

147: 972



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

tesis
María Virginia Sauza Aguilera
11-30-79

**Yatrogenias más Frecuentes en la
Práctica Odontológica.**

T E S I S

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

María Virginia Sauza Aguilera



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

--T E M A R I O--

INTRODUCCION.

CAPITULO I).- HISTORIA CLINICA.

CAPITULO II).- YATROGENIAS PROVOCADAS POR LA ANESTESIA INFILTRATIVA.

1).- INMEDIATAS:

- a).- Dolor
- b).- Lipotimia y Sincope
- c).- Rotura de la Aguja
- d).- Hematoma
- e).- Parálisis Facial
- f).- IZQUEMIA de la piel de la Cara
- g).- Inyección de las soluciones -- anestésicas en órganos vecinos.

2).- MEDIATAS:

- a).- Persistencia de la anestesia
- b).- Infección en el lugar de la pun
ción.
- c).- Parestesia y Dolor.

CAPITULO III).- ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA OPERATORIA DENTAL DURANTE LA PREPARACION DE CAVIDADES.

- a).- Análisis de los pasos operatorios
- b).- Daños al diente tratado
- c).- Daños a estructuras vecinas o' al paciente.
- d).- Daños al operador.

CAPITULO IV).- ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA:

- a).- Fractura del diente.
- b).- Fractura y Luxación de los dientes vecinos.
- c).- Fractura del instrumental empleado en exodoncia
- d).- Fractura del maxilar
- e).- Fractura total del maxilar inferior
- f).- Perforación de las tablas vestibulares y palatina.
- g).- Lesión del seno maxilar
- h).- Penetración de un diente en regiones vecinas
- i).- Luxación de la mandíbula
- j).- Lesión de las partes blandas vecinas
- k).- Hemorragias
- l).- Hematomas
- m).- Alveolitis

CAPITULO V).- YATROGENIAS PROVOCADAS POR PROTESIS TOTALES MAL AJUSTADAS:

- a).- Aparición de zonas irritativas inmediatamente después de insertar las dentaduras.
- b).- Lesiones irritativas crónicas.

CAPITULO VI).- YATROGENIAS PROVOCADAS POR EMPLEO DE FARMACOS:

- a).- Drogas analgésicas
- b).- Tranquilizantes
- c).- Histaminas y Antihistamínicos
- d).- Anestésicos
- e).- Vasopresores y Vasoconstrictores
- f).- Antibióticos
- g).- Desinfectantes y Antisépticos

h).- Antiinflamatorios

i).- Pastas Dentrificas y Colutorios

CONCLUSTONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Antiguamente la Medicina se encontraba frente a tres dificultades en las intervenciones Médico - Quirúrgicas:

- a). - El dolor.
- b). - La realización de la intervención.
- c). - La infección.

En la actualidad estas dificultades han sido completamente superadas ya que contamos con la existencia de:

- a). - Diversos anestésicos que permiten - la superación del dolor.
- b). - Instrumental adecuado y aparatos -- complejos que facilitan el trabajo del operador, brindando una mayor - comodidad al paciente y reduciendo notablemente el tiempo de la intervención.
- c). - Potentes fármacos y analgésicos que nos permiten controlar las complicaciones post-operatorias.

Analizando lo anterior podríamos decir que la Medicina en general dentro de cualquiera de sus ramas puede cumplir su objetivo de sanar al enfermo sin problemas ni complicaciones; sin embargo no es así, ya que los mismos adelantos han creado una nueva problemática: "Las enfermedades iatrógenas". Mismas que se presentan por:

- a). - Una deficiente historia Clínica o - la ausencia de la misma.

- b).- El uso inadecuado del equipo e instrumental.
- c).- La administración de medicamentos.
- d).- O' descuido del Especialista.

Corroborando lo anterior con la práctica diaria, es mi principal objetivo al realizar esta Tesis el de - presentar las principales Vatrogénias a las que está expuesto el Cirujano Dentista al practicar las ramas más comunes de la Odontología; ya que en todos y cada uno de sus actos puede ocasionar una Vatrogénia - si no es realizado correctamente y si no se toman -- las medidas de precaución necesarias.

Dada la diversidad de Vatrogénias que pueden ocurrir en el proceso Odontológico, en este trabajo solo analizaremos casos que se presentan en los siguientes - pasos operatorios:

- a).- Anestecia infiltrativa
- b).- Preparación de cavidades
- c).- Extracciones dentarias
- d).- Prótesis totales
- e).- Administración de fármacos.

En nuestro estudio analizaremos la etiología, el cuadro clínico, el tratamiento y la prevención de cada - una de las Vatrogénias.

Capítulo No. 1

HISTORIA CLINICA

Considero que antes de hablar de los diferentes accidentes y complicaciones que se presentan durante la operatoria dental, es necesario estudiar el como llevar a cabo una buena y completa historia clínica; ya que a través de ella lograremos conocer el estado de salud o de enfermedad de nuestro paciente, y consecuentemente podremos realizar un tratamiento más exitoso evitando situaciones que pongan en peligro su salud o su vida misma.

La historia clínica se divide en:

- a).- Ficha de identificación
- b).- Ficha de exploración
- c).- Diagnóstico
- d).- Pronóstico
- e).- Plan de tratamiento
- f).- Tratamiento
- g).- Evolución
- h).- Observaciones

a).- FICHA DE IDENTIFICACION:

Esta parte de nuestra historia, servirá para localizar rápidamente en el archivo, y para identificar a nuestro paciente y recordar las secuelas del tratamiento del mismo; esta ficha se compone de:

- 1).- Nombre completo
- 2).- Sexo
- 3).- Edad, fecha y lugar de nacimiento

- 4).- Estado Civil
- 5).- Ocupación
- 6).- Dirección y tel. particular
- 7).- Dirección y tel. oficial
- 8).- Fecha en la que se realizó la Histo
ria Clínica.

b).- FICHA DE EXPLORACION

La inspección del paciente, se compondrá de una serie de datos, de los cuales unos nos los dará el paciente y otros los obtendremos nosotros -- mismos por medio de la observación y la explora
ción propiamente dicha.

La ficha de exploración se podrá dividir en:

- 1).- Aspecto Físico del Paciente.
- 2).- Motivo de la Consulta
- 3).- Estudio de la cabeza, cara y cuello
- 4).- Exploración de la cavidad bucal
- 5).- Enfermedad actual
- 6).- Antecedentes patológicos familiares
- 7).- Antecedentes patológicos personales
- 8).- Revisión de los aparatos y sistemas
orgánicos.
- 9).- Pruebas de laboratorio
- 10).- Antecedentes no patológicos persona
les
- 11).- Estudio radiográfico
- 12).- Modelos de estudio

1).- Aspecto Físico del Paciente

Colocamos este punto como el primero de los que integrarán la ficha de exploración ya- que

a nuestros pacientes los empezaremos a explorar desde que llegan al consultorio; es tatura, peso aproximado, color de ojos, co lor de piel, marcha movimiento y reaccio nes, signos de nerviosismo, ansiedad, de--
presión, signos de dificultad respiratoria, las partes cutáneas descubiertas como son: brazos, manos y parte inferior de las pie nas, en las cueles buscaremos lesiones, ya que muchas de éstas están relacionadas con problemas de la cavidad oral y nos sugerirán remitir al paciente con el especialista.

2).- Motivo de la Consulta

Una vez que iniciamos la plática con nues-
tro paciente, debemos indagar acerca del -
padecimiento que le aqueja; es decir los -
síntomas que motivaron la consulta, anotán
do la naturaleza, aparición y duración. De
bemos darle especial atención ya que es la
causa por la que el paciente visita al Ci-
rujano Dentista y al interrogarlo obtendre
mos datos más precisos y reales.

3).- Estudio de la Cabeza, Cara y Cuello

De la cabeza debemos tomar datos y anoma--
llas en cuenta como:

a).- Asimetrías

b).- Agrandamiento o deformidad del cra-
neo.

c).- La presencia de lesiones y cicatri-
ces en el cuero cabelludo...

A la cara se le debe dar mayor importancia

ya que en ella se va a reflejar las emociones por las que pasa el paciente, ya sea durante el tratamiento o' durante el interrogatorio y debemos observar principalmente:

- a).- Expresión facial
- b).- Color de la piel y de los ojos.
- c).- Muecas faciales
- d).- Lesiones cutáneas
- f).- Hipertrofias
- g).- Parestlsias

Deben además explorarse movimientos funcionales de la mandíbula, de las articulaciones temporo-mandibulares, en busca de signos, movimientos anormales, presencia de tumefacciones, hipertrofias y dolor de la región de las articulaciones.

Del cuello debemos tomar en cuenta los cam
bios como:

color, contextura y contorno facial.

Debemos realizar una palpación de las glán
dulas salivales y de los ganglios linfáti
cos, principalmente la cadena ganglionar -
cervical, submandibular y esternomastoidea.

4).- Exploración de la Cavidad Bucal:

Para que nuestra inspección se realice con éxito, debemos llevarla a cabo en forma or
denada y total, explorando uno de los teji
dos que integran, sin omitir ninguno, y pa
ra ello debemos realizarla en el siguiente
orden:

- a). - Labios. - Inspeccionaremos y palparemos anotando forma, contorno, color, configuración, presencia o' no de lesiones tanto en la boca abierta - como cerrada.
- b). - Mucosa labial. - Se inspeccionará girando los labios de su situación, es decir hacia arriba y hacia abajo el correspondiente, anotando cualquier irregularidad. Al igual que durante la palpación.
- c). - Mucosa Bucal. - Se inspecciona y se palpa, para determinar el contorno, configuración, color, orificios de las glándulas parótidas, y la ausencia o' presencia de lesiones en la mucosa bucal.
- d). - Pliegues Mucosales. - Palpación y observación de los pliegues conocidos como fondo de saco.
- e). - Paladar. - Inspección y palpación -- del paladar duro y blando, la úvula y los tejidos faríngeos anteriores, anotando sus datos específicos.
- f). - Orofaringe. - Inspección en busca de señales de lesiones en la región -- toncilar y la garganta y otros problemas que requieran remitir al paciente con el especialista.
- g). - Lengua. - Se explora en posición normal y en posición hacia fuera. Se -- palpará determinando sus caracteres -- ticas anatómicas, movimientos fun-- cionales y lesiones.
- h). - Piso de la boca. - Inspeccionar vi--

sualmente, con la lengua en sus diferentes posiciones, y palpar el piso de la boca, base de la lengua y porción ventral de la misma.

- i). - Encías. - Determinar color, forma y configuración, se deben buscar anomalías y lesiones de la misma.
- j). - Dientes. - Exploración tanto armada como desarmada, nos servirá para hacer pruebas como las que siguen: de vitalidad térmicas, de movilidad, percusión horizontal y vertical. -- Inspección dental, medición del intersticio gingival. Esto nos ayudará a encontrar padecimientos dentales como: caries, defectos estructurales de esmalte y hiperplasias de esmalte, anomalías de forma, tamaño y color, piezas restauradas, material, tiempo de restauración, tratamientos de endodoncia, tiempo del tratamiento, si hay presencia de aparatos protésicos u ortodónticos, resultados obtenidos, bolsas paradontales, si éstas son infra o supra óseas, si existe anodoncia total o parcial, investigar si éstas son de tipo congénito, la pérdida de piezas dentales, cual fue su causa, presencia del tártaro dentario-ver la superficie que abarca.
- k). - Observar los movimientos de la mandíbula y el cierre de la boca, en posición de descanso y en posición funcional.

5). - Enfermedad Actual:

Esta parte de la Historia Clínica se efectuará después del examen bucal de preferencia, ya que tendremos los síntomas que el paciente nos diga, más lo que nosotros observemos, al realizar la exploración. Es muy importante ya que nos daremos cuenta de la magnitud del problema, que puede ser tanto bucal como orgánico, desde luego con manifestaciones en la boca. Interrogaremos de la fecha o' tiempo aproximado de su aparición, la secuencia que ha seguido, cambios que el paciente hubiere notado, causa real o' aparente que la desencadenó, si el padecimiento es constante o' tiene tiempos en que se agrava el problema o' períodos en que se calma, y si se presenta en forma que algo lo provoque o' es espontáneo.

6). - Antecedentes Patológicos Familiares:

Estos datos van encausados a los familiares: edad, salud, causa del fallecimiento de los familiares (padres, hermanos, esposa e hijos); incluirá lista de padecimientos o' enfermedades de gran capacidad de contagio (como tuberculosis) o' enfermedades de predisposición familiar (cáncer, diabetes, etc.) que puedan desencadenar mecanismos de acción en la descendencia familiar, por vía sanguínea o' genética, la cual traerla problemas al paciente o' al operador como contagio de éste último.

7).- Antecedentes Patológicos Personales:

Procederemos a efectuar anotaciones de las enfermedades anteriores de nuestro paciente, y de la salud. Esta lista incluirá enfermedades e infecciones que el paciente - haya padecido, estados alérgicos que haya presentado (es muy importante ya que vamos a administrar fármacos), y una relación de las intervenciones y heridas anteriores, - así como si ha sido paciente del hospital - o' clínicas, además de enfermedades o' padecimientos que tengan relación con la enfermedad actual.

Antecedentes no Patológicos Personales. - -

Aquí se preguntará al paciente acerca de - su vida presente y pasada, se investiga: - lugar de nacimiento, edad, residencia actual, lugar donde ha vivido, sus estudios - y ocupaciones, si por las mismas está expuesto a productos tóxicos (polvos o' vapores) su estado civil, en caso de ser casado interrogar que tiempo de casado, la salud de su esposa y de sus hijos, así como el número de éstos; se interrogará al paciente acerca de sus hábitos y de sus costumbres como fumar, tomar café o' té, si toma bebidas alcohólicas en grado extremo - o' bien adiciones a alguna droga.

8).- Revisión de los Aparatos y Sistemas:

En esta parte de nuestra historia clínica - observaremos e interrogaremos sobre los - - sistemas para localizar alguna alteración -

orgánica que quizás el paciente desconoce, preguntaremos al paciente si no ha presentado algunos otros síntomas; le diremos o bien interrogaremos de tal manera que el paciente nos relate los síntomas que presente para que nosotros diagnostiquemos al gún padecimiento.

a).- Aparato Cardiovascular:

- 1).- Palpitaciones.
- 2).- Dolor precordial. (sensación de opresión en la región recordial con irradiaciones al brazo izquierdo y del cuello del mismo lado.
- 3).- Cefáleas (dolores de cabeza)
- 4).- Mareos.
- 5).- Disneas (dificultad al respirar - siendo más peligroso en estado de reposo)
- 6).- Edema de los tobillos. (conocido como edema de azul cardiaco) - - acentuándose vespertinamente después de que la persona está en movimiento.
- 7).- Lipotimias (desmayo frecuente)
- 8).- Fragilidad capilar
- 9).- Tensión arterial y pulso

b).- Aparato Renal:

- 1).- Poliuria (necesidad de estar frecuentemente orinando.
- 2).- Nicturia. (necesidad de orinar -

durante la noche)

- 3).- Edema palpebral (hinchazón de los párpados, puede presentarse en las manos, en las mejillas y se presenta generalmente en las mañanas).
- 4).- Piuria (presencia de pus en la orina).
- 5).- Disuria (dolor o' ardor al orinar).
- 6).- Hematuria (presencia de sangre en la orina).
- 7).- Anuria (ausencia de orina).

c).- Sistema Nervioso:

- 1).- Sueño.
- 2).- Parestésias (sensación de adormecimiento o' cosquilleo en una zona del cuerpo).
- 3).- Parálisis.
- 4).- Temblor.
- 5).- Irritabilidad
- 6).- Presencia de convulsiones (epilepsia o' Corea).
- 7).- Problemas emocionales, que se acentúan cuando el paciente se va a someter a un tratamiento.

d).- Aparato Digestivo:

- 1).- Molestias en la región hepática, antecedentes de enfermedades de esta índole.
- 2).- Anorexia (perdida del apetito)

- 3).- Polifagia (necesidad constante de comer).
- 4).- Dispepsia (dificultad al comer).
- 5).- Disfagia (dificultad de tragar).
- 6).- Flatulencia (gases).
- 7).- Volor frecuente de estomago.
- 8).- Estreñimiento o' diarrea frecuente.
- 9).- Nausea o' vomito frecuente..

e).- Aparato Respiratorio:

- 1).- Presencia de tos frecuente, tipo de esta y origen.
- 2).- Expectoraciones frecuentes.
- 3).- Epistaxis. (hemorragias nasales)
- 4).- Cianosis. (falta de oxigenación de la sangre, por lo cual los pacientes con este problema presentan una coloración azulosa principalmente en los labios y uñas.
- 5).- Disneas, tomando en cuenta que debe presentarse por causas diversas: nerviosas, asmáticas, por tabaquismo etc.

f).- Aparato Genital:

- 1).- Investigar por alguna alteración observada por el paciente o' por alguna enfermedad padecida.
- 2).- Sobre los estados fisiológicos del paciente (mujer):
Menstruación:.- Si el paciente -

es adolescente (12 a 14), preguntar sobre menarquia (primera menstruación) y en general se preguntará acerca de: ritmo, volumen - dismenorrea (dolor durante la -- menstruación), leucorrea (presencia de moco blanquesino durante el flujo menstrual), amenorrea (ausencia del flujo menstrual) - metrorrea (flujos inconstantes, - o' sea en lapsos), condiciones - de la última regla, tiempo de - la misma y si se presenta en el momento de la consulta.

Embarazo: .- Si en el momento de la consulta se encuentra embarazada la paciente, y si es afirmativo, estado del mismo, preguntar de embarazos pasados, si no se presentó alguna complicación, por ejemplo si llegó a término, - si existieron abortos, anomalías en el actual etc.

Lactancia:.- nos interesa saber si en el momento de la consulta se está amamantando al niño.

Menopausia:.- Nos interesa saber por los cambios hormonales que - sufre la persona al entrar en esta etapa y el grado de susceptibilidad que experimenta el paciente.

Es importante conocer estos datos sobre la paciente ya que existen muchos padecimientos que re--

percuten en la cavidad bucal, como por ejemplo las gingivitis -- del embarazo, así como la administración de fármacos y medicamentos que vayamos a emplear, como por ejemplo la adrenalina, -- que ejerce efecto sobre la fibra muscular lisa, podría provocar contracciones uterinas y expulsar el producto; las tetraciclinas que alteran la formación dentaria del feto y el uso de rayos X, durante el primer trimestre de embarazo, pueden causar alteraciones en la formación del niño.

g).- Sistema Endocrino:

Uno de los problemas que con más frecuencia nos vamos a encontrar cuando interrogamos al paciente sobre este sistema va a ser la "diabetes"; por lo cual debemos preguntar sobre:

- 1).- Polifagia. (ganas de comer constantemente).
- 2).- Pérdida de peso (sin causa aparente).
- 3).- Polidipsia (sed constante)
- 4).- Poliuria (ya mencionado)
- 5).- Antecedentes de presencia de la diabetes en la familia.
- 6).- En caso de tratarse de paciente-mujer, preguntar acerca de cuan-

tos embarazos ha tenido, presencia de abortos no provocados, y peso de los hijos al nacer, (ya que si presentan más de cuatro kilos al nacer, hacen sospechar de diabetes hereditaria).

Manifestaciones Orales:

- 1).- Microangiopatías (degeneración de pequeños vasos que se encuentran en las encías.
- 2).- Movilidad dentaria
- 3).- Aliento Cetónico (olor a manzana)
- 4).- Macroglosia (lengua grande)
- 5).- Encías edematosas y sangrantes.
- 6).- Presencia de bolsas paradontales.
- 7).- Resorción de crestas alveolares.

10).- Pruebas de Laboratorio:

Este tipo de pruebas nos van a llevar a -- completar nuestro diagnóstico, y nos van a permitir conocer el estado de salud del paciente, en caso por ejemplo de que vayamos a realizar alguna cirugía o' intervenciones quirúrgicas.

La pruebas que se pedirán son:

- 1).- Química sanguínea

- 2).- Biometría hemática.
- 3).- General de orina.
- 4).- Curva de tolerancia en la glucosa
- 5).- Tiempo desangrado.
- 6).- Tiempo de coagulación.
- 7).- Tiempo de protombina.

11).- Estudios Radiográficos:

Consideramos prudente tomar un estudio radiográfico del paciente, pues es un estudio para complementar nuestro diagnóstico, y - que nos va a llevar a realizar nuestro plan de tratamiento. Estas radiografías serán:

a).- Intraorales:

- 1).- Periapicales.
- 2).- Oclusales.
- 3).- De aleta mordida.

b).- Extraorales:

- 1).- Panorámicas
- 2).- Laterales
- 3).- Cefalométricas.

12).- Modelos de Estudio:

Es indispensable tomar modelos de estudio al paciente para en ellos realizar nuestro tratamiento de trabajo o' para comparar el estado anterior del paciente con el actual o' posterior.

c).- DIAGNÓSTICO:

Este se obtiene después de haber realizado un -

estudio a nuestro paciente, anotando el resulta
do en nuestra historia clínica (hoja), para evi
tar errores y seguir con nuestro plan de trata-
miento.

d).- PRONOSTICO:

Una vez que ya tenemos el diagnóstico de nues-
tro paciente, tendremos que dar el pronóstico -
del mismo, ya que por medio de éste vamos a co-
nocer el grado de éxito o' de fracaso que vamos
a tener en el tratamiento, que pensamos llevar-
a cabo, lo cual debemos comunicar a nuestro pa-
ciente.

e).- PLAN DE TRATAMIENTO:

Basándonos en el estudio realizado sobre nues-
tro paciente, el diagnóstico y el pronóstico de
bemos de planear el tratamiento, lo cual lo rea
lizaremos desde la premedicación, al paciente,
- el momento operatorio y despues del tratamiento.
El plan de tratamiento lo podemos dividir en:

- 1).- Tratamiento preoperatorio (medicación y se
dación del paciente).
- 2).- Tratamiento transoperatorio (planeación --
necesaria del tipo de intervención al pa-
ciente).
- 3).- Tratamiento postoperatorio (terapéutica y-
farmacoterapia necesaria).

f).- TRATAMIENTO:

Se llevará a cabo de acuerdo con el plan de tra

tamiento que hayamos trazado, y dex cual anotaremos todo lo que vayamos haciendo para que en un momento dado recordemos lo realizado en el paciente.

g).- EVALUACION:

En este espacio se irá anotando la evolución -- que se presente en el paciente durante las fases del tratamiento realizado.

h).- OBSERVACIONES:

Aquí anotaremos cosas de importancia, tales como: medicamentos que ingieren durante su tratamiento, tipo de sangre, nombre del Médico o' de dependencia en donde recibe atención el paciente, etc. Nombre de la persona con la que podemos tener contacto en caso de complicaciones, accidentes, etc.

C A P I T U L O I I

VATROGENIAS PROVOCADAS POR LA ANESTESIA INFILTRATIVA

En la anestesia infiltrativa ocurren una serie de ac-
identes y complicaciones que se presentan durante -
la realización de la anestesia (local o' troncular),
o' bien después de ella; dando lugar a la siguiente-
clasificación:

1).- INMEDIATAS:

- a).- Dolor
- b).- Liporimia y Síncope
- c).- Rotura de la aguja
- d).- Hematoma
- e).- Parálisis facial
- f).- Isquemia de la piel de la cara
- g).- Inyección de las soluciones anestésicas en
órganos vecinos.

2).- MEDIATAS:

- a).- Persistencia de la anestesia.
- b).- Infección en el lugar de la punción.
- c).- Paristosi y dolor.

ACCIDENTES INMEDIATOS:

a).- Dolor:

Etiología.- Al realizar una inyección, la aguja
puede tocar un nervio o' desgarramiento de teji-
dos, originándose por este motivo dolores de --
distinta índole, intensidad, localización o' i-

rradiacion.

Como senala Thoma, el dolor post-inyección, entre otras causas se debe a inyecciones con agujas sin filo, que desgarran los tejidos, y a la introducción de soluciones muy calientes o' muy frías, no isotónicas o' a la aplicación demasiado rápida del anestésico.

Tratamiento:. - En caso de dolor agudo se recomienda el uso de analgésicos, aplicación de fomentos calientes.

Prevención:. -

- a). - Llevar a cabo una técnica correcta y hacer la punción en el lugar exacto.
- b). - Utilizar la aguja del calibre adecuado y de preferencia que sean desechables para poder asegurar un buen filo.
- c). - Utilizar soluciones isotónicas, y aplicarlas lentamente.
- d). - Evitar el desgarro de los tejidos gingivales y sobre todo del periostio, ya que es causa de molestias post-operatorias de intensidad variable y que puede persistir durante horas o' días.

b). - Lipotimia y Síncope:

Etiología. - Es compleja, ya que en algunas ocasiones el accidente es neurogénico, siendo -- Stress emocional, la causa originaria. En otras circunstancias la adrenalina de la solución anestésica tiene un papel importante, entre o' no en juego la patología cardiaca del paciente.

Cuadro Clínico. - La lipotimia es frecuente durante la realización de la anestesia o' algunos minutos después, presentándose en el paciente - síntomas tales como: taquicardia, diaforosis, na

niz afilada y dificultad al respirar. De este estado el paciente puede recuperarse en pocos minutos, o' entrar en un cuadro más serio: el síncope, felizmente poco común, en donde el pulso se hace filiforme o' imperceptible y la respiración angustiosa o' entrecortada.

Este fenómeno puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestesia local, pero es más común en el curso de la troncular, ya que la inyección del líquido anestésico en un vaso sanguíneo acentúa la gravedad del cuadro.

Tratamiento de la Lipotimia.-El que llamaremos preventivo y el curativo.

a).- El tratamiento Preventivo: Se inicia con una buena historia clínica y se encuadra en este concepto:

Por lo general, no conocemos el estado del aparato circulatorio de nuestros pacientes; a muchos de ellos los vemos por primera vez en el acto quirúrgico, por lo cual debemos pensar que con cualquiera de ellos se puede originar la lipotimia o' el síncope; debiéndose tomar en cada caso las medidas de precaución necesarias para evitar los accidentes:

Sentar comodamente al paciente, aflojando sus prendas para favorecer la circulación; comprobar que la aguja no ha entrado en un vaso e inyectar lentamente (sobre todo en las tronculares) ya que hay pacientes sensibles o' alérgicos a la novocaina, que necesitan una gota previas para comprobar que se desencadenan los síntomas de su afección.

b).- El tratamiento del Accidente:.- Depende de su tipo:

Lipotimias fugaces desaparecen recostando al paciente con su cabeza más baja que su cuerpo, en la posición de Trendelenburg, o' con la cabeza forzada entre sus rodillas, - o' administrando una taza de café, unas gotas de amoníaco, posición Todd, o' haciéndole aspirar sales aromáticas.

Los síncope requieren inyectar cafeína, a ceite alcanforado o' coramina.

En pacientes nerviosos, pusilánimes o' con antecedentes de accidentes de este tipo, - en el curso de una inyección anestésica se rá útil y recomendable la narcosedación ba sal.

c).- Rotura de la Aguja de Inyección:.- Es un accidente raro en nuestra práctica; los autores lo mencionan repentinamente sobre todo en el curso de las anestias tronculares. Blum cita cien pasos por él estudiados entre los años 1914 y 1928.

Etiología.- DORRANGE G.M. (Broken needles-- following mandibular injection, "Sental -- Cosmos" 71: 1082, 1924) considera dos razones para la ruptura de las agujas:

a).- Movimientos intempestivos del paciente.

b).- Contracción repentina del pterigoideo interno. En este caso, la infiltración a nivel músculo estimula su contracción, como su fascia externa es rígida, éstas actúan como punto de apoyo para doblar y romper la aguja.

La prevención de este accidente requiere - de una buena técnica, con agujas nuevas no oxidadas, de buen material; para las inyecciones con jeringa Carpole las agujas de a cero, si no están oxidadas o' dobladas, -- son prácticamente irrompibles; para las inyecciones tronculares, el empleo de agujas de buen material, evitando el flameado, -- nos asegurará contra este accidente.

Como el sitio de menor resistencia de la a guja es el límite entre ésta y el pabellón, al cual está soldada, será una buena práctica usar agujas un poco más largas que lo necesario para llegar al punto convenido. -- teniendo por lo tanto un trozo fuera de -- los tejidos, por el cual puede ser tomada para retirarla, en caso de fractura.

Tratamiento del Accidente:-- Cuando el tra tamiento es inmediato, la extracción de la aguja rota durante la anestesia local se reduce a una incisión a nivel del lugar de la inyección y disección de los tejidos -- con un instrumento romo, hasta encontrar -- el trozo fracturado y extracción del mismo con una pinza de disección de Kocher.

Cuando ha pasado un tiempo después del accidente, deberá investigarse radiográficamente la ubicación de la aguja, empleándose se para ello puntos de referencia, sobre -- todo en maxilares desdentados.

La extracción de la aguja para anestesia -- troncular, rota a nivel de la cara interna del maxilar, requiere un procedimiento más complicado. Cuando el instrumento ha desaparecido en los tejidos, no es fácil encon

trarlo y ubicarlo y, por lo tanto extraerlo. Para su localización debe hacerse una radiografía de perfil y otra de frente (mento-naso-placa), con una aguja de gula - colocada según la misma técnica que la empleada para la inyección troncular, aguja que también puede usarse para realizar la anestesia con el fin de extraer el trozo -- fracturado. Guiados por el examen radiográfico y la aguja gula, tendremos una claridad de ubicación. A nivel de donde presumimos se encuentra el extremo anterior de la aguja fracturada, se traza una incisión vertical que llegue hasta el objeto y se diseccionan con instrumento como los tejidos vecinos, cuidando de no profundizar más la aguja rota. Localizada y visible el extremo anterior se toma con una pinza de Kocher y se le retira. Si se ha llegado con la disección más atrás de la punta, y se localiza la aguja, se la prende con la pinza de Kocher y se trata de llevarla en dirección anterior, permitiendo que salga a través de la mucosa en la cara interna del maxilar. Cuando aparece el extremo, se toma éste con otra pinza abandonando la primera, se retira el cuerpo fracturado. La herida se cierra con uno o dos puntos de seda nylon.

- d). - H E M A T O M A . - La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame de intensidad variable, sobre la región inyectada. Esta complicación no es frecuente, porque los vasos se desplazan y no son puncionados.
- Etiología: - Este accidente es común en --

las inyecciones a nivel de los agujeros in-
fraorbitario o' mentoniano, sobre todo -
si se introduce la aguja en el conjunto ó-
seo. El derrame sinulneo es instantaneo, y
tarda varios días para su resolución. El ae-
cidente no tiene consecuencias, a no ser -
ta infección del hematoma.

El Tratamiento:.- Consiste en la aplica-
ción de bolsas de hielo sobre el lugar de-
la inyección.

e).- Parálisis Facial:.-

Etiología: Este accidente ocurre en la anes-
tesia troncular del dentario inferior; cuan-
do se ha llevado la aguja por detrás del --
borde parótideo del hueso, inyectando la so-
lución en la glándula parótida, o' inyectan-
do el facial.

Cuadro Clínico..- Tiene todos los síntomas de
la parálisis de Bell; caída del párpado e -
incapacidad de oclusión ocular, y proyec- -
ción hacia arriba del globo ocular; además -
presenta caída y desviación de los labios.
Es sin duda un accidente alarmante, del - -
cual el paciente por lo general no se perci-
be, pero lo advierte el profesional.

Tratamiento:.- La parálisis es temporanea y
dura el tiempo que persiste la anestesia; -
por lo cual no requiere tratamiento.

f).- Isquemia de la Piel de la Cara:

Etiología:.- Esta originada por la penetra-
ción y transporte de la solución anestési-
ca con adrenalina, en una vena.

Cuadro Clínico:.- Se nota sobre la piel de
la cara del paciente zonas de intensa pali-

dez, debidas a la izquemia sobre esta re--
gión.

Tratamiento:- No requiere

ACCIDENTES MEDIATOS:

a).- Persistencia de la Anestesia:- Después de la inyección del dentario inferior, la anestesia puede prolongarse por espacio de - - días, semanas y aún meses.

Etiología:- Esto se debe al desgarrro del nervio por agujas con rebabas, o' a la inyección del alcohol junto con la novocaína; este alcohol es el residuo que puede quedar en la jeringa, en aquellos casos en -- que se acostumbra conservar estos instrumentos en ese material. Método anacrónico de esterilización y conservación del ins--trumental, que está reemplazado por más -- científicos y actuales.

Tratamiento:- No hay tratamiento más eficaz que el tiempo. El nervio regenera lentamente y después de un periodo variable - se recupera la sensibilidad.

b).- Infección en el lugar de la Punción:- Pue de ser a nivel de: 1).- mucosa bucal y 2). - de espina de Spix.

Etiología:- Se debe a la falta de esterilización de la aguja o' del sitio de punción.

Cuadro Clínico:-

1). En la mucosa bucal.- Se originan zonas dolorosas e inflamadas; siendo más marcado el malestar cuando se practican - punciones múltiples.

2j. A Nivel de la Espina de Spix:- Se --
presentan trastornos serios como absce-
sos y flemones, acompañados de fiebre,
trismus y dolor.

Tratamiento:- Consiste en : cazor, penici-
lina y abertura quirúrgica de los abscesos.
El trismus debe ser vencido muy lentamente,
por intermedio de un abrebocas que se colo-
ca en el lado opuesto al del absceso.

c1.- Parestesias y dolor:- Puede persistir el-
dolor en el lugar de la punción.

Etiología:- Este fenómeno se obsrva en la-
anestesia troncular del dentario inferior,
cuando la aguja ha desgarrado o' lesionado
el periostio de la cara interna del maxi-
lar. Las inyecciones subperiosticas suelen
ser acompañadas de dolor, que persiste al-
gunos días. Lo mismo sucede con la inyec-
ción anestésica en los músculos. La lesión
de los troncos nerviosos, por la punta de-
la aguja, origina neuritis persistentes.

Tratamiento:- Puede realizarse con onda -
corta, rayos infrarrojos y vitamina "B".

C A P I T U L O I I I

-ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA OPERATORIA DENTAL- -DURANTE LA PREPARACION DE CAVIDADES-

La preparación de cavidades desde el punto de vista terapéutico es el conjunto de procedimientos operativos que se practica en los tejidos duros de los dientes, con el fin de llevar a cabo la apertura de una cavidad y poder remover toda la caries presente, para poder introducir un material de obturación, temporal o permanente.

Para llevar a cabo la preparación de una cavidad, -- desde hace muchos años atrás, se estudio la forma de realizarla bajo una serie de reglas o leyes que permitían un procedimiento más completo.

Existen muchas teorías para llevar a cabo la preparación de cavidades, como ejemplo tenemos las del Dr. Black, Chyde Davis, o la Zabotinsky. Todas estas reglas tienen un cierto parecido, variando en algunos pasos o puntos.

Realmente el interés que tiene lo anterior en el presente trabajo, es tocar los puntos que lejos de seguir una técnica para curar o restablecer al paciente, van a llevarlo a la enfermedad y al dano de las estructuras sobre las cuales vamos a trabajar, considerándose la "Yatrogenia".

A continuación procederemos a analizar los pasos en la preparación de cavidades, para posteriormente mencionar las yatrogenias que se presentan en cada uno de ellos:

1).- Apertura de la Cavidad

- 2).- Extirpación del tejido cariado
- 3).- Conformación de la Cavidad
- 4).- Viscelado de los bordes cavitarios
- 5).- Toilete

1).- APERTURA DE LA CAVIDAD:

este punto esta destinado a lograr el acceso a la cavidad, eliminando el esmalte no soportado por dentina sana y obtener un campo mayor y más visible de la cavidad por tratar.

ventro de este paso el primer problema grave -- que podemos causar es la comunicación pulpar directa.

Comunicación Pulpar Directa:

Definición: Es la comunicación franca con el paquete vasculo-nervioso lesionandolo. (lesión -- pulpar).

Etiología:.- a).- Traumatismo y b).- Comunicación mecánica.

Síntomas:.- a).- Dolor b).- Sangrado abundante c).- En complicaciones del cuadro por bacterias, infección, inflamación, fiebre.

Tratamiento:.- Cuando la comunicación es superficial, se puede tratar con un recubrimiento -- pulpar directo, en caso de que no resuelva esto el problema, se efectua la extirpación de la cámara pulpar de la corona (pulpectomia) y si es -- más profunda la comunicación pulpar se extirpa -- no solo la pulpa de la cámara, sino también la de los conductos radiculares (pulpectomia) y se administran (si se requieren) analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

Otra patología frecuente, se presenta cuando -- se prepara una cavidad con caries y con bordes de esmalte no sostenidos por dentina sana; al --

realizar la apertura, esta puede ser lo suficientemente amplia que deje sin soporte dentinario al esmalte, ocasionando fractura de la pieza por tratar y que esto nos lleve a efectuar un tratamiento más complicado de pronostico dudoso o bien por el tratamiento realizado complicaciones post-operatorias.

21.- EXTIRPACION DEL TEJIDO CARIADO:

Al llevar a cabo este tiempo operatorio, es importantísimo tomar en cuenta las condiciones en que se encuentran los tejidos profundos de la cavidad. Hemos eliminado el tejido duro del diente que tratamos y nos encontramos con tejido blando, sin soporte compacto. La eliminación de la dentina cariada, se debe llevar a cabo si es que es con fresa, debe ser ésta redonda, y se extirpa la dentina infectada a velocidad convencional.

La yatrogenia se presenta cuando no es cumplido este paso con el instrumental adecuado o que el operador pasa por alto estos pequeños detalles de suma importancia, nos encontramos generalmente con la comunicación pulpar directa o lesión de tejidos adyacentes, esta comunicación es muy frecuente cuando se tratan dientes anteriores de canino a canino.

También se puede presentar la comunicación pulpar directa durante este momento operatorio con otro instrumento, así es el caso del uso de cucharillas, perfectamente afiladas, y que el operador aplique demasiada fuerza o el instrumento en otra dirección en la que se presenta inevitablemente la comunicación.

Generalmente este tipo de accidente es más frecuente en la primera dentición, ya que recordemos que los cuernos pulpares son más prominentes que las cúspides.

Se puede presentar también que durante el uso de la cucharilla se aplique demasiada fuerza sobre una de las caras o' sobre las cúspides debilitadas, por las caries y por quererlas limpiar, se provoque la fractura del esmalte sin soporte dentinario, complicándose con esto el tratamiento.

Se puede presentar el caso que por el contrario de limpiar perfectamente la cavidad se puede dejar una porción de dentina careada y sea la causa de una reincidencia de caries y que también complique el tratamiento y se tenga que recurrir a la exodoncia o' a un tratamiento mayor del que se había pronosticado.

3).- CONFORNACION DE LA CAVIDAD:

Comprende la serie de maniobras para darle a la cavidad una forma especial que evite recidiva de caries, que soporte la fuerza de la masticación y mantenga cualquier material de obturación que reintegre al diente sus características anatomofisiológicas.

Nos encontramos con un problema realmente serio cuando el operador lleva a cabo estos pasos y carece de técnicas para ello, ya que puede ocasionar gatrogenias. Por ejemplo en el caso de preparar la base cavitaria, puede ir más abajo de lo normal y ocasionar la comunicación o' si esta preparación es una clase II, puede lesionar los tejidos blandos de la encía y el paro--

donio.

Hemos analizado los pasos operativos en la preparación de cavidades y las gatrogenias que pueden provocarse en cada uno de ellos; ahora bien, para poder llevar a cabo la preparación de las piezas dentarias contamos con el empleo de la alta velocidad, la cual facilita la labor del operador y reduce el tiempo de consulta para el paciente; sin embargo este gran equipo cuando no es utilizado en la forma correcta también puede dar lugar a una serie de problemas no solo para el paciente, sino también para el mismo operador.

Podemos clasificar los peligros derivados del empleo de altas velocidades en tres categorías:

- a).- Daños al diente tratado
- b).- Daños a estructuras vecinas
- c).- Daños al operador.

a).- Daños al Diente Tratado:

El mayor de los problemas se deriva de la generación de calor friccional que afecta los tejidos duros y blandos del diente. Este calor depende de factores tales como velocidad efectiva, torque, presión de corte, área abrasiva etc. El calor friccional quema la dentina y altera las fibras de iones, provocando desplazamientos en su célula original que es odontoblasto. Fuertes quemaduras determinan destrucción total de tejido pulpar frente a la cavidad, con formación de abscesos. Quemaduras medianas o leves pueden dar lugar a una reacción defensiva con formación de

dentina secundaria y conservación de la vitalidad pulpar. Esta reacción defensiva estara condicionada a la edad y estado de salud del paciente, ubicación de lesión, intensidad y extensión de la quemadura y grado de vitalidad pulpar.

Para disminuir el peligro se requiere una refrigeración acuosa, abundante y bien dirigida, leve presión de corte, resas y piedras con máxima capacidad-cortante, trabajo intermitente y uso de mínima velocidad en zonas peligrosas cerca de la pulpa.

Otros daños al diente son: destrucción excesiva de tejido dentario debido a la gran facilidad de desgaste; exposiciones pulpares accidentales -- por la poca sensación táctil; fracturas accidentales de cúspides débiles -- por excesiva vibración de instrumentos excéntricos; iniciación de rajaduras o' líneas de fractura por diferencias de temperatura.

b). - Daños a Estructuras vecinas o' al Paciente:

La falta de sensación táctil al trabajar en cajas proximales junto a un diente sano, o' al tallar coronas, -- puede provocar lesiones inadvertidas en los dientes vecinos, que serán un punto de partida para nuevas caries. -- También se pueden lesionar los tejidos blandos y estructuras de soporte del periodontium.

el paciente puede sufrir injurias por la proyección de partículas hacia las vías aéreas y los ojos e inhalación del rocío acuoso contaminado con aceite y su propia saliva. puede producirse edema por inyección de aire en los tejidos blandos en ciertas circunstancias.

c). - Daños al Operador:

La proyección de partículas en aristas u' obturaciones removidas con alta velocidad, pueden afectar en mayor grado al operador que al paciente. Es muy conveniente la protección de los ojos con anteojos, aún en aquellos profesionales que no requieren su uso habitual.

Más grave aún es la aspiración continua de aerosoles por parte del operador cuando trabaja con alta velocidad. Sabemos que aerosoles son aquellas -- partículas infinitamente pequeñas sostenidas en el aire. Pueden ser sustancias inertes, minerales, polvo, aceite, o' contaminantes biológicos, - bacterias, esporos, microorganismos. - Los aerosoles se encuentran habitualmente en el aire que respiramos, pero su concentración aumenta en determinadas circunstancias.

El rocío o' "spray" de los aparatos de alta velocidad es un magnífico generador de aerosoles que se contaminan con las bacterias, toxinas y restos provenientes del diente y la cavidad

dad bucal. Estudios realizados por -- Brown Godberg y otros han demostrado un gran aumento del número de colonias microbianas que se pueden recoger a corta distancia de la boca del paciente cuando se trabaja con alta velocidad, en comparación con las colonias microbianas que se recogen habitualmente en ambiente de clínica odontológica, cuando no se trabaja.

El operador debe conocer este peligro y proteger sus vías respiratorias con métodos adecuados. Además se aconseja el uso del dique de goma y la extirpación de la dentina con baja velocidad o instrumental de mano.

La contaminación por aerosoles bacterianos produce toda la gama de enfermedades respiratorias, desde el simple resfriado hasta la tuberculosis. Además es factor desencadenante de fenómenos de alergia, rinitis, fiebre de heno, etc.

Por otro lado el tiempo que se gana en la preparación de cavidades con alta velocidad, no debe ser empleado en tallar mayor número de dientes, sino en perfeccionar la técnica, cumpliendo todos los requisitos que exige una operación dental correcta. Es más beneficioso para el profesional descansar más y desarrollar su actividad específica con menor tensión, que pretender duplicar el volumen de trabajo producido en el día.

- C A P I T U L O I V -

- ACCIDENTES DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA -

Los accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples y de distinta categoría: unos interesan al diente objeto de la extracción o' a los dientes vecinos; otros al hueso y a las partes blandas que lo rodean. A continuación los analizaremos en detalle:

1).- FRACTURA DEL DIENTE:-

Es el accidente más frecuente de la exodoncia; - en el curso de la extracción, al aplicarse el mordiente del Forceps sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de tracción, la corona o' parte de ésta o' de la raíz se fracturan, quedando por lo tanto la porción radicular en el alveolo.

Etiología:- Entre las causas principales se encuentran:

- a).- Organos dentarios, debilitados por los procesos de caries o' con anomalías radiculares, los cuales no pudiendo resistir el esfuerzo aplicado sobre su corona, se fracturan en el punto de menor resistencia.
- b).- un incompleto estudio clínico y radiográfico del diente a extraerse.
- c).- Mala técnica quirúrgica.

Cuadro Clínico:- A causa del traumatismo producido por la fractura del diente a extraer, se producen desgarros de la encía, se desplazan esquirolas óseas, y sobre todo en la "boca del al-

veoio" se sitúan porciones del diente; la pulpa puede quedar expuesta y el periostio lesionado, ocasionando una hemorragia abundante que no permite una clara visión del campo operatorio.

Traiamiento:- Consta de tres etapas:

- 1).- Exámen Radiográfico
- 2).- Preparación del Campo Operatorio
- 3).- Extracción de las raíces

1).- Exámen Radiográfico:- Si la extracción fue intentada sin el exámen previo, después de producida la fractura se tomará una radiografía que nos indicará la posición, forma y dirección radicular. No disponiendo de un aparato de rayos x, habrá que intentar la extracción con este factor en contra.

2).- Preparación del Campo Operatorio:- Por esto se entiende eliminar las porciones óseas y dentarios que lo cubren; cohibir la hemorragia de las partes blandas, es decir aclarar la visión del diente radicular fracturado, para así poder llevar a cabo su extracción. Los fragmentos se retiran con unas pinzas de algodón, se lava la región con un chorro de agua o' suero fisiológico, se seca con gasa y se practica la hemostasis con los estípticos de que disponemos: adrenalina, Clauden, métodos eléctricos. Sin el requisito previo de tener un "campo blanco", exangue, no puede intentarse la extracción con éxito.

3).- Extracción de las raíces:- Se lleva a cabo una vez terminada la hemorragia.

2).- FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS:

Etiología:.- Se debe a la presión ejercida sobre el forceps de extracciones o' sobre los elevadores, la cual puede ser transmitida a los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona, (cuando ésta se haya debilitada por obturaciones o' por caries) o' bien luxando el diente cuando disposiciones radiculares lo faciliten (raíces funcionadas).

Tratamiento:.- Depende de la etiología que se haya provocado:

- a).- Cuando el diente es fracturado, primero se hará una inspección mecánica y radiográfica para poder diagnosticar el tipo de fractura y el tratamiento a seguir. Posteriormente se procederá a reparar la pieza afectada (si la fractura es simple) o" bien se preparará adecuadamente para la colocación de prótesis.
- b).- El diente luxado puede ser reimplantado en su alvéolo fijándolo por los procedimientos usuales.

3).- FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA:

Etiología:.- Cuando se aplica excesiva fuerza sobre los forceps o' los elevadores, se pueden fracturar en el acto quirúrgico, a la vez que se pueden lesionar las partes blandas u óseas vecinas.

Tratamiento:.- La extracción de los fragmentos puede realizarse inmediatamente (aprovechando la anestesia aplicada) o' bien en una nueva intervención quirúrgica.

4).- FRACTURA DEL MAXILAR:

Se clasifican de acuerdo al lugar de la fractura en:

- a).- Fractura del borde alveolar
- b).- Fractura de la tuberosidad
- c).- Fractura total del maxilar inferior
- d).- Perforación de las tablas vestibular o' palatina.

a).- FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR:

Etiología:.- El mecanismo de la fractura del borde alveolar o' de trozos mayores de hueso, reside en la fuerza que la pirámide radicular ejerce al pretender abandonar el alvéolo por un espacio menor que el mayor diámetro de la raíz. En otras ocasiones, - la fuerza aplicada sobre la tabla externa es mayor que su límite de elasticidad.

Tratamiento:.- La fractura del borde alveolar no tiene mayor trascendencia; el fragmento del hueso se elimina con el órgano dentario o' queda relegado en el alvéolo.- En el primer caso no hay conducta especial a seguir; en el segundo, debe eliminarse - la porción fracturada, de lo contrario, el secuestro origina los procesos inflamatorios consiguientes; osteitis y abscesos -- que no terminan hasta la extirpación del - hueso.

b).- FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD:

Etiología:.- En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos, y por el uso de elevadores aplicados con fuerza excesiva, la tuberosidad del ma

xilar superior o' también parte de ella puede desprenderse, acompañando al molar; en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal.

Tratamiento:- Si la fractura de la tuberosidad es pequeña, o' se lima perfectamente el hueso para estimularlo y permitir la neoformación, además de evitar las puntas cortantes; posteriormente se lava toda la zona con suero fisiológico y se cierra la herida con punto de sutura.

Quando hay comunicación con el seno se recomienda el uso de colgajos para lograr un buen sellado.

c1.- FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR:

La fractura total es un accidente posible, aunque no frecuente; en general es a nivel del tercer molar donde se produce.

Etiología:- Se debe a la aplicación incorrecta y fuerza exagerada en el intento de extraer un tercer molar retenido u otro diente retenido, con raíces con hiper cementosis y dilaceradas.

La disminución de la resistencia ósea, debida al gran alveolo del molar, actúa como una causa predisponente para la fractura del maxilar, del mismo modo como interviene, debilitando el hueso, una osteomielitis o' un tumor quístico.

Las afecciones generales y los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, la diabetes, las enfermedades parasitarias (tabes dorsal, parálisis general

y ataxia locomotriz], predisponen a los maxilares, como a otros huesos, para la fractura; es suficiente un esfuerzo, a veces - mínimo, o' el esfuerzo del acto operatorio para producir la fractura del hueso.

Tratamiento:- Primero se extrae la pieza retenida, posteriormente se hace una incisión para desubrir el hueso, y se procede a reunir la fractura; esto se puede hacer con clavos, alambre o' grapas especiales, - hecho esto se lava con suero fisiológico, - se sutura y se ferulizan los dientes con - amarres.

d).- PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR O PALATINA:

Etiología:- En el curso de una extracción de un premolar o' molar superior, una raíz vestibular o' palatina puede atravesar las tablas óseas, ya sea por un debilitamiento del hueso a causa de un proceso previo o' - esfuerzos mecánicos, el caso es que la raíz se halla en un momento dado, debajo de la fibromucosa entre ésta y el hueso, - en cualquiera de las dos caras, vestibular o' paladar.

Tratamiento:- La búsqueda y extracción de tales raíces, por vía alveolar, es generalmente engorrosa. Más sencillo resulta practicar una pequeña incisión en el vestibulo o' en el paladar y previa separación de los colgajos, por esta vía se extraen las raíces. Un punto aproxima a los bordes de la herida.

5).- LESION DEL SENO MAXILAR:

La lesión del seno maxilar se puede ocasionar - por:

- a).- Perforación del piso del seno.
- b).- Penetración de una raíz en el seno.

a).- PERFORACIÓN DEL PISO DEL SENO:

Etiología:.- Durante la extracción de los molares y premolares superiores, se puede abrir el piso del antro de dos formas:

- 1).- Accidental
- 2).- Instrumental

1).- En forma accidental:.- Se presenta por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, por lo cual al efectuarse la extracción queda intalada la comunicación. Inmediatamente se advierte el accidente, porque - el agua pasa al seno y sale por la nariz.

2).- En forma instrumental:.- Se realiza - cuando los instrumentos de exodoncia- tales como cucharillas, elevadores y - forceps perforan el piso sinusal adelgazado, desgarrando la mucosa antral- y estableciéndose de esta forma la comunicación.

Tratamiento:.- En la mayoría de los casos, cuando la perforación obedece a razones a- natómicas o' es realizada por instrumentos, el coágulo se encarga de obturar la comunificación. Basta en tales casos una torunda - de gasa que favorezca la hemostasis o' un-

punto de sutura que acercando los bordes, establezca mejores condiciones para la contención del coágulo.

Algunas veces el coágulo, de modo especial en alveólos grandes y que han sido traumatizados, se retrae y se desprende. El valor del coágulo como exemento obturador es en esas condiciones nulo. Es preciso en estas circunstancias, realizar una pequeña plástica, para reintegrar la disposición normal. Esta se realiza desprendiendo la fibra mucosa por los lados bucal y palatino, logrando con esta maniobra alargar el telón gingival para obturar el alveólo. Si con esto se consigue acercar los labios bucal y palatino, habrá que reseca el hueso del borde alveolar. De este modo y previa insición, que permite alargar la fibramucosa, esta llega a cubrir el alveólo.

n

b).- PENETRACION DE UNA RAZ EN EL SENO MAXILAR:

Etiología:- Se presenta cuando una raíz - de un molar superior es sacada del alveólo por las maniobras que pretenden extraerla, y es proyectada hacia el seno maxilar.

Cuadro Clínico:- Una vez que la raíz ha - sido proyectada hacia el antro puede comportarse de las siguientes maneras:

- 1).- La raíz penetra en el antro, desgarrando la mucosa sinusal y se sitúa en el piso de la cavidad.
- 2).- La raíz se desliza entre la mucosa -- del seno y el piso óseo, quedando por

lo tanto cubierta por la mucosa.

- 3).- La raíz cae dentro de una cavidad patológica por debajo del seno y en ella queda alojada.

Tratamiento:- La extracción de una raíz del seno maxilar requiere de tres pasos:

- 1).- Un exámen radiográfico previo, el cual nos dará la ubicación exacta de la raíz. La extracción de la raíz se puede intentar en la misma sesión o re realizarse posteriormente.
- 2).- La vía de elección para su bázqueda es siempre la vestibular. Ya que la vía alveolar es mala y antiquirúrgica y difícilmente se logra extraer el resto radicular por esta vía, además de que hay peligro de dejar una comunicación con el seno.
- 3).- Procedimiento:- Se trazan dos inscripciones convergentes desde el surco vestibular al borde libre. Esta inscripción coincidirá con las senquetas mesial y distal del alveolo que estamos considerando. Se desprende el olgajo, y expuesto el hueso se calcula por el exámen radiográfico altura en que se encuentra el piso del seno y por lo tanto la raíz que se quiere extraer.- Se practica la osteotomía de la tabla externa a escoplo o' fresa. Por esta maniobra, generalmente la mucosa sinusal queda desgarrada; en caso contrario, se la incide con un bisturí para

poder llegar al interior del antro. Abierto el seno y proyectando la luz hacia el interior de su cavidad se busca la raíz. Localizada se toma con una pinza larga, con una pinza de disección o' bien se le elimina con una cucharilla para hueso.

Con el objeto de que la perforación vestibular operatoria y la transarveolar traumática se obturen, recurrimos a una sencilla maniobra plástica. La boca del alveolo debe ser cubierta -- con tejido gingival, tal como se procede en caso simple de perforación se disminuye la altura del borde óseo arveolar y se desprende el colgajo palatino. Se puede alargar el tabón vestibular, practicando a bisturí la sección del periostio, con lo cual se logra alargar el colgajo para que llene su propósito. Una sutura cierra la boca del alveolo y otros dos puntos afrontan los labios de la encía hacia-distal y mesial. Puede también realizarse una plástica por deslizamiento del colgajo vestibular.

En el caso de que la raíz esté situada por debajo de la mucosa sinusal -- (la raíz no es visible, pero el piso-sinusal está levantado por una eminencia que denuncia la raíz fugitiva), el seno es abierto por vestibular, como ya se ha indicado en su oportunidad. Con un bisturí se practica una incisión sobre la eminencia radicular. La raíz aparece y es extraída por los

medios indicados; esta forma de fuga de la raíz, es por otra parte, muy poco frecuente.

6).- PENETRACION DE UN DIENTE EN REGIONES VECINAS:

Etiología:.- en el intento de extracción de un diente de la arcada, con más frecuencia un tercer molar superior o inferior retenido, el diente, respondiendo a la aplicación incontrolada de fuerzas, o debilitamiento de las paredes o tablas óseas, puede fugarse al piso de la boca o a lugares vecinos.

Tratamiento:.- El tratamiento siempre será quirúrgico.

7).- LUXACION DE LA MANDIBULA:

Es la salida del condilo parcial o total de la cavidad glenoide.

Etiología:.- este accidente se debe a todas las causas que tienden a exagerar el descanso normal de la mandíbula, pudiéndose presentar por un movimiento exagerado de la boca, la artritis crónica causada por oclusiones anormales, puede tener como consecuencia la luxación habitual de la articulación temporomaxilar. Este accidente se puede presentar también por situaciones traumáticas o por situaciones operatorias, como el uso de abre bocas, durante una operación larga y fatigante y en la extracción de terceros molares inferiores, por ejercer demasiada presión sin proteger ni sujetar la mandíbula.

La luxación por lo general se presenta cuando el cóndilo se lleva a su parte anterior, ya que

se va hacia atrás, afuera y arriba existirá fractura.

Dentro de las luxaciones hacia adelante distinguimos diferentes variantes:

- a).- Luxación anterior
- b).- Luxación superior
- c).- Luxación posterior
- d).- Luxación lateral
- e).-

- a).- Luxación anterior:- Por lo general es bilateral, y tiene como cuadro clínico los siguientes síntomas: boca abierta, que no se puede cerrar; barbilla sobresaliente y dificultad para hablar a nivel de los músculos de masticación, éstos se encuentran tensos y pueden o no ser dolorosos, cuando esta luxación es unilateral, siendo un caso raro, la barba se desvía del lado opuesto al luxado.
- b).- Luxación superior:- En esta luxación observamos un acortamiento aparente de la rama ascendente.
- c).- Luxación Posterior:- En algunas ocasiones esta se presenta con hemorragia, a la palpación del cóndilo se encuentra anormal, y con la radiografía observamos desviación en la dislocación posterior unilateral, la barbilla es desviada hacia el mismo lado de la luxación.
- d).- Luxación Lateral:- Se observa y palpa el cóndilo fuera de su lugar, oposición normal.

Tratamiento:- el maxilar puede ser ubicado en-

su sitio. en la mayoría de los casos la reducción se produce por sí sola, en caso de que esto no suceda, el operador deberá de corregirla durante movimientos específicos a saber:

"Técnica de Nezatón". - El paciente deberá estar sentado con la cabeza lo más bajo y recargado - sobre el cabezal firmemente, debemos contar con un ayudante para que nos ayude a mantener la cabeza con presión en el cabezal del sillón, en caso de no contar con esta persona, se sujetaremos con vendas u otro tipo de material, inmediatamente, el operador se colocará frente al paciente, y pondrá sus dedos pulgares, sobre las caras oclusales de los molares y con los demás sujetará el borde inferior de la mandíbula. A continuación se procederá a efectuar los siguientes movimientos para reducir la luxación:

- a). - Se fuerza la apertura de la boca ejerciendo presión hacia abajo, para salvar el obstáculo que de la cavidad glenoidea del temporal, ofrece el condilo de la mandíbula.
- b). - Un movimiento hacia arriba y atrás, reducirá la luxación.
- c). - El uso de antiinflamatorios, compresas húmedas y calientes, y fisioterapia, están indicadas en el restablecimiento del paciente.

Cuando las luxaciones son persistentes o' recurrentes puede ser necesario emplear la fijación que se obtiene de la ligadura intermaxilar, por un tiempo de tres a cuatro semanas, y en otras ocasiones es conveniente recurrir a la fijación de la mandíbula por medio de férulas..

81.- LESIÓN DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS:

Se considera como lesión de partes blandas el desgarramiento de la mucosa gingival, la lengua, carrillos, labios, etc.

Etiología:.- Este accidente se produce al actuar con brusquedad, sin medida y sin criterio quirúrgico.

Sin embargo hay ocasiones en las que se pueden deslizar los instrumentos de la mano del operador (después de extracciones laboriosas y fatigantes) y herir la encla o' las partes blandas-vecinas. También es bastante frecuente (en el curso de extracciones laboriosas del tercer molar inferior) las heridas de los labios, por pellizcamientos con las pinzas, y las lesiones traumáticas de la comisura que continúan con herpes ubicados en esa región.

Tratamiento:.- Luego de terminar la extracción, las partes blandas desgarradas serán cuidadosamente unidas por medio de puntos de sutura.

9) - - H E M O R R A G I A S -

La hemorragia es la salida de sangre con todos sus elementos a consecuencia de la ruptura de las paredes de un vaso.

Etiología:- La hemorragia se presenta por: la falta de coagulación de la sangre y por la no formación del coágulo; las cuales están dadas por razones generales y causas locales.

Entre las causas generales tenemos:

- a).- Ausencia o' deficiencia de algunos de los elementos o' factores que intervienen en la coagulación.
- b).- Enfermedades constitucionales o' hereditarias - que alteran la coagulación como son la "hemofilia y la enfermedad de Wurchof".
- c).- Enfermedades de sangre (leucemia, anemia perniciosa, púrpura hemorrágica), enfermedades infecciosas (tifoidea, tuberculosis, difteria, diabetes, gota) o' provenir de avitaminosis (escorbuto, enfermedad de Barlow) o' de afecciones hepáticas, renales, cardiovasculares, nerviosas e intoxicaciones exógenos o' endógenos.

Las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debido a granulomas, focos de osteítis, pólipos gingivales, lesiones gingivales ocasionadas por paradontosis, gingivitis, herida y desgarros de la encía, esquirlas, trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival. En ocasiones es un grueso tronco óseo arterial el que sangra, o' bien la hemorragia se debe a los múltiples vasos capilares lesionados por la operación.

Tratamiento:.- Es muy importante el cohibir a tiempo la hemorragia, ya que de lo contrario se puede desencadenar en nuestro paciente un Shock Hipovolémico.

SHOCK HIPOVOLÉMICO:

hípo = Menos

volemia = Relacionado a los elementos figurados de la sangre.

Definición: Desminución de los elementos de la sangre.

Los métodos de que se vale el operador para cohibir una hemorragia se dividen en dos:

a).- Preventivos

b).- Curativos.

a).- Tratamiento preventivo:.- Se inicia al realizar una Historia Clínica.

Cuando sospechamos del paciente, siguiendo los antecedentes, por medio de la historia clínica, y de exámenes ordenados anteriormente, trataremos cualquier problema que pueda tener el paciente y que pueda repercutir a la hora de efectuar la extracción o cualquier acto quirúrgico; además se administrarán medicamentos a base de calcio, hierro, fierro, etc.

b).- Tratamiento Curativo:.- Si a pesar de todas nuestras precauciones y el tratamiento aconsejado, la hemorragia se ha producido igualmente, o bien nos ha sorprendido, porque los antecedentes del enfermo no la hicieron sospechar, debemos tratar de cohibirla.

Con este objeto nuestra intervención debe procurar lo siguiente:

1).- Disminuir el flujo sanguíneo al territorio

afectado.

- 2).- Cerrar los vasos afectados.
- 3).- Aumentar la coagulación de la sangre.
- 4).- Favorecer la retracción del coágulo.

Esto se puede conseguir por tratamientos locales o' generales, utilizando técnicas o' medicamentos de acción más o' menos completa.

1).- Tratamiento Local:- Para disminuir el flujo sanguíneo, al territorio local, debe mantenerse en reposo la mandíbula y la lengua, y derivar la corriente de la sangre hacia otro sitio. Es indispensable la quietud general, con preferencia en posición sentada, debiendo completar el tratamiento con medios mecánicos, físicos, químicos y biológicos.

a).- Medios mecánicos:- Los medios mecánicos para cohibir una hemorragia, pueden ser de dos clases: ligadura de vasos y taponamiento.

1).- Ligadura de Vasos:- La ligadura de vasos se efectuará para detener una hemorragia de las partes blandas, y puede nacerse en la periferia o' en los grandes troncos arteriales.

Para ligar un vaso, es necesario tener conocimientos y habilidad, una vez llenando estos requisitos, se localiza el vaso afectado, y se pinza, se localiza cuando la que sangra es una arteria porque se presenta un chorro de-

intermitente (siguiendo las pulsaciones) en sincronismo con la frecuencia cardíaca. Pero a veces la arteria está escondida entre las partes blandas vecinas, y no es fácil localizarla; en este caso debemos tomar con las pinzas no solamente la arteria sino también las partes próximas.

Una vez tomado el vaso con las pinzas de Pean, es necesario ligarlo con catgut, por ser éste un material reabsorbible.

Técnica:.- El ayudante levanta ligeramente el vaso, con las pinzas y anuda alrededor de ella un hilo fino de catgut (de preferencia) - el que se hace deslizar por ella a lo largo hasta que llegue al sitio que quiere ligar, hecho esto se aprieta fuertemente el nudo, - al mismo tiempo que el ayudante - retira la pinza, luego se hace un segundo nudo, y con tijeras curvas se cortan las extremidades del hilo 3 o 4 mm. de aquel.

2).- Taponamiento:.- La mayor parte de las hemorragias bucales que interesan al cirujano dentista, son o sea, en las cuales el procedimiento más simple para retenerlas es el taponamiento.

En el caso de que el vaso sorra esté dentro del hueso en el que no halla cavidad que permita taponar

se puede recurrir al aplastamiento de este, por medio de un instrumento romo, percutido con un martillo. Cuando existe cavidad como el alveolo después de una extracción, se debe recurrir al taponamiento.

Antes de proceder a esto es necesario limpiar la cavidad ósea, es decir retirar restos de estructuras, restos de alimentos (si los hubiera) tartaro dentario, esquirlas óseas, que pudiera haber quedado etc.

Se lava la cavidad con suero, solución salina, etc. inmediatamente se procede al taponamiento (que se efectuará siempre con gasas, y no algodones, pues éste se deshila, y puede dejar restos en la cavidad); con un trozo de gasa -- (yodoformada), la cual puede emplearse seca o' impregnada de medicamentos nemostáticos, tales como el agua oxigenada, adrenalina, sueros, tromboplastina de hierro. ve acuerdo con la intensidad de la hemorragia, empleamos los medicamentos antes mencionados, que han sido citados según el grado de su acción terapéutica. El percloruro de hierro tan calumniado a causa de la formación de escaras y producción de necrosis, no tiene para nosotros los inconvenientes que se le atribuyen y las

virtudes que se le niegan. Es un hemostático de gran utilidad, el cual naturalmente debe ser usado con ciertas reservas: no aplicarlo en la proximidad de grandes vasos, para impedir su "absorción". El tapón se coloca dentro del alveolo que sangra, permitiendo que su extremo libre cubra el alveolo. Sobre él se aplica un trozo de gasa proporcionado al sitio en que se actúa; todo es mordido por el paciente, que mantiene de este modo el taponamiento durante un - - tiempo variable (quince minutos a media hora). El trozo de gasa de la superficie se retira con las precauciones debidas; si la hemorragia ha cesado, puede retirarse el paciente, con el tapón medicamentoso dentro del alveolo.

Todos los problemas que originan la hemorragia, pueden prevenirse por el empleo sistemático de la sutura post-extracción ya que con este procedimiento la hemorragia es excepcional.

- b). - Medios Físicos: En otra época se han usado el frío y el calor, con el objeto de cohibir las hemorragias bucales, pero ambos tienen acción limitada.

El uso del termocauterio o' el galvano-cauterio es recomendable para la hemostasis, ya que la cauterización-lénea ayuda a cohibir las hemorra-

gias óseas, cuando provienen de un vaso de reducido calibre, pero si este es de alguna importancia mayor, el procedimiento es insuficiente. El inconveniente de este aparato es que produce escaras, y al cabo de un tiempo, pueden caerse, y producir hemorragias secundarias; por lo cual es necesario medicar al paciente y tratarlo, con el fin de evitar hemorragias posteriores que podrían presentarse.

c).- Métodos Químicos:- Como digimos anteriormente, la acción del taponamiento puede intensificarse notablemente empleando ciertas substancias vasoconstrictoras, entre las que podemos mencionar: la adrenalina, el agua oxigenada, sales de calcio, la gelatina (Gel Form), los sueros y el cemento quirúrgico.

1).- Adrenalina:- Se emplea en solución al 1/1000 cuando se usa, puede retirarse el taponamiento, después de 30 minutos pues es frecuente que la hemorragia ya halla cesado, pero tiene la desventaja que su acción vasoconstrictora primaria, sigue una vasodilatación, que da origen a hemorragias secundarias que suelen ser más peligrosas que las primarias.

2).- el agua Oxigenada:- Es muy dé-

bil como hemostático, pero a falta de otro medicamento mejor, - se puede usar.

- 3). - Salas de Calcio:- La gelatina y los sueros tienen también aplicaciones locales y coadyudan en el taponamiento a detener las hemorragias alveolares.

Sabemos que las sales de calcio aumentan el poder coagulante de la sangre, se emplean en soluciones del 5- a 10 %.

La acción hemostática de la gelatina se debe a su contenido de sales de calcio y vit. "K".

Los sueros orgánicos se usan colocados directamente sobre la herida sangrante, se explica la acción de éstos por la serosina que contienen, la que favorece la formación del coágulo.

El Cemento Quirúrgico actúa mecánicamente y tiene la ventaja de ser antiséptico.

- 2). - Tratamiento General:- Ya mencionadas anteriormente las causas generales que pueden intervenir en la aparición y mantenimiento de una hemorragia; como es lógico, su tratamiento variará de acuerdo con la causa generadora, así el que corresponde a una hemorragia provocada por una infección hepática, o' por trastornos

hematopoyéticos, estará ligado al tratamiento de estas enfermedades, en los hipertensos habrá que intentar el descenso de la presión sanguínea.

En el caso en el que el retardo de la coagulación no tenga una causa evidente, habrá que recurrir a substancias que aumenten el poder coagulante.

Los medicamentos destinados a ser administrados al interior con el objeto de prevenir hemorragias o de cohibirlas son de dos clases:

a).- Vasoconstrictores

b).- Coagulantes

a).- Los vasoconstrictores no deben usarse en hipertensos, en cardiopatas o en los pacientes con afecciones renales.

b).- Los medicamentos coagulantes, en toda hemorragia relacionada con diatesis hemorrágica de cualquier naturaleza, está indicado el suministro de medicamentos destinados a aumentar el poder coagulante de la sangre.

Por ejemplo de estos la Vit. "K", es un recurso que debe tenerse en cuenta en los casos en que se compruebe la hipotrombinaemia.

Cuando la hemorragia halla sido abundante, se puede recurrir a la inyección de sueros minerales los que son poderosos -- restauradores orgánicos, además de su acción estática, debido a su poder vaso constrictor y coagulante. Existe una gran cantidad de medicamentos preparados específicamente para esta función.

En casos de hemorragias graves, utilizamos la trans
fusion sanguínea, para reparar la pérdida producida
por la hemorragia, logrando con esto aportar no sola
mente elementos restauradores, sino que también es-
timula la respiración.

10. - HEMATOMAS -

Es un accidente frecuente, y al cual no se le asigna la importancia que tiene, consiste en la difusión de la sangre siguiendo planos musculares, o' a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado una operación bucal.

Etiología:- Exceso de traumatismo.

Cuadro Clínico:- El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina, este cambio de color solo sigue las variaciones de la transformación sangünea y de la descomposición de la hemoglobina, así toma primeramente un color rojo vinoso -- que se hace más tarde violeta, amarillo violeta, y amarillo. El cambio de color de la piel dura varios días y termina generalmente por resolución al octavo o' noveno día.

Pero la colección sangünea en sí puede infectarse (es frecuente que así lo haga), produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa y reacción ganglionar. Todo este cortejo dura aproximadamente una semana.

Tratamiento:- Consiste en colocar bolsas de hielo para disminuir el dolor y la tensión; sulfamidoterapia y antibióticos.

Si el hematoma llega a abscedarse será menester abrir quirúrgicamente el foco con bisturí, electrocauterio o' separando los labios de la herida operatoria, por entre los cuales emergerá la secreción pusulenta; un trozo de gasa yodoformada mantendrá expedita la vía de drenaje.

11) - ALVEOLITIS -

La alveolitis, es la infección pútrida del alveolo-dentario después de una extracción. Es una complicación frecuente y la más molesta de la exodoncia.

Etiología:- Para la producción de las alveolitis-intervienen una gran cantidad de factores, entre los cuales, el principal es el traumatismo operatorio, - el cual debe actuar junto con otros:

- a).- Anestesia Local:- Los productos químicos que se emplean en la anestesia local tienen un indudable poder tóxico sobre los tejidos perialveolares. Al ser extraído bajo anestesia local un diente portador de un proceso apical, de -- una lesión del periodonto y de una alveolitis, las condiciones infecciosas se exacerban y se instala un "alveolitis post-operatoria".
- b).- El estado general del paciente, debilitado por una enfermedad general o' con trastornos metabólicos varios.
- c).- Factores Traumáticos:- Entre los factores -- traumáticos hay que mencionar la excesiva presión sobre las trabéculas óseas realizada por los elevadores, las violencias ejercidas sobre las tablas alveolares y la elevación de la temperatura del hueso, debida al uso sin medida y sin control de las fresas, por eso es verdad - la frase de Zimmer: "A mayor trauma quirúrgico mayor cuidado post-operatorio".
- d).- Los Factores Bacterianos Son la causa principal de la alveolitis, siendo por esto de gran importancia. Schroff y Bartels dicen que los principales invasores son los del tipo anaerobio, especialmente bacilos fusiformes y espiroquetas. Esta-

bacteria, por efecto de sus toxinas y por una acción sobre las terminaciones nerviosas del hueso alveolar, sería la productora del dolor alveolar.

Para "Orleans", las causas del dolor post-operatorio se deberian a las siguientes razones:

- a).- Que quedan sin protección las terminaciones nerviosas.
- b).- Irritación debida a bordes cortantes del hueso.
- c).- Trozos de hueso que irritan e inflaman el alveolo. (secuestros)
- d).- Traumatismo en el alveolo, debido a raspado con cucharillas que pulen el hueso. Por el mismo mecanismo, extracciones laboriosas bruñen la superficie interna de los alveolos.
- e).- Permanencia en los alveolos de raices, -- cuerpos extraños, restos de granulomas, quistes, etc.
- f).- Estados generales que condicionan dificultades en la cicatrización: diabetes, fiebres.
- g).- La anestesia local.

Para "Scherman" la acción de salivar causa una presión negativa, la cual a su vez libera el alveolo de su coágulo protector.

Cuadro Clínico: - "Cabanne" considera que este proceso se presenta de maneras diversas:

- a).- Formando parte del cortejo de inflamaciones óseas más extendidas, osteólites, periostitis óseas, flemones perimaxilares, etc.
- b).- Inflamación a predominio alveolar, con un

alveolo fungoso, sangrante y doloroso, alveolitis plástica.

- c1.- Alveolitis seca, alveolo abierto, sin coágulo, paredes óseas expuestas, dolorosas, tejido gingival poco infiltrado, muy doloroso también sobre todo en los bordes.

En el primer tipo, la lesión alveolar forma -- parte de una gran lesión inflamatoria, seria a veces, porque su extensión llega a desbordar -- los límites de la odontología.

Sin embargo, es necesario hacer notar que existe dentro del conjunto de estas lesiones, la posibilidad de los dos casos siguientes de alveolitis: [b y c]

En el segundo (b), se trata en general de reacciones ante cuerpos extraños, sobre todo esquisirlas óseas y a veces esquisirlas dentarias -- de dientes fracturados.

La clase c es típica. Generalmente después de una extracción laboriosa, sin lesión previa alveolar y con más razón si la hubo, se nos presenta una lesión en que por falta inmediata o' por desaparición prematura del coágulo, el alveolo abierto queda en comunicación con la cavidad bucal, con sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingivales separados y tumefactos; las paredes bucal y lingual, ligeramente rojizas y edematizadas. Todo el alveolo se encuentra recubierto de un magma gris-verdoso, maloliente, con aspecto de piedra pómez. En ocasiones, y es esta característica la que ha dado el nombre de alveolo seco, son las paredes alveolares sin coágulo, las que se encuentran cubiertas por una capa verdosa, o' están desnudas; -- el hueso alveolar en contacto con el medio bu-

cal; el alveolo lleno de dentritus, restos aliménticos y secreción pusulenta. Los ganglios-tributarios al alveolo enfermo se hallan infartados. No se ven los puntos rojos del tejido areolar; los areolas parecen deshavitadas.

Sin embargo no se forma secuestro y pasan 8, - 15, 20 y más días antes que el proceso cicatrízase, se revele y durante ese tiempo el síntoma "dolor" acompaña la lesión con una tenacidad continua.

Tratamiento de la Alveolitis:- Múltiples tratamientos se han propuesto para las alveolitis, por lo -- cuax haremos una breve reseña de la terapéutica preconizada, para dar finalmente nuestro punto de vista:

PADOLIN: Da la siguiente pasta para la alveolitis:

Polvo de procalina.....5 g.

Polvo de aristot.....5 g.

(Espatulado en una mezcla pesada)

E indica el siguiente tratamiento:

- a).- cuidadosa irrigación del alveolo, con una solución caliente tolerable.
- b).- Lavados con perborato de sodio o peróxido de hidrógeno.
- c).- cuidadoso secamiento del alveolo con un arqueo y por medio de un aplicador de curzoo, irradiar rayos ultravioletas directamente en el arveolo durante dos minutos.
- d).- Una tira de gasa yodoformada se impregna en parametilguayacol y se introduce en el alveolo.

PLUS: Da la siguiente receta:

Ortoformo..... a a 1 g.

Eurofeno..... a a 1 g.

Vaselina U.S para pasta espesa.

C. C. CANNON: Aconseja limpiar el alveolo con gasa, - pincelarlo con ácido fenolsulfónico, volverlo a pincelar con una solución de yodo al 3 % y empaquetarlo suavemente con una gasa saturada con canfofénico.

"Los cementos quirúrgicos: Alveolitis de intensa duración e intensidad pueden calmarse colocando en el alveolo una porción de cemento quirúrgico. Este se retira dos o tres días después. En muchas ocasiones es suficiente y eficaz el líquido con el cual se prepara este cemento. Se impregna una gasa y se coloca en el alveolo".

PELL: Receta para la alveolitis:

- Ácido acetilsalicílico (antiputrescente y analgésico)
- Bálsamo de Perú (estimulante y antiséptico)
- Eugenol (anodino y antiséptico)
- Benzoato de sodio (acción antifementativa)
- Lanoxina (vehículo)

DURBECK (1943) preconiza para los dolores post-operatorios varias fórmulas:

1). - (Líquida)

Guayacol..... 1 parte
Aceite de oliva.... 4

2). - (Líquida)

Aceite mineral pesado..... 1 P
Eugenol..... 1 P

3). - (Líquida)

Aceite de clavo..... 1 P
Aceite de Wintergreen..... 1
Aceite de cassia..... 1

clorobutanol.....1 P

4).- (pasta)

retrolatum.....8 partes

lanolina.....5 "

Benzocaína.....1 "

eugenol.....3 " .

5).- (pasta)

urtoformo.....4 P

Yoduro de timol....6 P

Aceite mineral.....5 P

Vasexina.....3 P

KAMURINO usa el "Aevogi" compuesto por los medicamen-
tos siguiente:

Triyodometano.....20 %

paraamidobenzoato....25 %

eugenol.....13 %

exipiente.....42 %

La fórmula de este medicamento, junto con el cemen-
to quirúrgico, en nuestras manos, nos ha dado ópti-
mos resultados.

CABANNE preconiza la siguiente fórmula:

Aspirina.....1,50 g.

Antipirina.....1 "

Aristol.....0,50 "

Eugenol.....20 "

Los tres primeros cuerpos de la fórmula se disuel-
ven en el Eugenol, que tiene propiedades analgesi-
cas y antisépticas, la antipirina y la aspirina tie-
nen una acción analgésica y el aristol es antisépti-
co.

Procedimiento ante una alveolitis:

La primera preocupación del profesional debe ser calmar el dolor. Los medicamentos generares antiálgicos son de pobre valor terapéutico. El éxito está en la medicación local. Esta se concreta en los siguientes pasos:

- a). - exámen radiográfico:.- para investigar el estado del hueso y de los boraes oseos, la presencia de cuerpos extraños, raíces seran eliminadas por los métodos usuales, para la secuestrec omia, se utilizan métodos especiales. en la ausencia de cuerpos extraños, procaemos a tratar la alveolitis.
- b). - Lavaao de la cavidaa con un chorro de suero fisiológico caliente; esta maniohra debe realizar se con abundante cantidaa de suero; es necesario lavar el arveólo con el contenido de un vaso de agua comun. Este lavaao, que tiene por o jeto retirar las posibles esquiras, restos de coagulo, fungosidades y dentritus, debe ser rea lizado con suma delicadeza, pues el arveólo está extraordinariamente sensible y la columna de agua, proyectada con fuerza, suele ser insopor table.
- c). - Lavado con una sorucción caliente de ácido fénico al 1/ 0,00. (también el contenido aproximado de un vaso de agua comun)
- d). - Suave secamiento de la cavidaa con gasa esterilizada; se colocan los roelos de algodón y syec tor de saliva para aislar el campo operatorio. - (esta maniohra es imprescindible; la saliva ade mas de diluir los medicamentos, infecta el al-

veño).

e).- Se introduce en la cavidad alveolar una mecha de gasa con licor de Bonain, con pantocaina o' con la fórmula de Van der Ghinsz, se deja el medicamento de 3 a 5 minutos.

f).- Se seca la cavidad alveolar con gasa y se coloca una mecha con alveoline, con la fórmula de CABANNE o' con cemento quirúrgico (porvo y líquido o' líquido solo); esta gasa con medicamento se renueva a las doce horas. En las cavidades parveolares se ubicará una mecha en cada alveolo. El cemento quirúrgico puede dejarse varios días. En curas sucesivas se va espaciando el tiempo entre cada curación, hasta que el alveolo empieza a granular y sangrar.

- C A P I T U L O V -

VATROGENIAS PROVOCADAS POR PROTESIS TOTALESMAL AJUSTADAS

1).- APARICION DE ZONAS IRRITATIVAS INMEDIATAMENTE DESPUES DE INSERTAR DENTADURAS:

Etiología:- Inmediatamente después de insertar una dentadura de fabricación nueva, pueden presentarse "puntos de irritación" en zonas de presión excesiva cuando la dentadura está colocada, o' cuando los tejidos se traumatizan durante la inserción o' la extracción de la dentadura. Las zonas de presión excesiva cuando la dentadura está colocada pueden resultar de artefactos durante la elaboración de la misma o' también de poca presión al tomar la impresión.

Cuadro Clínico:- estas lesiones suelen ser muy dolorosas; por lo tanto, el paciente rápidamente busca alivio. Si la presión es intensa o' persistente puede desarrollarse una úlcera por compresión.

Tratamiento:- consiste en un ajuste ligero (alivio) de la base de la dentadura para que corresponda a nivel de las zonas de presión excesiva, y la aplicación de una pomada anestésica, de una pomada antimicrobiana o' de ambas. El uso de preparados corticosteroides profilácticamente en el servicio de dentadura inmediata, para disminuir la inflamación en zonas de presión excesiva, no se recomienda. Tampoco se recomiendan los preparados para tratar inflamaciones inespecíficas de los tejidos que sostienen den-

tadura.

Cuando se ha producido úlcera por compresión y la irritación microbiana ha superado la capacidad de adaptación de los tejidos, el paciente sufre dolor. Cuando hay infección secundaria de la zona afectada y linfadenopatía, las úlceras por decúbito pueden simular un proceso neoplásico.

Estas lesiones tienen importancia porque pueden interferir con la retención y la función última de las dentaduras. También originan resorción anormal de los tejidos óseos de sostén, que en algunos casos pueden sufrir regeneración maligna. Estas úlceras por decúbito y los cambios inflamatorios e hiperplásicos asociados pueden plantear problemas diagnósticos, especialmente cuando se presentan en la región anterior del maxilar inferior. Está indicada en todos los casos para establecer el diagnóstico.

Las úlceras por decúbito infectadas secundariamente presentan signos clínicos que ayudan a -- distinguirlos fácilmente de los crecimientos -- neoplásicos y son los siguientes:

- a).- Siguen el límite de la dentadura y rara vez tiene muchos restos alimenticios o celulares.
- b).- Suelen no producir olor y son menos dolorosas que las lesiones neoplásicas.
- c).- Los bordes de las úlceras por decúbito no están endurecidos, y es raro observar áreas hiperqueratósicas. (leucoplásicas).
- d).- Suele haber adenopatía dolorosa, pero los ganglios linfáticos no son tan duros como los que suelen acompañar a las metástasis neoplásicas.

Tratamiento:- Los corticoesteroides, en aplicación tópica, no deben utilizarse para tratamiento definitivo de la inflamación que acompaña a las lesiones originadas por dentaduras que se adaptan mal. Estos agentes terapéuticos solo suprimen los cambios inflamatorios de manera temporal, sin combatir la causa. Los corticosteroides también pueden enmascarar las verdaderas características del cuadro patológico y, por lo tanto retrasar el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

La fase inflamatoria aguda de estas lesiones debe tratarse primero en forma conservadora. Pueden aplicarse localmente un antimicrobiano ligero y hacer lavados de boca con solución salina tibia o con solución de bicarbonato. La anestesia debe quitarse y no volverse a poner hasta que hayan desaparecido los síntomas.

El tratamiento definitivo consiste en la extirpación quirúrgica del tejido hiperplásico e hipertrofiado. Como las lesiones suelen resultar de cambios secundarios a la resorción de tejido óseo, suelen combinarse las intervenciones quirúrgicas plásticas destinadas a aumentar el espacio vestibular o el surco o producir algún tipo de "extensión de borde", con la extirpación de las lesiones. Estas intervenciones debe efectuarlas un cirujano de boca familiarizado con las necesidades de los borres alveolares y del espacio vestibular para aplicar luego la prótesis. Es muy importante que el tejido extirpado se estudie con el microscopio.

Deben construirse nuevas dentaduras con gran cuidado para obtener relaciones céntricas correctas y establecer un buen equilibrio oclusal.

21.- LESIONES IRRITATIVAS CRONICAS:

Se han empleado diversos términos para estas lesiones: epulí fisurados, granulomas y úlceras "proxiéticas". Pueden tener gran sentido para el dentista, y a veces señalar cual es la situación. Sin embargo, estas lesiones son úlceras por accubito, con grados diversos de hipertrofia e hiperplasia.

Etiología:.- Son resultantes de presión anormal de los bordes de la dentadura sobre los tejidos de los surcos bucales. Estas úlceras por decúbito suelen desarrollarse después de que el paciente lleva la dentadura desde hace años; y ocurre sobre todo en pacientes que no han recibido el servicio periódico necesario. Estas lesiones se observan sobre todo en las regiones maxilar y mandibular anterior. En ocasiones pueden extenderse desde la zona molar en un lado de la maxilar superior hasta la zona molar del lado opuesto.

Cuadro Clínico:.- Las lesiones iniciales resultan de resorción del tejido óseo que sostiene la dentadura. Esto puede permitir que partículas de material alimenticio queden interpuestas entre la dentadura y los tejidos de soporte suoyacentes. Con el tiempo se produce hipertrofia e hiperplasia de las fisuras, y la presión excesiva del borde de la dentadura sobre los tejidos de los surcos bucales origina úlceras. Puede producirse una masa voluminosa de tejido hipertrofiado y el borde de la dentadura pueden apoyar en la zona central de las úlceras sin causar molestia intensa.

Las úlceras por decúbito en el surco maxilar inferior son reacciones particularmente dolorosas productivas-inflamatorias. Cuando se ha producido resorción extensa de las apófisis de los bordes alveolares, pueden formarse fisuras o pliegues, el borde de la dentadura suele apoyar en el pliegue que se halla cerca de los tejidos que sostienen la prótesis.

Cuando se ha producido úlcera por compresión y la irritación microbiana ha superado la capacidad de adaptación de los tejidos, el paciente sufre dolor. Cuando hay infección secundaria de la zona afectada y linfadenopatía, las úlceras por decúbito pueden simular un proceso neoplásico.

Estas lesiones tienen importancia porque pueden interferir con la retención última de las dentaduras. También originan resorción anormal de los tejidos óseos de sostén, que en algunos casos pueden sufrir degeneración maligna.

Tratamiento:.- Los corticosteroides, en aplicación tópica, no deben utilizarse para tratamiento definitivo de la inflamación que acompaña a lesiones originadas por dentaduras que se adaptan mal. Estos agentes terapéuticos solo suprimen los cambios inflamatorios de manera temporal, sin combatir la causa. Los corticosteroides también pueden enmascarar las verdaderas características del cuadro patológico y, por lo tanto retrazar el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

La fase inflamatoria aguda de estas lesiones debe tratarse primero en forma conservadora. Pueden aplicarse localmente un antimicrobiano ligero y hacer lavados de boca con solución salina tibia o' con solución de bicarbonato. La dentadura debe quitarse y no volverse a poner hasta que hayan desaparecido los síntomas.

El tratamiento definitivo consiste en la extirpación quirúrgica del tejido hiperplástico e hipertrofiado.

Como las lesiones suelen resultar de cambios secundarios a la resorción de tejido óseo, suelen combinarse las intervenciones quirúrgicas plásticas destinadas a aumentar el espacio vestibular o' el surco, o' producir algún tipo de "extensión del borde", con la extirpación de las lesiones. Estas intervenciones de be efectuarlas un Cirujano de boca familiarizado con las necesidades de los bordes alveolares y del espacio vestibular para aplicar luego la prótesis. Es -- muy importante que el tejido extirpado se estudie -- con el microscopio.

Deben construirse nuevas dentaduras con gran cuidado para obtener relaciones centricas correctas y establecer un buen equilibrio oclusal, ayudar a conservar - la integridad de los tejidos que sostienen las dentaduras, y reducir al mínimo la posibilidad de que se repita una lesión similar.

C A P I T U L O V I

YATROGENIAS PROVOCADAS POR EL EMPLEO DE FARMACOS:

Los fármacos empleados en el campo de la odontología, son de gran ayuda, durante el preoperatorio, trans y postoperatorio. Realmente no son muchos los empleados pero los usuales, brindan un margen de seguridad para poder ser administrados, sin embargo también dentro de su uso a dosis superiores a las indicadas o algún rechazo del organismo hacia alguno de los componentes del medicamento son altamente perjudiciales. Por lo tanto considero que el Cirujano Dentista debe tener amplios conocimientos sobre los mismos, así como saber el funcionamiento del organismo de nuestro paciente ya que por ejemplo : al administrar alguna droga como es el anestésico éste va a ser eliminado por determinados órganos o sistemas que deberán de estar en perfecto estado para llevar a cabo la función de eliminación etc.

Así podríamos mencionar otros casos, pero lo importante o lo que nos interesa es conocer la yatrogenia debidas a la administración de medicamentos en los pacientes.

Las principales causas por la que pueda existir complicaciones o accidentes durante el uso de los diferentes medicamentos podríamos citar los siguientes:

- 1).- Cuando se administra al organismo una cantidad superior a la indicada.
- 2).- Cuando la persona es alérgica a cualquiera de los componentes de dicho medicamento.
- 3).- Cuando no se toma en cuenta el estado actual del paciente y existe contraindicación para un determinado fármaco.

4).- cuando no se toma en cuenta alguno(s) de los --
conceptos siguientes:

- a).- Raza
- b).- sexo
- c).- Peso
- a).- Temperamento
- e).- Ambiente
- f).- Vía y momento de la administración
- g).- Herencia
- n).- Edad

A continuación mencionaremos los fármacos más em-
pleados en el ejercicio de la práctica dental, y
(las) las posibles yarrogenias que se presentan -
con el uso de cada uno.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| A) Drogas analgésicas | Analgésicos que producen
adicción.
Analgésicos que no produ-
cen adicción. |
| B) Tranquilizantes | mayores
Moderados
Menores |
| C) Histaminas y Antihistaminicos | |
| D) Anestésicos | Generales
Locales |
| E) vasopresores o' Vasoconstrictores | |
| F) Desinfectantes y Antisépticos | |
| H) Antiinflamatorios | |
| I) Pastas Dentífricas y Colutorios. | |

A). - Drogas Analgésicas:

El alivio del dolor es uno de los grandes objetivos de. Cirujano Dentista ya que es la principal causa por la que acude el paciente al consultorio. Las drogas empleadas para este fin son los analgésicos.

Analgésicos que producen adicción:

Realmente todos los analgésicos de este -- grupo son básicamente iguales, semejantes, son de gran potencia por ello su administración debe ser en casos excepcionales y con todos los cuidados que se requieran y se deben conocer las características farmacológicas perfectamente.

Estas drogas el principal problema que nos presentan es que producen adicción que conduce progresivamente a la toxicidad por sobre dosis y alteraciones peligrosas de funcionamiento corporal.

Cuadro Clínico:.- La intoxicación por este tipo de drogas presenta el siguiente cuadro que con algunas diferencias se puede - decir que es general para todas ellas:

- a). - excitación y depresión del sistema nervioso central con depresión selectiva del centro respiratorio.
- v). - Respiración lenta, superficial y suspirante, seguida de inconciencia, cianosis y contracción pupilar.
- c). - A medida que la depresión avanza, la respiración se vuelve lenta y entrecorrida, la prostración aumenta se pierden los reflejos y se produce relajación-

muscular.

- d).- La piel se encuentra palida, fria y -
humeda y las pupilas se dilatán.
- e).- Los latidos del corazón, se tornan len-
tos al principio, después irregulares
y débiles.
- f).- La presión arterial cae, pueden produ-
cirse convulsiones poco antes de la -
parálisis y muerte.

Tratamiento:- Los signos arriba señalados
van marcando su aparición en escala, por -
lo tanto el tratamiento consiste en ir --
tratando cada uno de los síntomas que se -
presentan desde el principio, para que no
continúen avanzando.

Analgesicos que no producen adicción:

este grupo de drogas abarca las de uso más
frecuente. Esto se explica por las propie-
dades que las caracterizan:

- a).- Efectividad
- b).- Amplio campo de acción
- c).- Fácil disponibilidad
- d).- Bajo costo
- e).- Escasa toxicidad.

Además de sus propiedades analgesicas mu-
chas drogas de este grupo son antipireti-
cas, antiinflamatorias, antirreumáticas y
favorecen la uricosuria.

Entre los fármacos de este grupo tenemos:

- a).- Los salicilatos
- b).- Derivados de la anilina
- c).- Derivados de la pirazolona

a). - Salicilatos: - Aunque los salicilatos son drogas muy seguras pueden producir efectos tóxicos graves que incluyen reacciones mortales, son especialmente peligrosos en los niños, y según estadísticas al respecto, constituyen la principal causa de envenenamiento en los niños menores de 3 años, su uso prolongado, produce un cuadro de salicilismo, estado, que se caracteriza por zumbido de oídos, vértigos, intensos dolores de cabeza y confusión mental si este trastorno cursa sin diagnóstico, ni tratamiento puede progresar hasta convertirse en una seria intoxicación caracterizada por hipersinica, irritación gastrointestinal, perturbaciones en el equilibrio ácido-base y púrpura (hemorragias periculiales); Además no está comprobado que la tendencia a hemorragias puede resultar de la interferencia en la formación de protombina o bien en casos raros de una disminución en el número de plaquetas.

Finalmente en algunas personas se observan fenómenos de alergias a los salicilatos que se manifiestan por reacciones anafilácticas de tipo urticario o anmatiforme. Aunque son raros, se han registrado algunos casos fatales.

o). - Derivados de la Anilina: - Aunque raras veces hay reacciones tóxicas serias al uso prolongado de esta droga puede pro

vocar anemias hemolíticas, acidosis y fenómenos de metanemoglobinemia, además pueden causar intensa cefalea, úlcera péptica y trastornos hematológicos.

c1. - Derivados de la Pirazolona:

En una de sus presentaciones se ha provocado agranulocitosis en buen número de pacientes, también se ha observado en muchos pacientes erupciones cutáneas, irritación ulcerosa gastrointestinal, aprasia de la médula ósea, -tendencia a la hemorragia e ictericia.

Existen otros trastornos que se presentan por la administración de estos fármacos como son:

mareos, sedación, somnolencia, excitación neurológica, insomnio.

El cuadro alérgico de la sobredosis es semejante al de los verdaderos narcóticos menos el problema adicional de las convulsiones.

En esta primera clasificación de las complicaciones que trae consigo un determinado fármaco, cabe señalar que la yatrogenia se va a presentar, cuando el Cirujano Dentista no efectúa la Historia Clínica completa o que por falta de datos de la misma no conoce el estado de salud o enfermedad del organismo del paciente y manda algún fármaco que está totalmente contraindicado para la salud de la persona y puede desencadenar algún cuadro clínico patológico, antes mencionado o por el contrario -

existe el problema que el Dentista no tiene el suficiente conocimiento sobre la composición y manejo de los fármacos empleados y llega a ocasionar más complicaciones ya que de por sí el medicamento mismo posee propiedades que lo hacen peligroso o bien el organismo rechaza el componente o componentes del medicamento, presentándose un estado alérgico que puede ser mortal.

DROGAS HIPNOTICAS

Los hipnoticos comprenden muchas drogas capaces de producir un cuadro de depresión del S.N.C. muy parecido al sueño natural.

Estas drogas al ser administradas es raro que produzcan urticaria, reacciones alérgicas o alteraciones neurológicas con la posología habitual.

La intoxicación se debe a que se administran cantidades superiores a las indicadas y se va a manifestar por:

Depresión respiratoria progresiva, en algunos casos en pacientes agitados, febriles o ancianos los barbitúricos pueden provocar una respuesta contradictoria que se caracteriza por fenómenos de hiperexcitabilidad.

El principal riesgo en el uso generalizado de barbitúricos es su acción sinérgica con otras drogas de empleo común como ocurre con el alcohol y los antihistamínicos en este caso puede producirse una depresión brusca e inesperada de las funciones vitales.

Estas drogas como el hidrato de cloral, es muy irritante de la mucosa digestiva, por lo tanto no debe darse a pacientes con úlcera gastroduodenal, también puede presentar estados alérgicos en pacientes cuyo organismo no toleran este tipo de drogas hipnoticas.

El Tratamiento:- Consiste en el empleo de estimulantes moderados junto con buena oxigenación y el mantenimiento de un equilibrio electrolítico adecuado.

HISTAMINICOS Y ANTIHISTAMINICOS

Se conoce con el nombre de antihistaminicos, al grupo de drogas capaces de bloquear los efectos de la histamina a nivel de los diversos receptores. Son también útiles como sedantes y tranquilizantes.

El amplio campo de acción y margen de seguridad lo -- han llevado a ser un fármaco de mucho uso en la odontología.

Los efectos colaterales aunque suelen ser leves, pueden presentarse de improviso y con carácter grave; -- son bastante comunes la incapacidad, para concentrarse y el mareo, los mareos y trastornos de la coordinación. Puede haber reseca de la boca, faringe y mucosa bronquial, con tos seca irritante.

Muchas veces aparecen defectos gastrointestinales, -- desagradables, en vista de la acción anticinética de muchos antihistaminicos.

En ocasiones pueden ocurrir fenómenos vasovagales con episodios sincopales y raras veces otras reacciones extrañas, con alergia, narcolepsia, fiebre y dermatitis.

La aplicación tópica es de valor discutible y puede -- acarrear hipersensibilidad.

En comparación con otras drogas eficaces los efectos -- tóxicos de la mayoría de los antihistaminicos son muy benignos, sin embargo los estudios recientes en animales han revelado que la Hioroxizina, la Mecizina y -- la Vuelizina en altas dosis producen anomalías fetales.

-ANESTESICOS GENERALES Y LOCALES-

1).- ANESTESICOS GENERALES:

Realmente la anestesia general se usa poco en el consultorio dental, pero cuando se usa los más empleados son:

- a).- Oxido nítrico
- b).- Eter Dietílico (ocasionalmente)

El uso de este método requiere maestría, conocimiento y habilidad que la mayor parte de los restantes.

- a).- Oxido Nitroso:.- Este gas está caracterizado por producir una analgesia entre buena y excelente, con muy pocos efectos tóxicos, pero las alucinaciones, la agitación que regularmente provoca, cualquiera que sea la concentración pueden originar cuadros de hiperexcitabilidad perjudiciales con salud precaria.

El Trilene:.- Este es uno de los analgésicos más poderosos que se usan en la actualidad, pero también uno de los más peligrosos, es capaz de desencadenar arritmias cardíacas, incluso en concentraciones bajas y se conocen casos de paro cardíaco durante la fase de la analgesia, estos accidentes pueden observarse aún en pacientes conscientes cuando se producen aumentos bruscos en la concentración del gas. La apnea, es otro de sus efectos inaseables.

Eter Dietílico:.- Es una droga muy potente

que puede producir inconciencia rápidamente, se usa para conseguir períodos breves de anestesia general.

El exceso de saliva y la hipersecreción mucosa crean problemas en la cavidad y exarbor bronquial y puede haber paro respiratorio cuando se prolonga la anestesia.

Debe mencionarse que cuando se emplean durante períodos largos (más de 30 minutos) produce daños serios en el hígado y en los riñones, los que incluso pueden ser mortales.

Existen otros gases (anestésicos generales) tales como el "Floruxeno", "Metoxifurano", etc. que también presentan sus graves riesgos al ser utilizados, tales como: que son inflamables son cardiotoxicos, con estrecho margen de seguridad; otro tipo de lesión hepática, difusión de los túbulos renales, a veces con resultados fatales, aunque esto se atribuye más que nada a las anestésicas prolongadas y profundas en pacientes obesos o ancianos; para los odontólogos reviste particular interés el hecho de que la administración del metoxifurano en un paciente sometido a un tratamiento con tetraciclinas puede llevarlo a la muerte por insuficiencia renal.

Al llevar a cabo el uso de cualquiera de estos anestésicos generales y tomar en cuenta los accidentes que se pueden presentar en el momento, se resume que al administrarlos debe ser esto posteriormente al desarrollo de:

- 1).- La historia clínica para conocer el estado del organismo del paciente al-

al que se le administra, así como mencionamos anteriormente los órganos y sistemas por el cual va a ser eliminado.

- 2).- Que esta anestesia sea manejada por -- personas de experiencia y conocimientos completos y que se cuente con el equipo y material completo y adecuado.

2).- ANESTÉSICOS LOCALES:

La mayoría de los anestésicos locales son ésteres de ácidos aromáticos, que contienen habitualmente, un grupo amino y alcoholes aminoalifáticos, los ortoamino, paraamino, y metaaminobenzoico, - junto con los ésteres de ácido benzoico, son los compuestos predominantes; tales ésteres son hidrolizados principalmente en el plasma o' en el hígado por acción de las esterasas. Los derivados de la anilina como la Lidocalna, Procalna, Mepivacalna, constituyen otro grupo de anestésicos locales. Estos se metabolizan y dependen de la eliminación renal y de su redistribución hacia los tejidos no sensibles.

En la mayoría de los casos el aumento de potencia se acompaña de un aumento concomitante en la toxicidad del producto.

La anestesia local, tiene por objeto inhibir temporalmente la conducta nerviosa, su efecto depende fundamentalmente de la velocidad con que penetra en la vaina nerviosa en concentraciones suficientes.

La toxicidad es una cuestión relativa, un anestésico local puede causar episodios más frecuentes y hasta más intensos que otro, pero no ser peligroso ni letal a pesar de todo.

Etiología de la Toxicidad:- La toxicidad, por sobredosis, consecuencia de un nivel sanguíneo suficientemente elevado como para afectar los centros vitales, se produce por inyección de volúmenes ex-civos de soluciones demasiado concentradas o' de inyecciones rápidas en zonas vascularizadas.

Estas causas mencionadas arriba, son las consideradas como complicaciones o' accidentes durante el uso del anestésico local.

Cuadro Clínico:- Los primeros síntomas de intoxicación derivan de la estimulación de la corteza cerebral y se caracterizan por inquietud, aprensión, excitación y a veces convulsiones.

Con determinados anestésicos se presentan otros tipos de síntomas como son: depresión cortical, letargos, somnolencias y sueño.

Si la respuesta tóxica es de grado moderado o' grave a la fase corticocerebral, le sigue otra de estimulación bulbar, con hipertensión arterial, taquicardia y aumento de la frecuencia respiratoria, también puede haber náuseas y vómitos.

La fase final es una depresión bulbar directamente proporcional a la intensidad de la estimulación previa, la presión arterial cae, el pulso se torna lento y filiforme y la respiración se debilita o' cesa. En la mayoría de los casos de muerte por dosis exageradas de anestésicos locales se debe a fenómenos de paro respiratorio.

Se considera que es raro que los anestésicos locales produzcan verdaderas reacciones alérgicas; sin embargo el Shock Anafiláctico, se manifiesta por una calda repentina y violenta del tono muscular (presión sanguínea y pulso), constituye el más temible y peligroso de las posibles reacciones posibles y la muerte puede ser inevitable aun que el tratamiento sea rápido y adecuado.

Considerando que en la práctica dentaria de los anestésicos más usados son la Procaína y la Xilocaína, a continuación estudiaremos las reacciones alérgicas producidas por cada uno de ellos:

Procaína:- En la actualidad, los accidentes por procaína son menos frecuentes, porque aparecieron otros anestésicos locales más eficaces, con reacciones colaterales y manifestaciones alérgicas menores.

A veces ocurren, edema de la laringe y trastornos respiratorios. Más tarde puede haber edema generalizado. Este hinchamiento no se acompaña de mayor producción de calor.

Algunos pacientes pueden mostrar gran hinchamiento de la región anestesiada. Los pacientes sensibles a este anestésico suelen ser alérgicos a otros medicamentos cuya estructura fundamental es la del ácido para-aminobenzoico. "Ricckles" observó que la prueba intradérmica, era fidedigna para la evaluación de la hipersensibilidad a la procaína u otros anestésicos.

Las reacciones más graves a la procaína consisten en temblores musculares, convulsiones tónicas y clónicas, gran excitación, pulso rápido y pérdida del equilibrio y desmayo, vómitos y delirio.

Tratamiento:- La frecuencia cardíaca puede aumentar, y la respiración se torna rápida y superficial. Estos síntomas indican alteración del sistema nervioso central. Si se observan signos de excitación del sistema nervioso central, está indicada la inyección intravenosa de Pentobarbital. También debe recurrirse a respiración artificial y oxigenoterapia.

En ocasiones los síntomas alérgicos se presentan

pocos segundos después de administrar el fármaco. Las primeras manifestaciones pueden ser prurito o estornudos, y a veces hay datos de colapso -- circulatorio. Cuanto más pronto se administre -- 0.5 ml de adrenalina al 1 por 10000, por vía subcutánea, mayores serán las probabilidades de recuperación. Si es necesario, puede repetirse esta dosis al cabo de cinco minutos.

Los antihistamínicos son demasiado lentos para que puedan emplearse para combatir una reacción aguda.

El hinchamiento relacionado con la alergia a la procaína no es de peligro. En general desaparece espontáneamente en 24 a 48 hrs., como otros edemas alérgicos, la región no es caliente al tacto. La administración de Hialuronidasa puede acelerar la recuperación.

Una reacción frecuente es el Síncope; aunque los factores psíquicos desempeñan un papel importante en el síncope benigno, ciertos estudios recientes indican que esta reacción podría relacionarse con la inyección intravascular de parte del anestésico y del vasoconstrictor. Por esta razón, -- siempre debe emplearse una jeringa del tipo de aspiración. Hay que tomar la misma precaución -- con cualquier solución anestésica local.

Xilocaína:.- Las reacciones alérgicas son más raras, con los agentes anestésicos locales que contienen amidas, como lidocaína, clorhidrato de mepivacaína y fenacaína, que con la procaína de empleo antiguamente generalizado, anestésicos semejantes con la estructura del ácido paraaminobenzoico. Cabe observar cierta reacción cruzada entre la lidocaína y anestésicos parecidos, pero -- es un hecho raro.

En la literatura van aumentando las observaciones sobre hipersensibilidad a la lidocaína; pero se se toma en cuenta el número de inyecciones aplicadas por dentistas y médicos, se trata de un fenómeno rarísimo. Pueden consistir en urticaria generalizada.

Morisset encontró una reacción anafiláctica mortal a la Lidocaína después de inyectar 0.8 ml de solución al 2 por 100 con 1 a 50000 de adrenalina. En el minuto que siguió a la inyección, el paciente tuvo un vahído, perdió el conocimiento y presentó convulsiones.

A diferencia de la procaína, la lidocaína parece deprimir el sistema nervioso central en lugar de estimularlo.

Sin embargo las reacciones colaterales que acompañan a la administración de un fármaco no son siempre alérgicas. A veces, lo que parece ser una reacción al anestésico es una realidad, una hipersensibilidad al preservador utilizado en la preparación del mismo.

Es muy importante hacer mención a lo anteriormente expuesto, cuando decimos que es indispensable la historia clínica del paciente al que se le administra el anestésico y el conocimiento total -- del medicamento empleado; tanto sus propiedades -- como el componente del mismo.

--TRANQUILIZANTES--

Estos agentes pueden suprimir la ansiedad y modificar trastornos de la conducta en dosis que no alcanzan a ser profundamente hipnóticas, características muy convenientes para la práctica Odontológica. Pero la extraordinaria fama de potencial de acciones múltiples, vagas respuestas que se superponen, los efectos colaterales, extraños y a menudo graves, así como las complejas interrelaciones farmacológicas en toda clase de drogas, obligan a adoptar un enfoque prudente y restrictivo en las aplicaciones Odontológicas y Médicas; tanto que se puede decir que a partir de este grupo de drogas nació y se viene nutriendo toda especialidad médica nueva: "La Yatrogenia".

Los tranquilizantes actúan en múltiples sitios del sistema nervioso central y producen sedación, actividad antipruriginosa, actividad antiemética, actividad antihistaminica, actividad antiserotónica, actividad alfaadrenérgica, potenciación y analgesia, controlan espasmos y convulsiones.

Se clasifican en:

- a).- Tranquilizantes mayores
- b).- Tranquilizantes moderados
- c).- Tranquilizantes menores

a).- Tranquilizantes mayores:-

Rauwolfias:.- Aunque relativamente débiles en cuanto a toxicidad directa, se les considera tranquilizantes mayores por su potencia y también por su mecanismo de acción indirecto, retardado y prolongado.

Ocasiona muchos efectos colaterales autónomos mo-

leptos: miosis, bradicardia y acrecentamiento de la actividad gastrointestinal, (lo que lo hace incompatible con pacientes ulcerosos); obstrucción nasal con edema de mucosa, instalación de una hipotensión grave.

Butirofenomas o' Neurolepticos:- La toxicidad es relativamente fuerte en cuanto a sus alcances o' intensidad, aunque solo difiere en la frecuencia.

Los síntomas más comunes son los síndromes extrapiramidales, siguiéndole los problemas hematopoyéticos y cardiovasculares.

Las reacciones alérgicas cutáneas, la fotosensibilidad y la ictericia son leves y raras veces ocurren, estos agentes juntamente con un analgésico potente, constituyen la base de la técnica de la neuroleptoanalgesia.

Fenotiacinas:- Estas se usan en la práctica Odontológica principalmente como tranquilizante y como antiemético.

La toxicidad o' efectos solaterales son: síndrome, extrapiramidales.

Acatisia y Distonía:- La acatisia se caracteriza por mucho y una irresistible necesidad de estar en movimiento, es un cuadro frecuente que se produce por alteración del sistema extrapiramidal.- El síndrome distónico incluye la aparición de tos, hipertono y espasmos de los músculos de la cara, la lengua y el cuello.

Ocurre casi en el 10 % de los pacientes bajo terapéutica prolongada con fenotiacínicos y las sacudidas musculares rítmicas e intermitentes pueden acompañarse de ansiedad y transpiración profusa.

La acatsia y la sistomia son cuadros tóxicos no muy peligrosos y susceptibles a ser controlados con drogas antiparhensoniano, no obstante son desagradables y a menudo aterrojan al paciente.

b).- Tranquilizantes moderados:

Clordiazepoxido:- Ejerce efectos sedantes e hipnóticos sobre el S.N.C. y tiene acción selectiva sobre el tálamo e hipotálamo donde se cree está radicado el mecanismo que explica su capacidad para suprimir nuestras tendencias ansiosas y agresivas, además atenúa la actividad colinérgica y adrenérgica del S.N. periférico tendiendo -- así a reducir la presión sanguínea y la tensión.

Diazepan:- Tiene menos efecto sobre el sistema nervioso central pero tampoco es supresor periférico. Actúa a nivel de Talamo h Hipotálamo, lo cual realiza un efecto antiansioso.

Oxepan:- Tiene todos los atributos del Diazepan pero al parecer sus propiedades anticonvulsivas son menores.

Flurazepan:- Se prescribe por sus efectos hipnóticos y su toxicidad es muy baja.

Las Diazepinas registran casos de diosureasias, las manifestaciones alérgicas son raras y de naturaleza leve. El uso incorrecto del "Valium" -- Diazepan) ha dado lugar a profunda depresión acompañada de ideas de tentativa de suicidio.

c).- Tranquilizantes menores:

Carbanidas, ureidos y alcoholes superiores:- Estos tranquilizantes menores son de naturaleza se

dante y anticonvulsiva, y reducen el tono del músculo esquelético sin influir mayormente sobre el sistema neurovegetativo.

Estas drogas, presentan tres propiedades farmacológicas fundamentales:

- a).- Depresión del S.N.C.
- b).- Relajación muscular
- c).- Acción anticonvulsiva.

A pesar de su aparente inocuidad, la habituación y la adicción (en todos los casos de pacientes - que ingieren dosis masivas durante un período -- largo o' prolongado) no son desconocidas, entre los miembros de este grupo químico menor y más - bien inofensivo. Sin embargo la adicción no es - difícil de combatir y los síntomas de abstenencia son leves y no dejan secuelas si se va apartando el paciente poco a poco. Sin embargo la -- suspensión súbita en el adicto puede dar síntomas tóxicos graves como: tics, convulsiones, y otras exacerbaciones irritativas del S.N.C.

Depresores del S.N.C. :- La trimetobenzamidas, - se conoce ampliamente por sus propiedades antieméticas, parece ser muy bueno y menos tóxico que otros; realmente su toxicidad es mínima.

VASOPRESORES Y VASOCONSTRICTORES:

Son drogas que forman parte de la mayoría de las soluciones para anestesia local utilizadas en la práctica Dental.

Todos los compuestos simpaticomiméticos como vasoconstrictores en odontología proporcionan resultados satisfactorios; los más eficaces son la "Adrenalina" y "Noradrenalina".

Aquí en este capítulo es muy importante mencionar que se deben tomar todas las medidas de prevención cuando se trata de administrar a un paciente cardíaco un -- anestésico con vasoconstrictor y además en pacientes con ansiedad y stress provocado por el dolor, ya que existe una descarga de adrenalina endógena.

Muchas de las reacciones generales serias atribuidas a los anestésicos locales se deben en realidad a las drogas vasoconstrictoras.

Los síntomas básicos producidos por la sobredosis de un vasopresor son: palpitaciones, taquicardia, hipertensión y dolor de cabeza.

Las verdaderas manifestaciones alérgicas a las drogas vasoconstrictoras son extremadamente raras y no existen. Cualquier reacción directa atribuible a esos agentes se debe a sobredosis o' idiosincracia.

Como en los casos anteriores la Yatrogenia se debe a que el Cirujano Dentista carece de conocimientos tanto del funcionamiento del organismo del paciente, como de los fármacos y componentes del mismo y que no realiza una Historia Clínica adecuada.

El Tratamiento:.- Consistirá desde un punto de vista preventivo y en caso de que se descubra una cardiopatía, en lugar de administrar vasoconstrictor serán administrados vasopresores.

- ANTIBIÓTICOS -

Los antibióticos son tema de gran discusión en su empleo en la práctica odontológica. Por un lado se defiende su uso, mientras que por otro lado no se recomienda, ya que aumenta la resistencia de las bacterias cuando éste se usa indiscriminadamente, y por la gran cantidad de reacciones alérgicas y tóxicas que se presentan durante su uso.

Considerando los accidentes y complicaciones que pueden presentarse en el momento y después de administrar el antibiótico al paciente, se debe mencionar que debemos tomar las medidas necesarias para que no se pueda presentar una yatrogenia.

Entre los diferentes tipos de toxicidad que se pueden presentar por el uso de algún antibiótico tenemos:

- 1).- Anafilaxia.- Shock o' colapso cardiovascular -- agudo.
- 2).- Alergia simple.- Edema, erupciones, urticaria, etc.
- 3).- Alteraciones auditivas.- Lesión del VIII par y del nervio coclear.
- 4).- Reacciones Hematopoyéticas.- Anemia aplásica.
- 5).- Reacciones renales y hepáticas.- Lesión tubular renal y necrosis hepática.
- 6).- Superinfección.- Modificación de la flora bacteriana normal, cambios degenerativos en la mucosa intestinal, desarrollo exagerado de hongos, diarrea crónica y persistente.

A continuación presento una lista de antibióticos más comunes:

Penicilina: Se considera como uno de los antibióticos más efectivos, continúa siendo el más importante

de éstos, pero también tiene una gran potencia alérgica.

Las reacciones alérgicas que conocemos mejor son las debidas a la penicilina, porque este antibiótico se utiliza ampliamente desde hace mucho tiempo.

La penicilina es el menos tóxico de todos los antibióticos, pero las reacciones alérgicas son lo bastante frecuentes y graves para ameritar un interrogatorio -- cuidadoso en cualquier paciente acerca de posibles -- reacciones o efectos colaterales, previos. Las reacciones anafilácticas suelen observarse después de la administración intramuscular de penicilina con procaína. Los pacientes con antecedentes generales alérgicos son los que más a menudo muestran manifestaciones alérgicas. Como para cualquier otro antibiótico, solo debe administrarse penicilina cuando existen claras - indicaciones para ello. Aunque la penicilina sea un agente terapéutico de gran eficacia cuando se prescribe en la forma debida, es preciso evitar su aplicación indiscriminada.

Entre los efectos colaterales más indeseables que puede presentar se encuentra el Shock anafiláctico.

Otro efecto colateral frecuente es una urticaria variable en la piel del cuerpo. Son comunes, y en ocasiones espectaculares, el edema angioneurótico y las reacciones urticarianas de la cara. Otros efectos colaterales que pueden aparecer en pacientes hipersensibles a la penicilina son la queratitis y la estomatitis difusa. Los tejidos son de color rojo intenso, apareciendo gran número de pequeñas erosiones dolorosas, - hasta verdaderas úlceras.

El paciente puede sufrir dolor lingual con exfoliación de las papilas filiformes. Un efecto colateral - inquietante, pero que no requiere la suspensión de la terapéutica, es la aparición de lengua negra vellosa. Los pacientes que desarrollan lengua negra al emplear

cualquier antibiótico suelen mostrar otra vez el trastorno en caso de una nueva administración.

Pueden reducirse o' casi eliminarse las reacciones alérgicas a la penicilina parental prescribiendo el antibiótico "solo cuando" existen indicaciones terapéuticas claras y "solo después" de interrogar al paciente acerca de una posible hipersensibilidad. Si se obtienen antecedentes positivos o' dudosos, debe recurrirse a algún otro antibiótico.

Tratamiento:- Las reacciones alérgicas leves pueden tratarse con cualquiera de los antihistamínicos después de suspender la antibióticoterapia. En las reacciones graves debe recurrirse a adrenalina. Es necesario un tratamiento inmediato para vencer la reacción anafiláctica. Ese tipo de tratamiento difícilmente -- puede realizarse en el consultorio del dentista. La penicilina carece de utilidad por la lentitud de su acción.

El consejo sobre terapéutica odontológica de la American Dental Association no recomienda ni acepta las variedades de penicilina de uso local.

Cefalosporinas:- Los antibióticos elaborados por el hongo Cephalosporium son los más conocidos. Sus acciones, espectro y reacciones son similares a los de las penicilinas y se pueden prescribir a pacientes alérgicos a esta última. Tiene un poder bactericida muy potente.

En la actualidad estas drogas hallan su principal -- aplicación como sustitutos de la penicilina en pacientes alérgicos con infecciones graves.

Eritromicina:- Este agente es muy eficaz sobre los gérmenes granpositivos, no es tan poderoso pero en -- cambio es mucho más seguro.

En raras ocasiones produce fenómenos de resistencia - bacteriana o' de hipersensibilidad.

La toxicidad de la eritromicina es mínima, pero a veces causa reacciones dermatológicas menores y cierta distención intestinal; por lo tanto se pueden presentar diarreas y signos leves de irritación gastrointestinal. Se ha relacionado al estado de eritromicina con ictericia calostática.

Lincomicina:- Es un antibiótico aislado del hongo - Streptomyces Lincolnisio, actúa como bactericida frente a los germenés gram-positivos, se utiliza en endodoncia y en odontología general.

No se conoce hasta ahora reacciones graves de hipersensibilidad (edema angioneurótico, anafilaxia etc.).

Los trastornos gastrointestinales son las manifestaciones tóxicas más frecuentes.

Tetraciclina, Clortetracilina (Aureomicina), Oxitetraciclina (tetramicina) y Metacilina:-

Son los agentes más importantes de un grupo de antibióticos que se caracterizan por tener un amplio espectro de actividad. Estos son bacteriostáticos, por lo tanto no son tan eficaces ni rápidos para tratar infecciones graves.

El efecto secundario de mayor peligro e importancia - en caso de utilización de tetraciclinas es la supresión de la flora bacteriana normal del tubo digestivo. Por su estructura química, los antibióticos del grupo de la tetraciclina son agentes quelantes del aluminio y del magnesio. El empleo de este tipo de antibióticos en pacientes que reciben antiácidos a base de aluminio y magnesio no parecen aconsejables. Los efectos tóxicos.

Los efectos tóxicos se manifiestan habitualmente por-

síntomas gastrointestinales: náusea, vómito y diarrea, los cambios que producen en la flora intestinal facilitan la proliferación de monilias, que originan entre otros casos diarrea resistente.

La ingestión de tetraciclina en la mujer embarazada, puede originar en el feto defectos en el desarrollo dentario, acompañados de una decoloración amarillenta, que persiste durante toda la vida, ya que la tetraciclina se fija en los cartílagos del crecimiento y desarrollo.

Además el empleo de los antibióticos de este grupo puede significar cambios inflamatorios de la mucosa bucal. La administración tópica o parental va seguida en ocasiones de queilitis, una estomatitis difusa con glositis.

Los síntomas comunes son sequedad de boca con ardor, dolor y prurito. Estos pacientes pueden presentar lesiones que hagan pensar en estomatitis herpética aguda. Si el clínico no tiene presente estas reacciones alérgicas, puede incurrir en el error de prescribir otros antibióticos.

Estreptomicina y Dihidroestreptomicina:.- Las reacciones tóxicas y rápido desarrollo de resistencia bacteriana han caracterizado a estas drogas, son importantes para tratar infecciones Gram-negativos, como la Tuberculosis y las infecciones que responden a otra quimioterapia.

La administración de estreptomicina puede acompañarse de erupción medicamentosa o dermatitis. Asimismo, otra reacción indeseable con el uso de Estreptomicina o Dihidroestreptomicina es "la parestesia circumbucal". La administración prolongada de estreptomicina puede dar lugar a cambios degenerativos del nervio auditivo. Las alteraciones tóxicas que afectan "la rama vestibular del Octavo par" suelen deberse a la estreptomicina;

en cambio, la dihidroestreptomina produce habitualmente trastornos tóxicos de la rama "Coclear".

Esta terapéutica puede dar lugar también a una variedad grave de estomatitis eruptiva. Se han observado edema de los labios y úlceras superficiales de la mucosa labial y la lengua.

Estos síntomas pueden aparecer algún tiempo después de suspendida la terapéutica con estreptomina.

Cloranfenicol:- Se caracteriza por un amplio campo de acción, Gram-positivos, Gram-negativos, Rickettsia, Salmonelas y algunos virus grandes.

Su toxicidad produce lesiones graves de la médula ósea, a menudo irreversibles, caracterizada por aplasia con anemia y granulocitosis, otros efectos desfavorables son la hipoplasia transitoria de la serie eritroide y trastornos gastrointestinales.

Además después de administrar cloranfenicol, se han señalado reacciones raras, pero que pueden ser graves e incluso mortales como púrpura trombocitopenia, neutropenia maligna.

Joy y Col encontraron neuritis óptica y periférica a consecuencia de administración prolongada de cloranfenicol.

También se han observado estomatitis difusa, faringitis y glositis.

Casi la mitad de las reacciones de tipo anemia aplásica se producen en pacientes jóvenes.

El tratamiento es más difícil que en las reacciones anafilácticas o las superinfecciones por estafilococos que se observan durante la terapéutica con penicilina.

Neomicina y Kanamicina:- Esta droga, se usa en aplicaciones tópicas o como antiséptico por vía bucal como paso previo en operaciones de tubo digestivo.

Aunque es relativamente inocua, cuando se aplica en la superficie cutánea, la ingestión de neomicina puede producir sobre el nervio auditivo los mismos efectos que la estreptomycinina.

También las dos drogas de este grupo producen alteraciones renales.

Sulfamidas:- Para controlar infecciones:- Existen otros agentes sintéticos, que no son verdaderos antibióticos. Dicho grupo de quimioterápicos incluyen las sulfamidas, las drogas antimicóticas, los antiprotozoarios.

La Sulfadiazina:- Es muy efectiva y poco tóxica; se aplica en las infecciones urinarias.

Sulfadimetoxina:- Es un producto potente y eficaz, se ha responsabilizado de causar el síndrome "Stevens Johnson" (eritema multiforme grave con formación de ampollas en un número limitado de pacientes).

Las sulfamidas deben usarse con cautela en pacientes con enfermedades hepáticas o renales o con obstrucción urinaria o discrasias sanguíneas.

A veces producen erupciones cutáneas y edema angioneurótico, pero el trastorno más común es la precipitación de sus cristales en las vías urinarias que puede evitarse administrando alcalinos.

Nitrofurazona:- Este agente deriva del nitrofurano y es eficaz contra muchos germenés Gram-positivo y Gram-negativos resistentes a los antibióticos comunes.

Su aplicación es tópica en solución o ungüento. Su uso continuo durante diez días o más produce irritación local y a veces una reacción alérgica generalizada.

Se presentan los trastornos cuando la elección es impropia o' por abuso de estos agentes, la dependencia de agentes muy tóxicos, el período de aplicación inadecuado o' prolongado y el no realizar pruebas de identificación y sensibilidad de cultivos.

Novocaina:- Los principales efectos tóxicos atribuidos a este antibiótico son las erupciones cutáneas, la decoloración amarillenta de los epitelios, posibles lesiones hepáticas y discrasias sanguíneas, por ésto y por su espectro reducido es de uso limitado.

- DESINFECTANTES Y ANTISEPTICOS -

Los desinfectantes (matan o' impiden el desarrollo de las bacterias) y los Antisépticos (que evitan nuevos-crecimientos bacterianos) se usan en odontología para reducir las floras patógenas, en el instrumental y en los tejidos vivos.

La misma naturaleza y las propiedades de este grupo es lo que determina su toxicidad, que ejerce un grado variable sobre todas las células vivas.

Muchos de estos agentes (fenoles mercuriales, ácido -bórico, yodo, etc.) son sumamente venenosos y pueden-causar graves síntomas locales o' generales, tanto en aplicación tópica, como cuando se administran por otra vía.

Feno:.- El fenol o' ácido Carbólico, merece ser --considerado en cualquier discusión sobre la toxicidad de las drogas. Su toxicidad es grave cuando su aplicación es profunda en hueso o' tejido blando.

Cuadro Clínico de la Toxicidad:.- Uno de los signos-de la toxicidad sistémica leve es la coloración oscura de la orina.

Los envenenamientos moderados pueden producir delirio, convulsiones, colapso e inconsciencia, mientras que - los graves se manifiestan por edema cerebral, degeneración renal y necrosis hepática.

Etiología:.- En condiciones normales la intoxicación-solo sucede al administrar grandes dosis, en tanto -- que la aplicación local solo origina una necrosis superficial de los tejidos.

Mercurios Orgánicos:.- El naftalene, Merthiolate y - Mercurio cromo, son bacteriostáticos, el mercurio puede provocar efectos tóxicos en muchas personas y en -

casos graves, es capaz de generar destrucciones importantes en el hueso y tejidos blandos, por lo tanto el uso del mercurio debe evitarse en pacientes sensibles a éste.

Yodo :- La tintura de yodo, junto con otras preparaciones ya yodadas, es habitualmente rápida y eficaz para desinfectar los tejidos.

Sin embargo el yodo produce dolor agudo e irritación cuando se aplica en las mucosas lesionadas y los cambios inflamatorios que produce en el borde de las heridas interfiere en su curación y produce adherencias indeseables.

Muchas pruebas bacteriológicas, realizadas demostraron que es superior a otros agentes desinfectantes y que sus efectos tóxicos locales y generales son mínimos.

Acido Bórico :- El ácido Bórico puede ser absorbido a nivel de las mucosas y zonas desnudas, y como carece de efectos irritantes se considera inocuo y lo aplican indiscriminadamente en forma de polvo o soluciones.

Sin embargo al ácido Bórico, es una de las drogas más tóxicas usadas en la actualidad.

Cuadro Clínico :- Los síntomas habituales son: vómito, diarrea, erupción de la piel, hipotensión, hematuria y signos de irritación meníngea, el paciente generalmente muere si se produce colapso circulatorio.

Cloruro de Benzalconio :- Este compuesto es probablemente el mejor y menos tóxico de todos los agentes esterilizantes en frío.

Tiene acciones Queratolíticas, emulsionantes y detergentes; por lo tanto no es necesario el uso del jabón

antes de aplicarlo a instrumentos o' tejidos, la toxicidad es insignificante si se emplea en forma adecuada.

Hexaclorofeno:- Esta forma se usa principalmente bajo la forma de jabón o' crema detergentes para preparar el campo operatorio o' como agente desinfectante para las manos del Cirujano, también se ha incluido en algunas pastas para dientes.

Hay antecedentes de algunos casos de dermatosis consecutivas a su empleo, pero se cree que el trastorno se debe en gran parte a la acción de otros detergentes.

Salas de Plata:- El nitrato de plata y el argerol--son agentes bacteriostáticos tradicionales que han sido reemplazados por drogas mejores o' menos tóxicas.

Pastas Dentríficas y Colutorios:

Todas las pastas dentríficas y colutorios tienen algún detergente y agentes modificadores del sabor. Son capaces de producir reacciones de hipersensibilidad en ciertos pacientes.

Los detergentes del tipo de laurilsulfato de sodio, - sea en pastas o' jabones son a menudo responsables de erupciones cutáneas crónicas, junto con otras respuestas alérgicas.

El adhelido dindmico y el metilsalcilato, dos agentes de empleo común para mejorar el sabor, pueden provocar: Gingivitis, Glosopirosis y síntomas similares en la cavidad bucal.

" C O N C L U S I O N E S "

Considerando que la Yatrogenia es una de las enfermedades más frecuentes en la práctica Odontológica; creo conveniente mencionar los siguientes puntos:

El Cirujano Dentista debe de tener una amplia preparación en todos los aspectos relacionados con:

- a).- El estado general del paciente.
- b).- Medicamentos que prescribe, tomando en cuenta la composición, mecanismos de acción, las vías de -- eliminación, efectos colaterales y posología.
- c).- Materiales que va a emplear (composición química, acción y reacciones).
- d).- Técnicas adecuadas durante cada caso (mencionadas).
- e).- Una comunicación humanística para tratar con cualquier paciente que presente un estado de desequilibrio emocional.

Además necesita contar por un lado con todo el equipo indicado para cada caso a tratar, y por otro con todo lo necesario para resolver los accidentes y complicaciones que se presenten durante la práctica Odontológica.

En base a lo mencionado se puede deducir que se presenta una Yatrogenia cuando el Cirujano Dentista carece de alguno de los puntos expuestos anteriormente.

Por consiguiente podemos concluir que el tratamiento de estas complicaciones será encausado principalmente a una forma prescriptiva que consistirá en una Histo--

ria Clínica, la dedicación y preparación del profesionalista y a la habilidad y destreza que se tenga.

Si necesariamente se ha producido una Yatrogenia, el tratamiento será curativo. (mencionado en cada caso).

" B I B L I O G R A F I A "

1.- " *Cirujía Bucal* "

G. A. Ries Centeno.
Séptima Edición.
Editorial " El Ateneo "
Buenos Aires.

2.- " *Técnica de Operatoria Dental* "

Nicolás Parula
Quinta Edición
Editorial Mundi, S.A.

3.- " *Cirujía Bucal* "

Cost. Ch. - White
Editorial Interamericana.

4.- " *Emergencia en Odontología* "

De Frank M. Mearthy
Editorial " El Ateneo "
Octava Edición
Buenos Aires.

5.- " *Antibióticos y su control mediante Laboratorios.*

M. C. Beyant
Editorial El manual moderno, S.A.

6.- " *Medicina Bucal* "

Diagnóstico y tratamiento
Dr. Lester W. Burket.
Sexta Edición.
Editorial Interamericana.

7.- " Métodos Clínicos de Hutchenson "

Dr. Hunter ·
R. R. Bon Ford
Editorial Salvat.

8.- " Técnica de preparación de cavidades por Moreyra,
- Bernan y Carrer. "