIDOS.

En algunas ocasiones la mayoría de los dentistas se consideran obligados a ex traer un diente incluído. En tales casos - es sumamente importante la evaluación pre operatoria del paciente y del diente que -

se ha de extraer. Antes de operar debe revisarse la anatomía de la región. El nervio lingual esta muy cerca de la cresta alveolar en la zona del tercer molar inferior, y cabe que se expongan el nervio y los vasos alveolares inferiores al extraer dicho diente. Además, la mandíbula es muy delgado detrás del tercer molar, y es fácil empujar las raíces hacia el suelo de la boca. El tercer molar superior tiene una vía de rotación hacia vestibular y distal. Este diente se puede desplazar con facilidad al interior del seno maxilar, o la almohadilla adiposa vestibular.

El dentista debe planear la operación antes de empezarla. Es necesaria una correcta retracción de el colgajo para conseguir buena visibilidad y evitar a los tejidos blandos las lesiones que podrían producirse con los elevadores periósticos, los botadores de dientes y las fresas. En las caras vestibular y distal del diente se ha de extraer hueso en cantidad suficiente para conseguir una buena exposición de la corona.

so; por lo tanto, se aconseja el empleo de una pera de agua o jeringa desechable (preferentemente con suero fisiológico).

Como los caninos, los premolares y los mesiodientes quedan incluidos con menor frecuencia, el dentista general no debe intentar su extracción. Tales casos se han de remitir al especialista porque la extracción quirúrgica de estos dientes es más difícil.

CUIDADOS POSOPERATORIOS. Se han de dar al paciente las instrucciones relativas a posibles problemas de dolor, tumefacción o hemorragia. Tras la extracción electiva de dientes no infectados, conviene sugerir la aplicación de una bolsa de hielo sobre la región facial exterior (una pauta de veinte minutos de aplicación y diez minutos de descanso, durante las seis horas siguientes a la operación). No es recomendable la aplicación de calor durante el período posoperatorio porque podría estimular el edema.

El diente inferior se secciona para facilitar su extracción por partes. Hay que cortarlo de modo que no se pierda de vista ningún fragmento. Por ejemplo, es importante dejar parte de la corona adherida a la raíz mesial de una inclusión vertical para disponer de un "asidero" en ella. Las porciones de dientes se han de extraer siguiendo un orden que deje libre espacio en el cual puedan moverse los restantes segmentos.

El operador nunca debe hacer más fuerza con el botador que la que le permita el pulgar y los dos primeros dedos. Si con esta fuerza no se mueve el diente, hay que rebajar el hueso con la fresa. No deben utilizarse los botadores con mango cruzado, pues desarrollan demasiada fuerza y podrían producir mucho daño si no se manejan con sumo cuidado.

Mientras se corta el hueso con la fresa, un ayudante ha de cuidar de mantener buena aspiración y abundante irrigación. El pulverizador de agua empleado al tallar un diente no es adecuado para el corte de hue-

h) DIENTES TEMPORALES ANQUILOSADOS.

Los molares temporales anquilosados aparecen con frecuencia sumergidos y a veces casi enterrados en el hueso. Los dientes adyacentes pueden desviarse y reunirse sobre el diente anquilosado, bloqueando así la vía de extracción normal.

La técnica quirúrgica recomendada no es difícil. Se separa la encía vestibular adyacente en colgajo en forma de sobre, en una extensión que rebase el espacio de un diente en sentido mesio-distal con respecto al impactado. Con una fresa de fisura se divide la corona en dirección vestibulolingual, formando un amplio canal a través del diente. Con un botador se mueven la corona y la raíz mesial en sentido distal y la raíz y corona distal mesialmente, hacia el ancho corte hecho con la fresa de fisura. Si el segmento no se eleva fácilmente después de aflojarlo, puede hacerse la remoción de un poco de hueso bucal para obtener una vía más amplia. Cuando el diente está tan anquilosado que sus

partes se rompen, habrá que recurrir al fresado cuidadoso para extraer las raíces.

Antes de poder desalojar las partes fracturadas, habrá que quitar con una fresa el hueso que cubre al diente subyacente no erupcionado. Se ha de proceder con suma precaución para no dañar la corona del diente que no ha hecho erupción. Se extirpa todo el hueso que la cubre, incluida una zona algo más amplia que el diámetro mayor del diente que aún no ha hecho erupción.

Después de extraer un diente temporal o anquilloso, se ha de colocar un mantenedor de espacio para evitar la desviación de los dientes contiguos y conservar el espacio para que pueda hacer erupción el diente permanente.

i) TECNICAS DE LOS TEJIDOS BLANCOS.

DESGARRES. Todas las heridas intraorales de más de 4 mms. de longitud o profundidad se han de suturar. El primer paso consiste en asegurarse de que no hay materiales extra--

ños. Si se han fracturado los dientes y -- queda un muñón en la zona del desgarré han de hacerse radiografías del tejido blando para tener la certeza de que no han quedado fragmentos en la herida.

Los desgarrés profundos se cierran por planos. El músculo se sutura con catgut del número 3-0, normal o crónico. Las capas mucosas, con seda negra del número - 3-0. La piel, con seda del número 5-0 ó ny lón. La sutura de la piel, por razones estéticas, la ha de efectuar una persona debidamente preparada.

Siempre que sea posible es mejor - efectuar el tratamiento definitivo de las fracturas que requieren reducción a campo abierto antes de cerrar los desgarrés. - - Cuando no sea posible, se han de cerrar - las heridas para reducir la pérdida de san gre y líquidos, disminuir el riesgo de infección, aliviar las molestias del paciente y facilitar los cuidados posteriores.

BIOPSIA. Si el dentista tiene la menor so

pecha de que se halla ante una lesión maligna ha de efectuar una biopsia con preferencia a una extensión citológica. Una extensión negativa de una lesión poco corriente no elimina la necesidad de una biopsia, ya que la citología oral da 25% de resultados negativos falsos. Por otra parte, un informe citológico positivo ha de ser confirmado por la biopsia. Por consiguiente, nunca se insistirá demasiado en que si una lesión es sospechosa ha de practicarse una biopsia.

Las reglas siguientes para la biopsia son sencillas, como lo es la técnica en sí misma:

Anestésiese la región, si es posible por bloqueo. Evitese la infiltración directa de la zona en que ha de hacerse la biopsia. Si no es posible la anestesia por conducción, un bloqueo del campo o infiltración alrededor del sitio de la biopsia evitará que la lesión se deforme.

Las lesiones muy pequeñas deben ex

tirparse completamente con el fin de obtener material suficiente para el patólogo.

Una regla práctica: si la lesión es pequeña hay que quitarla toda. Una lesión superficial de unos 5 mms. de diámetro o menos se puede considerar "pequeña".

Si la lesión es demasiado grande para extirparla enteramente, extirpese una cuña de tejido de unos 4 mms. de ancho y generalmente no menos de 4mms. de profundidad. No debe "pelarse" la superficie de una lesión, sino penetrar en ella de modo que se obtenga una muestra representativa. No obstante, si la lesión es muy superficial, no son necesarios cortes profundos.

Si un tumor o una zona de hiperqueratosis extensos varían de aspecto en diferentes regiones, realícense biopsias múltiples y pongase cada muestra en un frasco separado. Trácese un diagrama esquemático que indique la procedencia de cada una de las biopsias; márchese cada frasco con un número o letra que corresponda a la zona -

del diagrama de la cual fue tomada la muestra. Regístrese esta información y el dibujo en la ficha del paciente y en el impreso en que se solicita la biopsia.

Los frascos de las muestras han de contener formalina neutra a 10%. Como un corte delgado del tejido podría curvarse en el líquido fijador, se ha de colocar el tejido sobre un trozo de papel y sumergirlo todo en el frasco para reducir al mínimo la deformación.

El conocimiento de la orientación de la muestra en la boca con frecuencia ayuda al patólogo a interpretar las modificaciones hísticas. Una lesión grande con una base amplia puede requerir señales que indiquen su orientación. Esto se puede hacer poniendo un punto de sutura en el polo anterior y anctando su situación en el diagrama adjunto.

Una biopsia negativa, cuando clínicamente se sospecha una enfermedad maligna exige otra biopsia. En algunos casos: se -

han necesitado hasta cuatro biopsias para confirmar finalmente una afección maligna que se sospecha. Una biopsia positiva de afección maligna impone al dentista una obligación grave; ha de procurar por todos los medios que el paciente reciba atención inmediata.

j) TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE LOS MAXILARES.

Cuando se sospecha una fractura basándose en un accidente, una alteración de la oclusión, la existencia de dolor o de una deformidad, es necesaria una exploración clínica y radiográfica cuidadosa. La palpación y la manipulación bimanual de las mandíbulas sujetando diferentes cuadrantes e intentando mover los fragmentos ayudará a localizar las fracturas. Las fracturas maxilares que atraviezan el conducto infraorbitario pueden producir entumecimiento de la mejilla y del labio superior. Las fracturas de cuerpo de la mandíbula suelen causar disminución de la sensibilidad en el arco del nervio mentoniano.

Se explora la piel de la cara con una aguja para localizar cualquier zona de hiposensibilidad que pueda ayudar a situar una fractura. Si el exámen clínico sugiere la existencia de una fractura, se han de tomar radiografías para confirmar el diagnóstico. Cuando no es posible confirmar radiográficamente la fractura sospechada, se ha de tratar al paciente como si la lesión existiera y solicitar una consulta.

ASISTENCIA URGENTE. El tratamiento de urgencia de las fracturas maxilares se puede aplicar en el ecenario de un accidente, en el consultorio dental o en el hospital, y su finalidad es salvar la vida del paciente y disminuir su dolor. Los principios esenciales de una asistencia urgente son:

- 1.- Asegurarse de que las vías aéreas superiores del paciente están despejadas y de que puede respirar libremente.

- 2.- Dominar la hemorragia.
- 3.- Aliviar al paciente en lo posible. A veces una maniobra basta para cumplir los tres objetivos.

Se ha de efectuar tracción hacia a delante de la mandíbula para evitar que la lengua obstruya la faringe. La hemorragia puede dominarse ejerciendo presión con gasas sobre los tejidos heridos intra y extraorales. La inmovilización de los maxilares con un vendaje mantendrá la mandíbula en posición hacia adelante y ejercerá presión sobre los puntos sangrantes. Al mantener inmovilizadas las partes lesionadas, el vendaje calma el dolor y contribuye a cohibir la hemorragia, evitando la desintegración de los coágulos producida por los movimientos. Para este propósito resulta adecuado un vendaje tipo Barton modificado que pasa por debajo de la mandíbula con el fin de sostenerla en alto. Se ha de evitar la presión sobre la porción anterior de la mandíbula porque la desviaría hacia atrás y podría obstruirse la tráquea.

TRATAMIENTO DEFINITIVO. Después de prestar la asistencia urgente ha de remitirse en -seguida al paciente con lesiones graves a un cirujano maxilofacial si es posible. Si hay otras lesiones que requieran atención_ inmediata, el tratamiento de las fracturas maxilares puede posponerse hasta diez días, sin embargo, cada día de retraso hace más difícil el tratamiento definitivo.

Los tres pasos necesarios para el tratamiento definitivo de las fracturas de los maxilares son: la reducción, la fijación de los fragmentos en posición correcta y la inmovilización. Si no se cumplen, se puede producir una falta de consolidación o una unión defectuosa del hueso.

Las fracturas simples en pacientes con dentición adecuada se pueden tratar fijando los dientes en oclusión con ligaduras de alambre. La clave del éxito en inmovilización es tener la certeza de que los alambres entre ambas mandíbulas mantienen_ la oclusión y evitan los movimientos de - los fragmentos fracturados.

Los pacientes edéntulos requieren un tratamiento especial, y se han de remitir al especialista (cirujano maxilofacial) Si el paciente usa prótesis, las ha de llevar al cirujano, aunque estén rotas y falten algunas partes. Las prótesis dentarias se pueden usar como férulas y fijas a los maxilares con alambres o agujas para lograr la inmovilización y la conservación de las distancias intermaxilares adecuadas.

VI.- PREPARACION QUIRURGICA DE LA BOCA PARA LA PROTESIS

La preparación quirúrgica de la boca para las prótesis puede afectar al tejido blando, al hueso o a ambos. La necesidad de este tipo de cirugía se determina por la exploración clínica y radiográfica.

a) EXPLORACION CLINICA.

La exploración del tejido oral blando se menciona aquí para hacer hincapié en la importancia que tiene el examen de todos los tejidos orales, así como el de las superficies que prestan apoyo a las prótesis. Las anomalías de cualquier zona de la mucosa oral se deben diagnosticar. Generalmente la biopsia proporciona el diagnóstico de una anomalía y algunas veces la suprime.

Todos los bultos y masas clínicamente visibles o palpables que pueden ser traumatizados por las prótesis dentarias-

se han de extirpar, incluso los papilomas y pólipos de la mucosa bucal, los labios y la lengua. Tales lesiones suelen ser traumatizadas por las prótesis nuevas, ya sean fijas, ya sean removibles.

Las anomalías óseas corrientes que requieren una intervención quirúrgica preprotésica comprenden los torus, las crestas linguales del tercer molar mandibular, las líneas oblicuas internas (cresta milohioidea), las protuberancias vestibulares de las tubercidades maxilares, y las irregularidades de las crestas alveolares consecutivas a la extracción. En algunas ocasiones los tubérculos genianos están agrandados y más cerca de la cresta de los bordes atróficos; también a éstos hay que extirparlos algunas veces.

Otras veces requieren tratamiento las inserciones anormales de los frenillos o las bandas de tejido cicatrizal.

El frenillo labial superior es el que plantea más problemas de este tipo y -

el frenillo lingual el que presenta menos.

b) EXPLORACION RADIOGRAFICA.

Cuando está indicada una interven
ción quirúrgica en una superficie ósea o -
en sus proximidades, las radiografías cons
tituyen una necesidad absoluta. Si bien al
gunos dentistas usan las películas oclusa-
les para examinar los maxilares, tales ra-
diografías tienen un valor limitado para -
planear la operación. Las placas periapical
es o panorámicas revelarán dientes que no
han hecho erupción o que están incluidos,
raíces retenidas, enostosis (hueso escleró-
tico localizado), odontomas, quistes resi-
duales y otras alteraciones patológicas ó-
seas. Estas radiografías informan también_
sobre el tamaño del seno maxilar, la loca-
lización del agujero mentoniano, y la posi-
ción del canal alveolar inferior. Además,-
la película panorámica o pariapical mues-
tra el grosor del tejido blando que cubre
la cresta de los bordes alveolares.

ESTADOS QUE REQUIEREN UNA OPERACION
QUIRURGICA PREVIA.

c) TUBEROCIDAD FIBROSA.

Hay que hacer hincapie en la necesidad de disponer de un tejido de soporte sólido para lograr la estabilidad de las dentaduras removibles. Las tuberocidades fibrosas y los bordes alveolares flojos son los estados que con mayor frecuencia requieren una intervención quirúrgica preprotésica. La tuberocidad se corrige fácilmente extirpando sucesivas cuñas de tejido.

Se hace una incisión elíptica a lo largo de la cresta del borde y se extirpa una cuña de tejido en forma de V, con el vértice de la cuña en la superficie de la cresta alveolar. Luego se excavan las mucosas palatina y vestibular para extirpar cuñas de tejido con el ápice hacia la incisión de la cresta alveolar y la base en el hueso. Las cuñas vestibulares y palatinas se liberan del hueso con un elevador de periostio, extirpándose éste junto con el te

jido fibroso. Los dos colgajos restantes - de tejido, de unos 3 mms. de espesor en - los bordes, se comprimen fácilmente en su sitio sobre la cresta alveolar. Si los colgajos se superponen, se corta el exceso de tejido para que los bordes queden adosados por las suturas y se logre una curación - por primera intención. Si el hueso alveolar vestibular es bulboso, o el espacio es limitado entre la rama y el maxilar, se - puede extirpar el exceso de hueso vestibular a continuación de las cuñas de tejido fibroso levantado el colgajo vestibular. - Para vez es necesario reducir la altura de la cresta alveolar ósea.

d) BORDES FLOJOS.

Esta alteración del borde alveolar, que suele observarse en la zona anterior entre los premolares derechos e izquierdos, se puede dar en ambos maxilares, pero es más frecuente en el superior. En estas secciones los procesos alveolares son más estrechos que en las áreas de las tubercididades, de suerte que en general -

sólo es necesario extirpar una cuña en forma de V a lo largo de la superficie de la cresta para afirmar el tejido. En la región maxilar anterior, el operador a de tener cuidado de mantener la cuña sobre la cresta. Si las incisiones se hacen demasiado hacia labial, puede extirparse toda la encía fija; en consecuencia, al suturar los bordes, se tirará de la mucosa labial hasta situarla, sobre la cresta, con lo cual se deformará el surco gingival de la región. Las papilas de los incisivos no constituyen ningún obstáculo a la intervención quirúrgica sobre el segmento maxilar anterior. La papila se puede cortar y no hay contraindicación a la sección de las estructuras que emergen del canal incisivo.

e) FRENILLOS.

A veces es necesario suprimir el frenillo labial superior o lingual. Los otros frenillos sólo plantean problemas quirúrgicos en contadas ocasiones.

Antes de hacer la incisión, se es-

tabiliza el frenillo con dos pequeños hemóstatos: en el frenillo maxilar se aplica uno perpendicularmente al labio y el otro perpendicular al alvéolo; en el frenillo lingual, uno a lo largo de la lengua y el otro a lo largo del suelo de la boca. Se corta el tejido inmediatamente adyacente a los hemóstatos desde debajo de ellos y se separan los instrumentos junto con el frenillo. Este procedimiento deja un defecto sorprendentemente grande de mucosa. Se unen los bordes de ésta, poniendo el primer punto de sutura en el centro de la incisión. En el frenillo labial este punto queda situado a nivel de la parte del vestíbulo. Se sutura en primer lugar la parte labial del corte, y se aproximan los tejidos, generalmente sin dificultad. Si se ha de ejercer tensión para cerrar esta sección, han de excavarse los bordes con el fin de facilitar el cierre. A continuación se cierra la porción alveolar. Si no es posible adaptarla bien, no hay que preocuparse porque se forma tejido de granulación y se cura. Los problemas de cierre suelen obedecer a excisiones demasiado extensas de te-

jido. En el caso del frenillo lingual, se cierra primero la parte correspondiente a la lengua. Se facilita la maniobra si se sujeta la punta con unas pinzas para toallitas o con un punto de sutura, de modo que el ayudante pueda tirar de ella para estabilizarla. La sutura se empieza en la unión del suelo de la boca y la superficie ventral de la lengua. Como en todas las ocasiones en que se incide o se sutura el piso de la boca, el operador ha de proceder con cuidado para no lesionar los conductos salivales sublinguales o sus desembocaduras.

f) PAPILOMATOSIS.

La papilomatosis es una afección que se observa en el paladar, generalmente en la zona de alivio debajo de las bases de las dentaduras completas. A veces se ve en pacientes que conservan los dientes y cuya boca tiene una bóveda palatina muy elevada y con signos de escasa higiene oral. En las zonas en que el hueso palatino se ha reabsorbido se forma tejido papilomato-

so hiperplástico para llenar el espacio. - Se ha sugerido que este tejido, generalmente muy vascularizado y de aspecto irritado, representa una alteración hística premaligna.

Si el paciente se abstiene de llevar la dentadura durante siete a diez días, cede el enrojecimiento y los numerosos papilomas de pequeño tamaño se encogen pero no desaparecen. El tejido se ha de extirpar, de lo contrario proliferará debajo de una nueva dentadura porque se acumulan residuos y se multiplican las bacterias en los huecos y hendiduras de la superficie papilomatosa abollanada.

Se ha de eliminar toda la zona afectada por raspado con una cucharilla afilada de Molt o alisándola con una fresa redonda grande. También se puede utilizar el asa radioquirúrgica para escindir el tejido, pero produce un desagradable olor de tejido quemado y la curación es más lenta. Después de extirpar el tejido y de limpiar la superficie con gasas para quitar todos

los fragmentos sueltos, se aplican unas -- compresas sobre la superficie cruenta para ejercer presión y detener el exudado. La dentadura vieja se rebasa con un acondicionador de tejido y se coloca inmediatamente después de retirar las gasas. Con esto se cohibe la hemorragia, se proporciona una cubierta protectora al tejido, y se dispone de una dentadura temporal, hasta que es posible preparar una nueva después de cicatrizada la lesión. Se han de enviar muestras de el tejido extirpado al patólogo para que las examine, prescindiendo de la técnica utilizada. Si el informe es de lesión maligna se ha de remitir al paciente a un especialista o a un oncólogo.

g) TORUS.

Todos los torus maxilares con zonas retentivas, todos los torus maxilares sésiles de más de 3 mms. de elevación, y todos los torus mandibulares se han de extirpar. El tiempo y las molestias implícitas en la extirpación de estas estructuras son insignificantes comparadas con las di-

ficultades que causan en la elaboración de dentaduras y con la molestia, preocupación e irritación que causan al paciente.

Los torus maxilares están cubiertos por una mucosa muy delgada que se lesiona con facilidad. El torus está formado por tejido óseo denso, duro, que no se reabsorbe como ocurre con los bordes alveolares. Por esta razón, el torus se convierte en un pivote sobre el cual se balancea la dentadura. En tales situaciones suele producirse la ulceración de paladar.

TORUS PALATINOS. Se anestesia la región - por bloqueo extenso bilateral palatino y - por infiltración entre el polo anterior - del torus y los incisivos. Si el torus se extiende hacia el borde posterior del paladar duro tal vez sea necesario infiltrar - unas gotas de solución anestésica en su zona distal.

Se traza una incisión en la línea media del paladar y se prolonga en ambos extremos en forma de Y con ramas de 1 cm. -

de longitud. Después de despegar el mucoperiostio, hay dos grandes colgajos con las bases paralelas a los dientes posteriores, y dos colgajos pequeños de forma triangular, uno en cada extremo de los colgajos mayores. Se corta el torus expuesto en sentido vertical y luego horizontal con una fresa de fisura o redonda formando una especie de enrejado de muescas. Se apoya en los surcos una gubia o un cincel empleo para hueso y se van arrancando fragmentos de hueso. El pequeño reborde de torus que queda y las espículas que sobresalen se rebajan con una fresa redonda grande del número 6 ú 8 y finalmente se alisan con una lima de hueso. Se irriga la región y se suturan los colgajos. A continuación se aplica una férula acrílica previamente preparada o una dentadura vieja revestida con acondicionador de tejido para mantener éste en íntimo contacto con el paladar durante la cicatrización y para prevenir la formación de un hematoma.

TORUS MANDIBULARES. Los torus mandibulares en los pacientes que conservan la dentadu-

ra natural son más difíciles de extirpar - que en los pacientes desdentados. No obstante, está indicada su extirpación si dificulta la colocación de una prótesis inferior removible.

Se hace la incisión en el surco gingival en los puntos donde existen dientes y a lo largo de la cresta alveolar en las zonas edéntulas. Las papilas interdentes se retraen junto con el colgajo para facilitar el cierre. Si los torus son grandes el operador a de actuar con cuidado - con el fin de evitar la perforación del colgajo cuando lo despega para invertirlo al rededor de la superficie inferior, ya que la mucosa lingual es fina y se lesiona fácilmente. Es posible amputar un torus grande con una fresa, o cortarlo al ras de la superficie lingual por medio de una fresa de fisura número 704. Los torus más pequeños se pueden alisar completamente con una fresa de fisura del número 704 montada en una presa de mano de alta velocidad, y acompañada de una abundante irrigación.- - Luego se irriga cuidadosamente el área pa-

ra eliminar todos los residuos óseos, se coloca el colgajo y se dan los puntos de sutura.

h) RAICES Y DIENTES RETENIDOS.

Para preparar dentaduras completas se han de extraer los dientes retenidos. - Lo mismo cabe decir de los fragmentos de raíz retenidos. Se han de investigar todas las lesiones óseas radiolúcidas. Con mucha frecuencia se trata de quistes residuales_ que también han de ser extirpados.

El enfoque quirúrgico de la extirpación de un quiste es el mismo que el de un diente o una raíz, con una excepción: - nunca se debe incidir una zona ósea radiolúcida sin aspirar antes el defecto para - determinar si la lesión es sólida, quística o vascular. Para ello recomendamos la - utilización de una aguja de calibre 18 á 20. Si el hueso que cubre la lesión es delgado, estas agujas son lo suficiente fuertes para atravesar la lámina ósea. Si el - hueso ofrece resistencia a la aguja, se in

vierte un colgajo y con una fresa del número 4 se quita una pequeña cantidad de hueso; se intenta nuevamente atravesarlo con la aguja. Después de extirpar pequeñas cantidades de hueso y de repetir los intentos de incursión de la aguja, ésta termina por penetrar en la zona radiolúcida. Si el -- área resulta vascular, pudiera ser fatal o perar sin hospitalizar al paciente y disponer de sangre para transfusiones, si es sólida, solamente está indicada una biopsia por incisión, si es quística, lo cual revelará el líquido pajizo característico, se puede proceder a la operación.

La técnica quirúrgica de la operación en una boca edéntula es algo diferente de la que hay que seguir en una mandíbula con dientes. La incisión se ha de mantener sobre el hueso y en el mucoperiostio - en lo posible. Es importante recordar que la mandíbula se ensancha lateralmente en el área molar. Una incisión posterior recta por fuera del borde alveolar carecería de soporte óseo y podría seccionar el nervio lingual.

Las incisiones han de ser largas y ligeramente curvas para que la línea de su tura no quede directamente sobre un defecto producido por la intervención quirúrgica. Es importante recordar la situación del agujero mentoniano y de los grandes va sos palatinos para evitar la sección de los nervios y vasos de estas zonas. Si la operación se realiza cerca de un vaso o un nervio importantes, es preferible disecarlos en primer lugar para tenerlos a la vis ta y eludirlos durante el resto de la intervención. Con el fin de no reducir la al tura de la cresta alveolar, se debe operar desde la cara lingual bucal o palatina si es posible. Se ha de extirpar la cantidad suficiente de hueso para poder localizar fácilmente las raíces y abrir un camino pa ra su eliminación, enteras o en partes. Lo mismo se puede decir de los dientes. En ge neral, es preferible planear la sección de los dientes retenidos. Las piezas de mano de alta velocidad facilitan el corte. El operador no se ha de envanecer de ser ca paz de extirpar grandes raíces, sin cortar las de los dientes retenidos, a base de un

gran sacrificio de hueso.

Se han de perforar agujeros en las raíces de los dientes seccionados con el fin de disponer de puntos de tracción para los elevadores o botadores. Las maniobras de apalancamiento con los elevadores bloquean a veces la extracción de los fragmentos dentarios. Un agujero de tracción para elevación directa es un método sencillo y eficaz para extirpar los trozos de diente. El hueso utilizado como punto de apoyo se ha de alisar con una fresa grande o con una lima de hueso. Con ello se evita el desprendimiento de una pieza de hueso desvitalizado más tarde.

El campo operatorio debe irrigarse siempre y aspirarse cuidadosamente antes de suturar. El operador ha de revisar bien la cara perióstica de los colgajos en su inserción en el hueso para tener la seguridad de que no quedan residuos ni astillas retenidos en estas zonas. Hay que reponer y suturar el colgajo de suerte que no queden brechas. Si la mayor parte de la inci-

sión se ha hecho en el mucoperiostio, el colgajo se cerrará fácil y perfectamente.

Si el paciente lleva dentadura postiza, se recubre con acondicionador de tejidos y se coloca. Las suturas no se han de quitar antes de los cuatro días después de los ocho de la intervención. Las impresiones para las dentaduras nuevas se pueden tomar ya a las tres semanas de la operación. Si las dentaduras viejas o las férulas se han revestido con acondicionador de tejido, han de examinarse al menos una vez por semana y reponer el acondicionador con frecuencia hasta que se coloquen las dentaduras nuevas.

VII.- TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES

En esta era de fluoración y anti--
bióticos, no se ven con tanta frecuencia -
como en épocas anteriores las infecciones_
extensas de origen odontogénico. Sin embargo
go, todavía constituyen el problema quirúrg
gico no electivo más corriente en la practi
tica dental.

7.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CURSO DE LA INFECCION.

Las infecciones orales evolucionan
hacia la resolución, la fluctuación o la -
extensión. La resolución es la curación -
sin formación de pus, mientras que la fluctu
tuación es la aparición de una necrosis -
central en la región infectada con forma--
ción de pus. La extensión es la propaga- -
ción de la infección a los tejidos adyacentes
tes a lo largo de los espacios anatómicos,
de las fascias o por el torrente sanguíneo.

El curso seguido por una infección
depende de la naturaleza de ésta, de su loco

calización anatómica, de su extensión y de la resistencia del huésped.

a) NATURALEZA DE LA INFECCION.

Las infecciones odontogénicas suelen ser infecciones bacterianas mixtas, pero se ha de tener en cuenta la posibilidad de una bacteria resistente o una infección por hongos, especialmente cuando la afección no mejora rápidamente con el tratamiento.

b) EXTENSION DEL TRASTORNO.

Los pacientes con una infección aguda presentan temperatura elevada, taquicardia y taquipnea. Muchos analgésicos corrientes son también antipiréticos, así que el paciente que los toma puede estar muy enfermo y sin embargo no tener una temperatura elevada. La temefacción puede ser firme y difusa (clulitis) o fluctuante (absceso), y la piel puede estar caliente al tacto y con cambios de coloración. También suele observarse aumento de volumen de los

ganglios linfáticos regionales que son dolorosos a la presión. El recuento y fórmula leucocitarios revelarán un aumento de su número con una elevada proporción de leucocitos polimorfonucleares.

c) LOCALIZACION ANATOMICA.

La situación de los ápices de los dientes en relación a las inserciones musculares y a las líneas de menor resistencia determina la dirección de propagación de las infecciones dentales. Los abscesos periapicales de los primeros molares mandibulares, en los niños, con frecuencia desahoran extraoralmente, porque los ápices dentarios están por debajo de la inserción del músculo buccinador. Las infecciones pericoronales de los terceros molares inferiores se propagan a la zona faríngea lateral. Independientemente de los espacios quirúrgicos afectados, se aplican en todas las infecciones los principios básicos de tratamiento.

d) RESISTENCIA DEL HUESPED.

La localización y resolución de la infección dependen en alto grado del estado general de salud del paciente. Los pacientes debilitados o con una enfermedad general, tal como una discrasia hemática o una diabetes no compensada, presentan problemas especiales.

7.2 OBJETIVOS DE LA TERAPEUTICA: MODIFICAR EL CURSO DE LA INFECCION.

La intervención por medios quirúrgicos, o por la terapéutica antibiótica, intenta modificar la evolución de la infección, inhibiendo la fluctuación y la extensión y estimulando la resolución.

Las infecciones localizadas en la cavidad oral se suelen aliviar dando salida al pus y suprimiendo su causa. La caries avanzada y la enfermedad periodontal son las causas predominantes de infecciones orales. La terapéutica endodóncica o periodóncica puede preservar los dientes. Sin embargo, si se llega a la conclusión de que el diente o los dientes afectados no-

se pueden salvar, el paso inmediato del -- tratamiento es generalmente la extracción_ de los dientes afectados. Cuando los dientes se pueden salvar hay que liberar el - pus mediante incisión y drenaje. La abertu_ ra del canal pulpar solamente proporciona_ un drenaje mínimo y no ha de ser el único_ método para evacuar las zonas fluctuantes.

El desagüe del pus elimina bacte-- rias y toxinas y reduce la distensión producida en los tejidos por la presencia de aquél. Esta descompresión mejora la circulación en la región y así ayuda a las de-- fensas naturales al aumentar la irrigación sanguínea.

La resistencia del huesped se puede mejorar con medidas coadyuvantes que ayudan a vencer la infección. Se ordenará - al paciente el reposo en cama y la inges-- tión de líquidos en abundancia en forma de zumos, bebidas no alcohólicas, agua y so-- pas. Ingerirá una dieta rica en proteínas. Los productos de preparación instantanea - constituyen excelentes complementos dieté-

ticos porque contienen vitaminas y minerales, así como proteínas e hidratos de carbono.

Si se administran antibióticos hay que hacerlo juiciosamente. Se han de remitir muestras de pus a un laboratorio clínico, de un hospital o privado, para cultivo y pruebas de sensibilidad que identifiquen el germen causal de la infección y determinen la sensibilidad del organismo predominante a varios antibióticos.

7.3 TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CORRIENTES.

a) AFECCION APICAL SIN CELULITIS.

El diagnóstico de un trastorno apical se hace por la historia clínica, percusión, las pruebas pulpares y los hallazgos radiográficos. Se ha de considerar si el diente se puede beneficiar de la terapéutica endodóncica.

Si se toma la decisión de extraer_

el diente, la consecución de una anestesia adecuada a menudo plantea un problema no resuelto. De ordinario es eficaz la anestesia por bloqueo. En el maxilar superior un bloqueo cigomático, palatino amplio, o infraorbitario, permite lograr una anestesia más eficaz que la infiltración. La anestesia insuficiente por infiltración se puede completar por la anestesia por bloqueo. Si aún persiste el dolor, puede resultar útil la administración de un hipnótico o de un narcótico. Si el diente todavía es sensible a la manipulación, suele ser útil la inyección intraceptal o intrapulpar, o puede abrirse la cámara pulpar y aplicar una cura sedante. En algunas ocasiones es necesario remitir el paciente a un especialista para que administre una anestesia general que elimine completamente el dolor durante la extracción.

No es necesaria la terapéutica antibiótica para combatir las infecciones apicales que no van acompañadas de celulitis, a menos que exista alguna indicación médica específica de la misma. Los pacien-

tes con diabetes no compensada, cardiopatia congénita o reumática o con prótesis valvulares cardíacas, o sometidos a tratamiento con esteroides requieren antibióticos.

b) CELULITIS FACIAL

En los pacientes con celulitis facial se aconsejan los siguientes pasos:

- 1.- Se ha de determinar la etiología de la celulitis. La celulitis puede ser una secuela de la pulpitis, pero también puede ser debida a una infección de una glándula salival, un trauma, o tratarse de una manifestación alérgica (edema angioneurótico). La historia clínica y las radiografías son importantes para descartar la infección odontogénica.
- 2.- Si la celulitis no es odontogénica, o si es extensa y el dentista general no quiere asumir la responsabilidad de tratarla, se ha de remitir inmedia

tamente el paciente a un especialista.

- 3.- Cuando la infección es odontogénica, el objetivo primordial del tratamiento es combatirla y vencerla. La terapéutica antibiótica y el calor intraoral en forma de enjuagues calientes forma parte del tratamiento. Con estos métodos cabe lograr la resolución sin formación de pus. En caso de que se produzca supuración y quiera intentarse la conservación del diente, se ha de abrir el conducto y establecer un drenaje por incisión. Cuando el diente se ha de extraer, hay que hacerlo inmediatamente. Si se ha tomado la decisión, menos prudente, de esperar que ceda la celulitis para proceder a la extracción, es imperativo que el paciente se haga cargo de que hay que eliminar la fuente de infección cuando desaparezca la inflamación, pues de lo contrario podría reproducirse, posiblemente en peores condiciones.

c) PERICORONITIS.

La pericoronitis es un proceso inflamatorio en el tejido adyacente a un diente en erupción, o en el tejido que cubre a un diente que ya ha hecho erupción, pero que todavía está parcialmente recubierto por la encía. El término se emplea generalmente para referirse a la inflamación que rodea a los terceros molares inferiores en erupción parcial. La pueden iniciar la acción bacteriana, la descomposición de restos alimenticios en la hendidura gingival, o el trauma ocasionado por un tercer molar superior cuya erupción es excesiva.

TRATAMIENTO DE URGENCIA. Si hay trismo, se recomienda la prescripción de antibióticos y la irrigación tibia en la zona retromolar; con frecuencia hay que proceder a la extracción del diente antagonista si es el causante del trauma.

TRATAMIENTO DEFINITIVO. Si no existe espacio suficiente para la erupción correcta -

del tercer molar. hay que proceder a la extracción inmediatamente, o lo más pronto - posible. También se ha de extraer el diente antagonista, porque la erupción pasiva produce una pérdida del contacto normal - con el diente contiguo, lo cual a su vez - es causa de retención de alimentos, caries y enfermedad periodontal. Sin embargo, si es diente antagonista tiene importancia estratégica, como pilar de anclaje posterior para una dentadura parcial fija o removi--ble, no hay que extraerlo.

d) INFECCIONES POSOPERATORIAS.

Cuando un paciente vuelve con una infección, después de una extracción u otra intervención quirúrgica, se ha de proceder a una reevaluación de la historia -- clinica. Una infección posoperatoria puede ser la clave de alguna enfermedad general_ como la diabetes o una discrasia sanguínea-

Se ha de tomar una radiografía para determinar si existe algún foco local de infección, o reacciones de tipo infeccioso a

fragmentos de amalgama, de esmalte o de -- raíz, espículas óseas grandes, o puntas de instrumentos. Si existe trismo o signos de infección grave, se han de administrar antibióticos y tratar la zona infectada con irrigaciones tibias. Si se ha desarrollado un absceso, debe hacerse su incisión y drenaje. Cuando se descubre una causa específica de infección se debe suprimir lo antes posible.

e) INFECCIONES EN LOS NIÑOS.

Las infecciones odontogénicas en los niños suelen diferir en muchos aspectos de las de los adultos. Las infecciones dentales en los pacientes infantiles se propagan con mayor facilidad; porque sus espacios medulares son mayores. Las manifestaciones generales, como por ejemplo la elevación súbita de la temperatura, son a menudo más intensas. Las infecciones pueden afectar a los folículos dentarios permanentes y ser causa de hipoplasia del esmalte. Debido a la relación de los ápices de los dientes en erupción parcial con las

incursiones de los músculos, se pueden producir celulitis y abscesos cutáneos en localizaciones que no se dan en los adultos.

La extracción del diente primario afectado produce un alivio rápido del dolor, previene la extensión de la infección, permite el drenaje a través del alveolo, y suprime la causa de posibles lesiones en el diente permanente en desarrollo. En tales casos es importante la consideración del mantenimiento del espacio. En los dientes con una infección permanente se ha de tener en cuenta la conveniencia de proceder a la terapéutica pulpar combinada, - con incisión y drenaje y tratamiento antibiótico.

Como en el adulto, una buena historia y una exploración correcta, unas buenas radiografías, y la observación de los principios quirúrgicos básicos, conducirán al tratamiento adecuado del niño.

VIII.- COMPLICACIONES QUIRURGICAS.

En la cirugía bucal corriente se producen algunas veces complicaciones. Cuando esto ocurre es necesario reconocer la naturaleza de la complicación y tratarla de manera eficaz.

8.1 PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES.

Ciertas complicaciones son consecuencia de despreciar algún principio básico en el tratamiento del paciente. Una buena asistencia se base en una buena historia, radiografías de buena calidad, un plan de tratamiento bien formulado, y la remisión del paciente cuando la intervención requerida exiga el auxilio de un especialista.

La complicación posoperatoria de la infección puede reducirse al mínimo, o evitarse, atendiendo a los principios de asepsia quirúrgica discutidos anteriormente. La utilización de la autoclave y de agujas desechables, y el hecho de permane--

cer alerta sobre la posibilidad de que el dentista y sus ayudantes transmitan la infección, ayudarán a prevenir las complicaciones posoperatorias.

8.2 COMPLICACIONES DURANTE LA INTERVENCION.

a) LESION DEL SENO MAXILAR DURANTE LA INTERVENCION.

Es probable que el seno maxilar sea abierto con cierta frecuencia sin que el cirujano se dé cuenta de ello y sin -- que se produzcan consecuencias desagradables. Cuando el operador descubre que ha penetrado en el seno, pero no se ha forzado el paso de ninguna raíz en el, se suturan los colgajos de la manera usual, se pone una compresa de gasa sobre el alvéolo, y se dan instrucciones precisas al paciente. Ha de advertirsele que debe evitar la tos, los estornudos, sonarse la nariz y fumar durante ocho horas, para impedir el desplazamiento del coágulo. Ha de dejar la gasa durante una o dos horas en su sitio, y no

debe hacer enjuagues durante el resto del día. Para facilitar el drenaje del seno - por la nariz se prescribirán gotas nasales de Neosinefrina (0,25%). Cuando la abertura tiene más de 5 mms. de diámetro o cuando ha salido pus por el alvéolo se prescribirán antibióticos.

Si la punta de una raíz de un molar maxilar desaparece mientras se intenta su extracción, se ha de sospechar la perforación del seno. Se indica al paciente que se tape la nariz con el pulgar y el índice y que se suene en forma suave. Si el seno está perforado, pasará aire a través del alvéolo a la cavidad oral, produciendo burbujeo en aquél. Si la pared del seno está intacta, la punta puede estar alojada entre la membrana y el suelo óseo del seno; o puede estar debajo del mucoperiostio bucal; o tal vez se ha sacado de la boca por succión o con una gasa. Para resolver el problema el primer paso es tomar radiografías, que ha de comprender el suelo del seno y no sólo en la zona inmediata al campo operatorio, sino en las ad-

yacentes. Si no se observa ninguna punta - de raíz en la radiografía se puede admitir que no está en el seno ni en el campo operatorio. El dentista a de examinar las esponjas de gasa y el contenido del frasco - de succión; es muy tranquilizador tener la seguridad de que se ha extraído el ápice. Si no se encuentra éste ni se ve en las radiografías, cabe presumir que ha sido extraído.

Si se ve el fragmento en las radiografías, pero no se ha perforado el seno, - se ha de palpar la mucosa vestibular que - recubre el alvéolo. El fragmento puede estar debajo del mucoperiostio sobre la superficie bucal, desde donde se puede extraer con facilidad. También puede estar entre el suelo óseo y la membrana del seno - intacta. En este caso se invierte un colgajo en forma de sobre, se extirpa la pared bucal del alvéolo para permitir el acceso a la región y con una cucharilla se levanta con suavidad la membrana del seno y se atrae el fragmento de la raíz hacia el alvéolo. En algunos casos un ayudante puede

recuperar la punta por medio de la succión mientras el cirujano tiene levantada la membrana.

Cuando la punta de la raíz ha penetrado en el seno, a veces es posible recuperarla con un chorro de agua. Para ello se irriga el seno suavemente con solución salina por medio de una jeringa de 10 mls. y una cánula de plata. Se coloca la cánula en la abertura y el flujo de solución salina con frecuencia arrastra a la punta de la raíz hasta la abertura, donde se puede extraer con una cucharilla, explorador o por succión. Si estas operaciones no dan el resultado apetecido hay que remitir al paciente a un especialista.

Aunque esta situación no constituye una urgencia que requiera una visita inmediata, hay que llamar por teléfono al consulto y concertar una cita para el paciente. No se debe intentar agrandar la abertura ni se ha de poner una compresa de gasa en el defecto. Se informa al paciente acerca de lo ocurrido, se cierra la herida

con unos puntos de sutura y se le dan las instrucciones sugeridas por el especialista que completará la operación.

En algunas ocasiones se fuerza accidentalmente el paso de una raíz entera al seno. Este problema es mejor que lo -- trate un especialista, el cual generalmente realizará la técnica de Caldwell-Luc -- para recuperar la raíz. El dentista habrá cumplido con su deber para con el paciente si ha procedido con cuidado, habilidad y buen juicio en el tratamiento, si ha tomado las radiografías adecuadas, ha informado a su cliente sobre el problema y ha concertado la visita con el especialista.

b) FRACTURA DEL HUESO VESTIBULAR
Y DE LA TUBEROCIDAD.

Generalmente es posible evitar la fractura de hueso de sostén durante la extracción de un diente precisando bien el problema quirúrgico antes de intervenir. Si el diente no se mueve con facilidad, -- sólo se ha de extraer después de interve-

nir un colgajo y extirpar el hueso marginal; si se descubre que tiene varias raíces, tal vez haya que separarlas de la corona. Si, inesperadamente, se observa que el hueso está adherido al diente que se intenta extraer, y el hueso ya se ha separado bastante del periostio, es mejor extraer el fragmento óseo con el diente. Luego se han de alisar los bordes óseos del defecto, se ha de irrigar la herida y se han de poner puntos si es necesario.

Cuando se fractura la tuberocidad y no es posible separar el diente de hueso sin romper su adherencia con el periostio, se extraen el diente y la tuberocidad, se alisan los bordes, se irriga la herida y se sutura la mucosa. No obstante, si es posible separar la tuberocidad del diente no se ha de eliminar con éste; hay que suturar la mucosa sobre el hueso para ayudar a estabilizarlo. Si se ha conservado adherida a éste al menos la mitad del periostio, se puede confiar en la reinserción.

8.3 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

a) DOLOR POSOPERATORIO.

El dolor que aumenta de intensidad cuando cesa el efecto del anestésico, y que no responde a los analgésicos corrientes, requiere una investigación. El dolor de este tipo puede ser debido a la fractura o a la desviación de una lámina ósea interseptal, bucal o lingual, o a la presencia de un cuerpo extraño. Se ha de administrar un anestésico local, tomar una radiografía y explorar el alvéolo. Si se descubre alguna causa del dolor se corrige. Si no hay causa evidente, se prescribe un narcótico como la codeína (60 mgs.) o la meperidina (50 mgs.). Se puede tomar la medicación cada cuatro a seis horas, cuando se necesita calmar el dolor. Seis a ocho tabletas han de bastar para vencer la fase de dolor agudo producido por el trauma. Si se sospecha una infección, por existir temperatura superior a 38°C , o escalofríos y aumento de la tumefacción, hay que administrar antibióticos como antes se ha dicho.

b) ALVEOLO SECO.

El dolor que aparece a los dos o diez días de una extracción, en ausencia de signos de inflamación generalizada, suele indicar que la cicatrización se retrasa y que hay una infección local. Esta afección, aludida comunmente como "alvéolo seco", alveolitis u osteomielitis localizada, se trata por irrigación con solución salina normal estéril, o agua potable o destilada, y por la aplicación de curas sedativas hasta que ceden los síntomas. Las curas sedativas se preparan empapando tiras de gasa de 1 cm. con borde, en eugenol o algún preparado que sea anestésico y bacteriostático. Para que la cura actúe durante más tiempo se le puede incorporar una mezcla clara de óxido de cinc y eugenol. Como éste apósito se endurece, hay que colocarlo cuidadosamente para poderlo retirar sin dolor al cabo de unos días.

Las curas sedativas se han de cambiar cada uno o dos días. Las que llevan óxido de cinc se pueden dejar tres o cua--

tro días. No suelen aplicarse más de cinco a siete días. Si el problema persiste es aconsejable consultar con un especialista (cirugía).

8.4 HEMORRAGIA EXCESIVA DURANTE LA INTERVENCIÓN Y DESPUES DE ELLA.

a) HEMORRAGIA DURANTE LA INTERVENCIÓN.

La hemorragia puede constituir una complicación durante las maniobras operativas o después de ellas.

Las causas más frecuentes durante una intervención quirúrgica son el planteamiento desafortunado y la falta de cuidado al manipular los tejidos. El paciente con dientes flojos, que padece una enfermedad periodontal y el que presenta grandes granulomas apicales, es probable que sangren abundantemente.

Las radiografías que muestran grandes espacios periodontales en un paciente

que tiene las encías tumefactas y rojas, - pueden significar que dicha persona perderá hasta 500 mls. de sangre durante la extracción corriente de diez dientes flojos. Tales problemas se pueden evitar plancando con cuidado la secuencia de extracción y - la extirpación del tejido de granulación.

Los pacientes con una historia de tensión elevada, también pueden plantear - problemas hemorragicos. Antes de cualquier intervención se ha de comprobar la presión sanguínea; estos individuos pueden sufrir_ un aumento de ésta a consecuencia de la - preocupación o el temor producido por la - operación. Generalmente es beneficiosa la administración preoperatoria con hipnóti--cos, pues reduce la presión y facilita la intervención. En aquellos pacientes con -- una presión diastólica persistente supe---rior a 100, se ha de celebrar una consulta médica antes de la intervención.

Menos de 1%, de la población pre--sentan discrasias hemáticas que causan hemorragia prolongada. Se pueden identificar

tales pacientes con una buena historia clínica y una exploración cuidadosa. Se han de tratar remitiéndolos a un centro donde puedan cooperar en el tratamiento un especialista en cirugía y un hematólogo.

b) TEJIDO DE GRANULACION.

Si el exámen clínico y radiográfico indican la presencia de una gran cantidad de tejido de granulación, cabe reducir al mínimo la hemorragia observando las siguientes precauciones:

Se inicia la intervención quirúrgica en la parte posterior de la boca. Se extraen unos pocos dientes cada vez; luego, con curetas o tijeras, se extirpa todo el tejido de granulación de los alvéolos y de los tejidos gingivales. El tejido de granulación está muy vascularizada y cualquier desgarre o corte rompe multitud de pequeños vasos. La eliminación total del tejido de granulación suprime la fuente más importante de hemorragia.

Si la hemorragia es excesiva durante la extirpación del tejido de granulación, se indica al paciente que cierre las mandíbulas apretando las gasas que se habrán puesto sobre la herida. Generalmente la pérdida de sangre cesa en un par de minutos. Se retiran las gasas y se prosigue la extirpación del tejido de granulación.- Al reanudar la operación es posible que se reproduzca la hemorragia con la viveza suficiente para requerir un segundo período de compresión y espera.

Cuando finalmente se haya extirpado toda la granulación, la hemorragia será mínima. Cualquier porción de tejido de granulación que se haya dejado inadvertidamente puede ser causa de hemorragia y de una llamada nocturna para cohibirla.

Se prosigue la operación por sectores pequeños, extrayendo los dientes y todo el tejido de granulación. Como los pacientes con gran cantidad de tejido de granulación suelen tener unos procesos alveolares muy irregulares y afilados, estos --

procesos se han de alisar suavemente y se han de redondear las espículas óseas antes de proceder a la sutura.

El dentista que extrae los dientes y deja el tejido de granulación porque - cree que "forma parte del proceso curativo" esta en un error y causa un perjuicio al paciente. Tal granulación, además de ser una causa de hemorragia posoperatoria, puede contener secuestros óseos y quistes incipientes.

c) HEMORRAGIA DE LOS CONDUCTOS NUTRICIOS.

En algunas ocasiones pueden sangrar abundantemente los grandes conductos nutricios de los tabiques alveolares, especialmente en la región anterior. En los pacientes con hipertensión, la sangre incluso puede surgir a chorro desde dichas aberturas. La hemorragia de los conductos nutricios se cohibe bruñendo o aplastando el hueso adyacente hacia la abertura.

En las personas de edad con tabiques interalveolares delgados puede resultar difícil brunir el hueso sin fracturar el septo. Es más fácil poner un hemóstatato o un portaagujas con una punta en cada alvéolo de manera que abrace el tabique cuyo agujero sangra. Se aprietan suavemente las puntas varias veces para comprimir la cresta ósea y aplastar el conducto que causa la hemorragia. Esta operación requiere proceder con cuidado para evitar la fractura del septo.

Después de brunir o aplastar el hueso para ocluir los puntos que sangran, hay que advertir al ayudante que no pase la boquilla del aspirador por tales puntos. La aspiración haría saltar el tapón y se repetiría la hemorragia.

d) PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE.

Los pacientes que han sufrido una oclusión de la arteria coronaria o un accidente cerebrovascular, o que padecen una

enfermedad vascular periférica, tal vez están tomando preparados anticoagulantes. -- Aunque no es necesario suspender la terapéutica anticoagulante para realizar una operación en la boca, se recomiendan las siguientes medidas de precaución:

- 1.- En cooperación con el médico del paciente se ha de ajustar la dosificación del medicamento para conseguir que el tiempo de protrombina del paciente sea "vez y media del nivel normal".
- 2.- La intervención se ha de efectuar de la manera usual, con el mismo cuidado que se tiene siempre de la incisión y en la retracción de los tejidos. Se han de cohibir los puntos hemorrágicos y extirpar todo el tejido de granulación.
- 3.- Los colgajos deben suturarse de suerte que no queden superficies cruentas expuestas. Son preferibles los puntos sueltos a la sutura continua para que

no se afloje todo el colgajo si uno de los puntos corta el tejido.

- 4.- Se ha de indicar al paciente que después de la operación ha de ejercer - una presión moderada sobre la herida con compresas de gasa. Se empapan gasas limpias en agua caliente y se escurren hasta dejarlas húmedas antes de colocarlas. La humedad disminuye las náuseas y la irritación que a veces producen las gasas secas. Las - compresas se han de cambiar cada hora durante las primeras seis horas y luego según sea necesario para contener el rezumamiento.

Raras veces es necesario que el - dentista utilice medicamentos o agentes - hemostáticos para cohibir la hemorragia - en cirugía oral. La vitamina K carece de valor, a no ser que se demuestre una ca--rrencia de ella. En los pacientes normales pocas veces se requieren las esponjas de gelatina o la celulosa oxigenada para cohibir la hemorragia. No obstante, estos -

agentes son útiles en algunas ocasiones -- cuando un paciente tiene un tiempo de protrombina prolongado a consecuencia de un tratamiento anticoagulante.

e) HEMORRAGIA POSOPERATORIA.

El mejor remedio para la hemorragia posoperatoria es una buena asistencia preventiva en la operación, es decir la extirpación del tejido de granulación, el aplastamiento de los conductos nutricios y la sutura cuidadosa.

Si el paciente llama por teléfono y explica que tiene hemorragia después de la operación, se le indica que se ponga una gasa en el punto que sangra y que cierre las mandíbulas para hacer presión. El individuo que carece de dientes antagonistas requerirá un mayor grosor de gasa para lograr la presión necesaria en el punto que sangra. Si después de media hora de presión se repite la hemorragia, habrá que atenderle en el consultorio.

Algunos pacientes se alteran y se ponen muy nerviosos cuando tienen una hemorragia. Se les puede calmar con una inyección intravenosa de un preparado hipnótico. A continuación, antes de anestesiar la región hemorrágica, se ha de buscar el punto que sangra. El vasoconstrictor del anestésico con frecuencia detiene la hemorragia; si esto ocurre antes de haber localizado el punto hemorrágico, resultará difícil -- tratarla y es posible que se repita la hemorragia cuando cese la acción del anestésico. Una vez localizado dicho punto por medio de la succión y de torundas, se puede anestesiar la zona. Hay que proceder con cuidado debido al dolor posoperatorio y a la sencibilidad de la parte operada.

La hemorragia posoperatoria que aparece durante las veinticuatro horas siguientes a la intervención generalmente se puede cohibir con una nueva sutura. En algunas ocasiones la hemorragia procede de canales nutricios grandes del hueso alveolar, en cuyo caso hay que proceder al aplastamiento del hueso que rodea al punto

que sangra. Una hemorragia tardía después de una semana o más puede obedecer a un trauma en tejido de granulación. El tejido de granulación exuberante que sobresale del alvéolo se ha de extirpar y hay que suturar la herida.

Si el paciente parece estar en malas condiciones físicas, con pulso rápido y filiforme, tensión sanguínea baja, piel de color ceniza, y manos frías y pegajosas, la pérdida hemática probablemente ha sido importante. Después de ponerles unas compresas como tratamiento de urgencia, este paciente debe ser visto por un especialista. Hay que llamar inmediatamente al consultor. Es posible que aconseje llevar directamente el paciente al hospital donde él tratará el caso.

Algunas veces el dentista es solicitado para tratar una hemorragia posoperatoria en un paciente no atendido por él. Como medida de precaución, para sí mismo y para el paciente, ha de tomar una radiografía de la zona hemorrágica antes de dar un

tratamiento definitivo. Puede haber puntas de raíces, fragmentos de hueso, trozos de cálculo y trozos de instrumentos, que estimulen la formación de un abundante tejido de granulación que fácilmente sangra de manera espontánea.

Los cuerpos extraños situados en el alvéolo se deben eliminar, pero su presencia puede pasar inadvertida de no tomar una radiografía. Después del tratamiento se ha de obtener una placa para tener registrado el caso y completar la ficha de tratamiento.

IX.- RECIENTES AVANCES EN CIRUGIA
ORAL Y PERSPECTIVAS PARA EL
FUTURO.

Los avances en cirugía oral se desarrollan en dos frentes; hay avances técnicos en el equipo y la técnicas quirúrgicas, y hay mejoras en las técnicas de sostenimiento del paciente que permiten una aplicación más amplia de los procedimientos quirúrgicos. Las continuas investigaciones en ambas zonas es de esperar que permitirán un mayor campo de aplicación de la cirugía oral para un número de pacientes cada vez mayor.

Las zonas más conocidas de progreso en los cuidados de mantenimiento son el control de la infección y del dolor. Son ejemplos de tratamiento de sostén menos conocidos, el uso de solución de Ringer con lactato para sustituir la sangre durante la intervención, el uso de sustancias que reconstituyen el fibrinógeno y el empleo del factor VIII de la sangre obtenido por crioprecipitado (globulina-antihemofílica)

para tratar a los hemofílicos.

Un conocimiento mejor de la fisiología de las bacterias y del papel de los antibióticos en la lucha contra ellas, ha hecho posible la extracción de piezas dentarias en pacientes con prótesis valvulares cardíacas. Esos pacientes no sólo se han de proteger contra las bacterias grampositivas y gramnegativas, sino también - las que producen enzimas que bloquean la acción de algunos antibióticos. Por ejemplo, ciertas bacterias producen penicilinasas que desvirtua la acción de la penicilina.

Los avances en el tratamiento de - sostén son rápidos, y las técnicas terapéuticas se han de ir modificando para tener en cuenta las nuevas informaciones adquiridas en campos afines. Mantenerse al corriente de los cambios en zonas sumamente especializadas requiere a veces esfuerzos extra por parte de los dentistas y de los médicos.

Los anticoagulantes, los esteroi--des, los medicamentos psicotropos, los antihipertensivos y otros muchos han llevado al dentista pacientes que en otra época no hubieran sobrevivido ni necesitado asistencia dental. Los antimetabolitos, los depresores de la síntesis proteínica y los inhibidores de la mitocis se emplean en el tratamiento de las enfermedades malignas y de las neoformaciones como verrugas, callos e hiperqueratosis. A medida que aumenten los conocimientos sobre la acción de estas drogas, es posible que encuentren aplicación en el tratamiento de las lesiones de hiperqueratosis de la boca demasiado extensas - para su erradicación completa mediante una intervención quirúrgica.

Un ejemplo de los progresos alcanzados en los métodos técnicos es la laborque se realiza actualmente en el trasplante de dientes. Muchos pacientes no han tenido la suerte de disfrutar de buenos cuidados dentales durante la infancia. Como - algunos adultos jóvenes poseen terceros molares que sólo han completado los dos ter-

cios del desarrollo de la raíz, estos se pueden trasplantar a los alvéolos de molares muy dañados. En algunos casos es posible llevar quirúrgicamente terceros molares desarrollados, que no han hecho erupción, a la posición de erupción en la cual pueden servir como pilares de prótesis fijas o removibles. Dientes sanos extraídos por motivos ortodóncicos o protésicos se han heteroinjertado con éxito en algunos casos.

Los trasplantes se han practicado desde antes, antes de la época de Ambrosio Paré. Probablemente florecieron con amplitud hacia fines del siglo XVIII. Actualmente el éxito es igualmente limitado e impredecible, pero asistimos al nacimiento de una nueva era. Se han dado grandes pasos en el trasplante de tejidos y es una realidad el trasplante renal. Una de las facetas del desarrollo de los trasplantes de órganos vitales ha sido la elaboración de drogas que suprimen la reacción anticuerpo a los trasplantes. Por el momento no hay ninguno tan específico que evite la apari-

ción de anticuerpos a la sustancia dentaria, ni tan "suave" que su uso no resulte equivalente a matar moscas a cañonazos. - Con todo, los progresos científicos han sido enormes, y es posible que llegue un día en que se pueda predecir el éxito en el trasplante de dientes. Ciertamente, no están lejos los bancos de dientes naturales y las técnicas para fabricar rápidamente dientes de material plástico desfinados para la implantación.

Del mismo modo que algunos niños y jóvenes no fueron objeto de tratamiento restaurador corriente, hubo otros que no se beneficiaron del tratamiento ortodóncico. El advenimiento de los antibióticos, de nuevos anestésicos generales más seguros, como el halotane, y el perfeccionamiento mayores oportunidades de corrección quirúrgica de las deformidades mandibulares. La corrección quirúrgica de la maloclusión permite ahora una mejor función en el lenguaje y en la masticación. Son muchas las personas a las cuales la cirugía les ha proporcionado una nueva relación in

termaxilar que permite la colocación de -- restauraciones protésicas. El desarrollo - de nuevas técnicas para profundizar el surco y bajar el piso de la boca ha hecho posible el uso de las dentaduras postizas a mucha gente. El uso de plásticos de silicona implantados para corregir defectos del contorno, tales como barbillas "débiles" o mandibulas aplanadas, a prestado un magnífico servicio a muchos pacientes. La mejora del habla, de la función masticatoria y del aspecto facial mediante técnicas quirúrgicas rectoras, ha aliviado los padecimientos de muchos adultos que sufrían por su pronunciación y por su aspecto.

Actualmente, es necesario hospitalizar a la mayoría de pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas orales importantes. El costo creciente de la hospitalización y la demanda de intervenciones orales mayores pueden originar limitaciones en tales servicios debido a los honorarios prohibitivos y a la falta de camas. - No obstante, estas dificultades tal vez podrán superarse en el futuro a través del -

servicio quirúrgico ambulatorio ampliado, -
posibilitado por los continuos progresos -
en anestesia, dominio de la infección por
los antibióticos y medicamentos que evitan
realmente el edema y el trismo.

X.- RELACION DE LA CIRUGIA BUCAL CON OTRAS ESPECIALIDADES.

La cirugía bucal está íntimamente asociada con todas las demás especialidades odontológicas, así como con las prácticas generales médicas y odontológicas. Como especialista, el cirujano maxilofacial depende de sus colegas para la remisión de pacientes. Un número importante de pacientes son recomendados por médicos asociados. Por el contrario, el cirujano maxilofacial puede enviar pacientes al dentista cuando el problema no exige un tratamiento quirúrgico. El especialista por el carácter de su trabajo, está casi a diario en el hospital y por lo tanto tiene una relación estrecha con los médicos; de esta suerte, con frecuencia sirve de enlace entre los miembros de las profesiones médicas.

La relación del cirujano con otros especialistas y con los dentistas generales se puede ilustrar con una serie de ejemplos de servicios que realiza:

Extracción de dientes incluidos, - en mala posición o difíciles, para el dentista general.

Enucleación de quistes grandes y - amputación de raíces, para el endodoncista.

Frenillectomías o frenectomías y - extracción de dientes anquilosados o con abscesos agudos, para el odontopediatra.

Estirpación de torus, exostosis y bordes alveolares fibrosos, así como corrección de la profundidad del surco gingival y otras técnicas, para ayudar al prostodoncista en la fabricación de restauraciones protésicas.

Eliminación de odontomas, puntas - de raíces retenidas, dientes enclavados y quistes, para el periodoncista.

Extracción selectiva de dientes, - frenillectomías y extirpación de tejido - - blando y hueso sobre dientes que no han erupcionado, para el ortodoncista.

A su vez, el cirujano maxilofacial aprecia la ayuda de sus asociados dentales en la preparación de los pacientes para las intervenciones quirúrgicas, o en la realización de métodos necesarios después de una operación como muestran estos ejemplos:

El dentista general restaurará los dientes que son necesarios para hacer una férula cuando se contempla una intervención correctora de la mandíbula. También construye restauraciones para zonas edéntulas después de la asistencia definitiva por trauma o corrección de deformaciones maxilares.

El endodoncista coopera en la restauración de dientes desvitalizados en accidentes y con frecuencia salva dientes necesarios para hacer férulas en cirugía correctora de la mandíbula.

El odontopediatra se esfuerza en facilitar el trabajo del cirujano oral preparando a los niños para las visitas que

requieran una intervención quirúrgica. También es un gran colaborador en el tratamiento de los dientes lesionados en niños con fracturas mandibulares.

El periodoncista ayuda al especialista en cirugía bucal corrigiendo la enfermedad gingival que existe después de períodos prolongados de inmovilización maxilar para el tratamiento de las fracturas o deformidades maxilares.

En la práctica de las especialidades hay mucha interdependencia entre la prostodoncia, la ortodoncia y la cirugía oral. Una relación adecuada entre los especialistas en estas zonas contribuye a proporcionar la mejor asistencia posible a los pacientes con deformidades congénitas, adquiridas o traumáticas de la cara y de los maxilares. En tales casos el trabajo conjunto de los tres especialistas puede lograr resultados excepcionales en la rehabilitación.

10.1 CONCLUSIONES.

No cabe duda de que la especiali--dad de la cirugía oral puede evitar muchos problemas y muchas molestias a los dentis--tas y a sus pacientes. La evaluación cuidadosa, efectuada por el cirujano maxilofu--cial, de la boca y los maxilares para de--tectar los riesgos potenciales para la sa--lud oral, así como las técnicas quirúr*gi*--cas que realiza para conseguir su elimina--ción profiláctica precoz, pueden prestar - un gran servicio al dentista general. La - extracción precoz de terceros molares in--cluidos, dientes primarios anquilosados, o dontomas, quistes y cualquier tejido anor--mal ahorrarán tiempo, dinero y sufrimiento al paciente.

El cirujano oral solamente puede - desempeñar su papel en odontología preven--tiva si le envían pacientes. El dentista - general tal vez desee tratar precozmente - estos problemas, antes de que se desarro--llen complicaciones; las técnicas quedan - dentro de su campo de acción si se siente_ y es capaz de realizarlas. Pero, prescin--diendo de quién aplica el tratamiento, el

paciente ha de ser asistido y no se han de descuidar los posibles riesgos.

BIBLIOGRAFIA

1. E.R. COSTICH, R.P. WHITE JR.
Cirugía Bucal
1a. Edición Español, 1974.
2. W.H. ARCHER.
Cirugía Bucal
4a. Edición, 1966.
3. G.A. RIES CENTENO.
Cirugía Bucal
7a. Edición, 3a. Reimpresión, 1978.
4. F.M. Mc. CARTHY.
Emergencies in Dental Practice
W. B. Saunders Company, 1967.
5. GUSTAV. O. KRUGER
Cirugía Bucal
2a. Edición, 1964.
6. G.L. HOWE
Cirugía Oral Menor
John Wright and Sons, 1966.
7. SHELDON ROVIN
Patología y Diagnóstico Oral.
2a. Edición, 1976.
8. SALVAT
Diccionario Terminológico de
Ciencias Médicas
10a. Edición, 1968.