

2ej 589

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EMERGENCIAS EN EL CONSULTORIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A
GUSTAVO DIDIER MONTESINOS CAMACHO
MEXICO, D. F. 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA.

I.- INTRODUCCION.

II.- HISTORIA CLINICA.

III.- EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES.

1).- Enfermedades Metabólicas.

a).- Diabetes mellitus.

b).- Insuficiencia suprarrenal.

2).- Enfermedades Cardiovasculares y cerebrovasculares.

a).- Insuficiencia cardíaca Congestiva.

b).- Manifestaciones de la insuficiencia cardíaca Derecha.

Manifestaciones de la insuficiencia cardíaca Izquierda

c).- Tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

3).- Enfermedades Coronarias.

a).- Angina de pecho (tratamiento)

4).- Infarto agudo de miocardio (tratamiento)

IV.- COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL.

1.- Complicaciones Locales.

2.- Complicaciones sistémicas.

V.- HEMORRAGIAS.

VI.- EMERGENCIAS QUIRURGICAS.

1.- Rotura de agujas por cuerpos extraños.

2.- Lesiones de los dientes permanentes anteriores.

3.- Desplazamientos.

4.- Fractura de la raíz.

5.- Complicaciones del seno maxilar.

a).- Etiología.

b).- Accidentales.

c).- Anatómicas.

VII.- PRIMEROS AUXILIOS.

- 1.- Tratamientos de Urgencias de los Accidentes Respiratorios y Cardíacos.
- 2.- La técnica de Reanimación.
- 4.- Lesiones de Grandes vasos.
- 5.- Métodos de Hemostasis.
- 6.- Lesiones de Cabeza y Cuello.

INTRODUCCION

En la práctica diaria en el consultorio, nos vamos a encontrar con pacientes, que responden de diferente manera a un mismo tratamiento, ya sea que son -- alérgicos a algún medicamento o psicológicamente están predispuestos a estres nervioso, o tienen alguna deficiencia hormonal, glandular, o alteraciones de un órgano, sistema o aparato.

El cirujano dentista debe estar preparado, para resolver cualquier problema - que se presente en el consultorio y darle el tratamiento adecuado.

Esto se logra mediante una historia clínica adecuada realizando un examen - minucioso. Y cuando sea necesario, ordenar los exámenes de laboratorio que sean indispensables para obtener un mejor diagnóstico y por lo consiguiente un mejor tratamiento .

También debemos estar familiarizados en cuanto a los síntomas y reacciones de diferentes tipos de shock que se presenten durante el tratamiento operatorio y administración de medicamentos; saber diferenciar entre un shock '- anafiláctico, un shock hipoglucémico etc. Poder diferenciar entre una he-- morragia capilar y una venosa y dar el tratamiento correcto y efectivo en - cada caso.

En cuanto a los pacientes con problemas cardiovasculares estos merecen un tratamiento especial y estar preparados para resolver cualquier problema que se presente .

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.
HOSPITAL DE CIRUJIA MAXILO FACIAL
HISTORIA CLINICA DEL DIENTE

Expediente Clínico No. _____

Apellido _____ Edad _____ Sexo _____ Empleo _____

Profesión _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Nombre del Cirujano Dentista que elaboró esta Historia _____

ANTECEDENTES	INTERROGATORIO: <input checked="checked" type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Indirecto	
FAMILIARIDAD		
PERSONALES		
FAMILIAR		

HISTORIA CLINICA GENERAL

ESTADO ACTUAL

PROBLEMA
ACTUAL

APARATOS Y
SISTEMAS

SINTOMAS
GENERALES

EXAMENES PREVIOS

TERAPEUTICA
EMPLEADA

DIAGNOSTICOS
PREVIOS

EXPLORACION FISICA

PESO ACTUAL	PESO IDEAL	PESO HABITUAL	ESTATURA	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION

INSPECCION GENERAL

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA.-

El Dentista efectúa la historia clínica después de estudiar el cuestionario de la historia preliminar, lo cual incluye una evaluación más específica de los datos positivos derivados del interrogatorio previo. En la mayoría de los casos es poco el tiempo que se pierde en esta etapa de la evaluación. Si la historia preliminar indica puntos posibles de una investigación más minuciosa, y si el Dentista es incapáz de seguir adelante por sí mismo o prefiere no hacerlo, deberá consultar en este momento al Médico del paciente. No cree, sin embargo, que siempre haya que recurrir a la consulta médica por enfermedades potencialmente graves, como la hipertensión arterial y la cardiopatía coronaria, si la capacitación y experiencia del odontólogo le permiten formarse un juicio correcto y realizar el tratamiento como corresponde.

Para ayudar a confeccionar una historia detallada haremos una revisión general de ciertos grupos de enfermedades, sugiriendo una serie de preguntas para su evaluación odontológica. Solo mencionaremos las enfermedades más comunes y las que implican más riesgos.

CAPITULO III

EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES.

1).- Enfermedades Metabólicas.

a).- Diabetes Mellitus.

La Diabetes se debe a la producción inadecuada de insulina, que a su vez, es necesaria para el consumo normal de los hidratos de carbono. Para compensar este desequilibrio del organismo consume más grasas, lo cual provoca un aumento peligroso en la producción normal de cuerpos cetónicos (metabolitos de los lípidos). Esta condición se conoce con el nombre de cetosis.

Cuando la cetosis se hace clínicamente evidente, se le llama acidosis diabética, este cuadro puede presentarse en el consultorio, particularmente el paciente afectado de una infección dentaria aguda o después de una intervención quirúrgica. El stress, además, puede descomponer una diabetes controlada.

Manifestaciones de la Acidosis Diabética.-

Tempranas.-

- 1.- Sed excesiva
- 2.- Micciones frecuentes, particularmente de noche.
- 3.- Lasitud y malestar.
- 4.- Inapetencia
- 5.- Olor cetónica en el aliento(olor a fruta)

Tardías.

- 6.- Náuseas, a veces vómitos.
- 7.- Vértigo.
- 8.- Hiperpnea (respiración anormalmente profunda)
- 9.- Colapso y coma (situación de extrema urgencia).

Tratamiento de la Acidosis Diabética

- 1.- El tratamiento general consiste en dar insulina e hidratos de carbono.

Si hay colapso cardiovascular, se le trata mediante hidratación intravenosa y drogas vasoconstrictoras.

- 2.- El tratamiento se sostiene puede salvar una vida en la fase de coma - inminente mantenga la temperatura del paciente, colóquelo en posición horizontal y administre oxígeno si se llega al coma, inicie la hidratación intravenosa, si es posible, mientras espera el arribo - del médico.

El shock hipoglucémico, provocado por la insulina, es bastante común en el consultorio, especialmente durante las intervenciones prolongadas.

Sus manifestaciones son las siguientes: 1).- Confusión normal; 2).- Enojo repentino, sin causa que lo justifique; 3).- Hambre intensa; 4).- Debilidad; 5).- Mareos y 6).- Transporación viscosa. El shock insulfnico se trata con azúcar, caramelos o jugo de frutas azucarado.

b).- Insuficiencia Suprarrenal.-

Acompaña a la enfermedad de Addison, que corresponde a una hipofunción-progresica de la corteza suprarrenal, o se presenta en pacientes tratados con corticosteroides. Esta última situación es, por supuesto, la más común y la más difícil de descubrir, si no se hace un buen interrogatorio previo.

Manifestaciones:

- 1.- Debilidad.
- 2.- Transpiración
- 3.- Síncope.
- 4.- Colapso cardiovascular.
- 5.- Shock irreversible.

Tratamiento:

- 1.- Terapéutica sintomática hasta que intervenga el médico.
- 2.- Mantenga la temperatura corporal, coloque al paciente en posición horizontal y administre oxígeno.
- 3.- Si es posible, comience la hidratación intravenosa con solución salina e inyecte vasoconstrictores y corticosteroides.

2.- Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.

a).- Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Es un síndrome que se caracteriza por congestión de la circulación venosa en los pulmones o en el sistema periférico, o bien en ambos circuitos. La insuficiencia cardíaca izquierda produce congestión venosa en-

el circuito pulmonar; la insuficiencia derecha, a su vez, la produce en las venas periféricas. Para explicarlo con conceptos simples, en la insuficiencia izquierda el corazón izquierdo es incapaz de aceptar el volumen de sangre que llega del pulmón, y por lo tanto la sangre se acumula en las venas pulmonares. En la insuficiencia derecha el corazón derecho es incapaz de aceptar el volumen de sangre que llega de la periférica, y por lo tanto la sangre se acumula en el sistema venoso periférico.

La dilatación del corazón, con hipertrofia del miocardio o sin ella compensa temporariamente el trastorno y mantiene las funciones hemodinámicas en un nivel aceptable, hasta que finalmente, al avanzar el proceso, se hace evidente la insuficiencia cardíaca congestiva.

b).- Manifestaciones de la Insuficiencia Cardíaca Derecha.-

- 1.- Congestión de las venas sistemáticas, con edema de los tobillos, que aparece a medida que avanza el día y desaparece con el reposo en cama. Se trata de un edema que depende de la fuerza de gravedad, cuyo efecto máximo se ejerce en posición vertical. La presión digital en el tobillo hinchado dejará una depresión característica, llamada "godet".
El edema de estas regiones desaparece en posición horizontal, pero entonces podrá observarse a nivel del sacro.
- 2.- Hinchazón creciente de las piernas a medida que progresa la insuficiencia.
- 3.- Ingurgitación Yugular.
- 4.- Hinchazón del abdomen por acumulación de líquidos.
- 5.- Acumulación de líquido en la cavidad pleural, que se manifiesta por disnea.

Manifiestaciones de la Insuficiencia Cardíaca Izquierda.

- 1.- Congestión pulmonar; la disnea es el síntoma inicial.
- 2.- Ortopnea a medida que aumenta la congestión.
- 3.- En la insuficiencia aguda: a).- Respiración muy trabajosa; b).- acentuada ansiedad; c).- Tos con expectoración del líquido acumulado en los alvéolos pulmonares (el esputo puede ser rosado - debido a la extravasación de glóbulos rojos), y d).-Cianosis.

c).- Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca.

- 1.- Administre oxígeno mientras espera la llegada del médico.
- 2.- Mantenga al paciente semi-sentado, de preferencia en el sillón de trabajo. La posición horizontal aumenta la dificultad respiratoria.
- 3.- Cuando la disnea es intensa, coloque torniquetes en la raíz de las extremidades, sin ajustarlos demasiado (el pulso arterial debe mantenerse palpable). De esta manera la sangre arterial podrá ingresar en los miembros, pero no podrá salir por los vasos venosos; el resultado final es la eliminación transitoria de una cantidad importante de sangre circulante, lo cual alivia al corazón de cargas -- adicionales. Afloje alternativamente cada torniquete durante 15-- minutos.
- 4.- Puede darse una dosis moderada de algún narcótico para calmar la - ansiedad para éllo sugerimos la meperidina (Demerol) a razón de 25- 50 mg. por vía intramuscular, o la morfina en dosis de 1/4 y 1/2 -- ampolleta por la misma vía.

3.- Enfermedades Coronarias.-

a).- Angina de Pecho.

El cuadro se caracteriza por un dolor típico, habitualmente retroesternal, que es desencadenado por el ejercicio o la emoción y aliviado por el reposo o las drogas vasodilatadoras. Se debe a una insuficiencia de la circulación coronaria.

La muerte puede sobrevenir, durante el primer ataque, no obstante, el promedio de supervivencia para los pacientes con angina pecho alcanza a 5-7 años desde el comienzo de los síntomas.

Varios días, e incluso, desde una o dos semanas antes de un episodio de infarto agudo de miocardio, signo que tiene considerable valor pronóstico en éstas circunstancias.

Tratamiento.-

1.- El objeto es mejorar la circulación coronaria, tratando de dilatar estas arterias con algunos de los siguientes medios:

a).- Para un ataque moderado, y como segundo medicamento de elección en casos graves, coloque una o dos tabletas de nitroglicerina (trinitrina) debajo de la lengua del paciente. El alivio se produce habitualmente en 2 ó 3 minutos.

b).- Si el ataque es grave, rompa una ampolleta de nitrito de amilo bajo la nariz del paciente, el alivio se produce en 30 segundos.

Estos dos vasodilatadores, pero especialmente el nitrito de amilo, pueden provocar dolor de cabeza, mareos y a veces síncope.

2.- Si no se obtiene un alivio rápido con el reposo y la administración de nitrito, solicite la intervención de un médico.

3.- En los casos que no respondan puede darse algún narcótico en dosis

moderadas, por ejemplo 25-50 mg. de meperidina (Demerol) por vía intramuscular. La oxigenoterapia puede resultar beneficiosa.

4.- Infarto Agudo de Miocardio.

Se le conoce también con el nombre de: Trombosis coronaria, y se produce como consecuencia de una deficiencia grave en la oxigenación del miocardio.

El paciente puede morir bruscamente antes de que halla un verdadero infarto, por alteraciones funcionales en el mecanismo de conducción nerviosa.

La falla del corazón también puede deberse a: 1).- incapacidad de - aceptar el volumen de sangre que recibe; por tanto hay congestión pulmonar (insuficiencia cardíaca izquierda) y aparece disnea, y 2).- disminución pronunciada en la cantidad de sangre expulsada por el co razón, que se manifiesta por colapso periférico, hipotensión arterial y anoxia de los tejidos (insuficiencia ateriográfica).

Manifestaciones:

- 1.- Comienzo similar al de la angina de pecho.
- 2.- No calma con nitrito, ni con el reposo.
- 3.- Palidez.
- 4.- Diaforesis (transpiración profusa)
- 5.- Náuseas y sensación de plenitud abdominal (especialmente epigástrica).
- 6.- Disnea, si hay insuficiencia cardíaca aguda.
- 7.- Debilidad extrema.
- 8.- Sensación de muerte inminente.

Tratamiento:

- 1.- Llame al médico si el nitrito de amilo, no calma, el dolor.

- 2.- Administre oxígeno.
- 3.- Mantenga al paciente semi-sentado.
- 4.- Pueden darse narcóticos en dosis moderadas, por ejemplo 25-50 mg. de meperidina (Demerol) por vía intramuscular, o de 1/4 a 1/2 ampolla de morfina por la misma vía.
- 5.- Si la disnea es intensa aplique torniquetes en las extremidades.

CAPITULO IV.

COMPLICACIONES DE LA ANESTECIA LOCAL.-

1).- Complicaciones Locales.

a).- La contaminación bacteriana de las agujas es relativamente frecuente, incluso para el más meticoloso de los odontólogos. Su consecuencia habitual es una infección leve, a nivel de los tejidos periodontales, o más profunda, en la fosa pterigomaxilar. La esterilización correcta de las agujas, junto con el manejo inadecuado por partes del odontólogo y sus auxiliares, son los factores responsables de los diversos grados de contaminación. El depósito de productos químicos en la aguja se debe al uso de soluciones antisépticas o, a veces, a los procedimientos de esterilización con vapores químicos. Esta complicación la eliminamos usando agujas desechables.

El dolor y la inflamación son las consecuencias habituales.

b).- Las reacciones locales a tópicos o a soluciones inyectables se manifiestan habitualmente bajo la forma de una descamación epitelial. Este trastorno se debe, en general, a una aplicación demasiado prolongada del tópico anestésico, pero a veces se --

produce por hipersensibilidad de los tejidos. Todos los anestésicos locales pueden resultar tóxicos, aunque las alteraciones que provocan suelen ser transitorias. Los abscesos estériles o las gangrenas pueden deberse a la isquemia que se produce al inyectar una cantidad exagerada de anestésicos con un vasoconstrictor asociado, en el tejido duro y firme del paladar. La alergia local, con formación de pápulas y vesículas, debe considerarse como una advertencia; por consiguiente, cualquier empleo posterior del agente causal deberá acompañarse de las precauciones necesarias; lo mejor; en estas circunstancias, es reemplazarlo por otro anestésico de diferente estructura química (por otra parte, no olvide que en el dentista también pueden producirse dermatitis por contacto). El trismo y el dolor son comunes después de la inyección en músculos y tendones, y constituyen parte de las alteraciones locales producidas por estos agentes. Buena parte del dolor que habitualmente se atribuye a la operación se debe, simplemente a la administración incorrecta de los anestésicos. Una complicación adicional, también motivada por errores de técnica, es la aparición de parentesias y neuritis consecutivas a la punción accidental de un nervio.

- c).- La ruptura de agujas es una complicación rara. Cuando ocurre se debe exclusivamente a defectos de la técnica, ya que en general, el material con que actualmente se las fabrica impide que se produzca tales accidentes.
- d).- La mordedura de labios es una complicación común en los niños y se debe al uso de anestésicos locales de acción prolongada. Las consecuencias pueden ser muy desagradables para el niño, sus padres y el dentista. Son muchos los odontólogos que - -

emplean rutinariamente anestésicos de acción prolongada para obtener efectos duraderos. En consecuencia, el niño debe ser premedicado antes de la anestesia, si se considera que volvera a su casa mucho antes de que desaparezca el efecto de la inyección, Si la sesión va a ser breve, use anestésicos de acción-corta, pero aún así coloque un trozo de gasa entre los labios-del niño, si la anestesia persiste cuando este se retira, del-consultorio.

Además advierta sobre los posibles riesgos al niño y a su acompañante.

- e).- El enfisema se produce rara vez después de una inyección. Como ejemplo daremos el caso de un niño de 10 años, que recibió una inyección a nivel del maxilar inferior y que regresó 2 horas después con tumefacción homalateral y ruidos crepitantes - en la parte inferior del cuello y de la cara.

El pediatra consultado compartió nuestro asombro ante esta - complicación y recetó antihistamínicos pensando en una posible reacción alérgica. El interrogatorio, sin embargo, reveló -- que el niño había estado inflando globos inmediatamente después de la intervención. La forma en que remitió el proceso, nos - hizo pensar que el trastorno se debió a la entrada de aire en- los tejidos fáciles y no a una reacción alérgica.

- f).- Los traumatismos provocados por la inyección constituyen la mayoría de las complicaciones locales. En general, las latera - ciones son de poca importancia cuando se recurre a la técnica- supraparióstica, y consisten en edema, dolor y a veces una pequeña ulcerinación en el sitio del pinchazo. Las primeras ma

nifestaciones pueden deberse a la infección, a inyecciones demasiadas rápidas o a la administración de un volumen demasiado grande; la tercera, a su vez, es consecuencia de la infección. Las molestias suelen remitir en pocos días. Otras complicaciones posibles es el hematoma por ruptura accidental de un vaso, que en general corresponde a la arteria alvéolar superior o con menos frecuencia a la arteria facial. Cualquiera de estos trastornos locales pueden producir dolor y tumeraciones. Dos de las técnicas comunes de inyección son causa habitual de dolor, la primera por inexperiencia del operador y la segunda por razones anatómicas y fisiológicas. La inyección a nivel del paladar, va seguida de un dolor inmediato en la zona del pinchazo, las inyecciones subperiósticas, a su vez, pueden despegar el periostio y provocar dolor tardío con infección o sin ella. Esta inyección estaría contraindicada desde el punto de vista fisiológico.

- g).- La hemorragia por hemofilia o el uso de agentes anticoagulantes es una eventualidad siempre peligrosa. La primera situación se reconoce fácilmente, ya que tanto el paciente, como el dentista suelen estar advertidos. La segunda en cambio, es mucho más frecuente, pero más susceptible de que sea pasado por alto. Estas situaciones son potencialmente peligrosas cuando hay que dar una inyección profunda, para calmar el dolor en pacientes ambulatorios.

Complicaciones Sistemáticas.

- a).- Las reacciones alérgicas son extremadamente raras. El shock anafiláctico es la manifestación más grave, porque su curso suele ser tan rápido que habitualmente termina en la muerte. Afor

tunadamente, el shock anafiláctico es una complicación rara de la inyección de anestésicos. La alergia se manifiesta, a veces, por erupciones cutáneas.

- b).- Las reacciones tóxicas se acompañan de manifestaciones sistémicas cuando la droga administrada en cantidades excesivas se absorbe con demasiada rapidéz. La absorción aumenta cuando se inyecta rápidamente gran volumen de anestésicos en tejidos muy vascularizados, por ejemplo en la región peribucal. "Si el dentista inyecta accidentalmente una ampolla de procaína por vía intravenosa, en un tiempo de 5 segundos la velocidad de absorción supera en 15 veces el máximo considerando -- como seguro, y la droga se hace aproximadamente 200 veces más tóxica". De acuerdo con informes de Adriani y Campell, la -- aplicación tópica de analgésicos en pasta o en vaporizadores -- pueden producir efectos similares, a los de una inyección intravenosa. La anestesia que produce los vaporizadores no parece ser más efectiva que se puede lograr mediante un hisopo; además presenta ciertas desventajas al introducir un riesgo -- innecesario en el procedimiento. La reacción tóxica puede manifestarse por fases sucesivas de estimulación, convulsiones -- y finalmente depresión.
- c).- La mayoría de los pacientes presentan reacciones psíquicas, -- pero el dentista, en general, solo advierte los signos que -- precede inmediatamente al síncope. Afortunadamente, las manio -- bras para combatir el síncope y la capacidad de recuperación -- del organismo, suele impedir el desarrollo del shock. El sín -- cope puede conducir a un shock secundario, el cual si no es -- tratado inmediatamente, puede hacerse irreversible en el mis -- mo consultorio.

Los anestésicos locales pueden producir crisis aguda de asma, como consecuencia del stress emocional o de una reacción alérgica.

- d).- La incidencia de hepatitis sérica aumenta continuamente; esta enfermedad, se transmite exclusivamente por inyección parental del virus, en general por el uso de agujas y jeringas que no han sido esterilizadas en forma correcta.

CAPITULO V.-

H E M O R R A G I A S

El Dentista que haga cirugía bucal, debe efectuar un examen completo del paciente, para evitar, controlar y tratar las hemorragias.

En la historia clínica se asentará si la persona tiene tendencia a sangrar excesivamente, al tener alguna cortadura o en extracciones anteriores, así como antecedentes de enfermedades hemorragiparas en la familia. En un paciente hemofílico que necesite de una intervención tiene que hacerse transfusiones pre y post operatorias en este caso y en otros con pacientes diabéticos, debe trabajarse de acuerdo con un internista. A las mujeres se les preguntará si tuvieron este problema después de un parto, si sus períodos menstruales son normales y si han tenido epistaxis. Habrá paciente que estén tomando agentes coagulantes a los que se les pondrá especial cuidado a su tiempo de protrombina, si excede de 25 segundos, puede ocasionar problemas post operatorios.

Sin embargo a pesar de la atención con que se trate de controlar la hemorragia, durante la operación puede sobrevenir y el dentista tiene que detenerla. Las medidas locales las dominan temporalmente, a veces se deben ligar vasos arteriales al tratar hemorragias, aneurismas o quistes hemorrágicos. La ligadura de la arteria carótida externa a veces es necesaria en operaciones mayores de cirugía bucal.

Tipos de hemorragias:

Pueden localizarse en hueso o tejido blando.

Pueden ser: Arteriales, venosas o capilares.

La arterial es roja brillante y va saliendo según los movimientos -
cardiales, (aspiración e impelación).

La venosa no tiene salida pulsátil, y es de color azulosa opaca.

La capilar es de color rojo claro y su escurrimiento es constante.

Las hemorragias pueden ser internas o externas según se acumule en algun
parte del cuerpo para formar un hematoma o salga al exterior.

Según el tiempo se dividen en:

a).- Primarias: que aparecen en el momento de intervenir.

b).- Intermedias: dentro de las primeras 24 horas.

c).- Secundarias: después de las 24 horas que pueden ser mediatas o inmed
diatas.

Estas son producidas generalmente por una infección.

Causas y Tratamiento:

Pueden ser:

a).- Locales.

b).- Generales.

a).- Extracción con desprendimiento de tejido.

Fracturas óseas.

Esquirlas óseas o pedacitos de raíces que no se removieron al hacer la limpieza del alvéolo.

Infecciones.

Vasodilatación secundaria.

Mal trato del alvéolo después de la extracción, como masticar o succionárselo con la lengua,

Lavados o buches enérgicos.

Extracciones múltiples o traumáticas.

b).- Discracias sanguíneas.

Deficiencias sanguíneas.

Enfermedades del hígado o páncreas.

Enfermedades metabólicas (diabetes)

Menstruación.

Intoxicaciones.

El tratamiento debe ser efectuado primeramente por medios mecánicos exclusivos en el alvéolo, al cual debe inspeccionársele cuidadosamente para localizar falsos coágulos y esquirlas que estén provocando la herida, una vez limpio se hace presión con grasa o algodón en el lugar que se hizo la extracción, con los dedos del profesionalista o con la función de ocluir del paciente, hasta que se forme el coágulo que es de 1/2 minuto, hasta 10 minutos como máxima, se le recordará que no debe hacer enjuagues, ni

succión, la primera comida será suave y la masticación del lado opuesto, para no tener después hemorragias secundarias.

Si no cede con ésto se le aplicarán hemostáticos en ampolleta por vía intramuscular e intravenosa, por ejemplo: Serpetase o Koagutryl, además se pueden aplicar torundas de algodón estéril atacadas al alvéolo, una encima de la otra haciendo presión y se espera el tiempo de coagulación, se ordena escupir y se vé solo sangre pigmentada, también se puede proceder con Adrenalina o Vitamina K intramuscular.

Cuando la hemorragia persiste se aplica Novoxel, oxice1 o gelfoam, también se usa el cemento quirúrgico que se retira después de un día con -- cuidado para no provocar sangrado.

Si con todo lo anterior, no se logró inhibir la hemorragia, se procede-quirúrgicamente.

Se anestesia ya sea local o trancular, se hace la separación de la mucosa del hueso por bucal y palatino o lingual, suponiendo que se trate del alvéolo del segundo premolar superior derecho, se legra la cara mesial - del primer premolar hasta la cara distal del primer molar.

Separada la mucosa del hueso, se elimina el reborde alveolar con el alvéolotomo, éste actúa por presión una vez eliminada la porción ósea vestibular o palatina se liman los bordes con movimientos de B a P hasta que -- quede uniforme y sin porciones agudas, la mucosa de uno y otro lado deben quedar unidas por medio de sutura, que es de puntos aislados reforzados con botoncitos quirúrgicos, para evitar el desgarre de la mucosa, antes - de la sutura aplicarse Gelfoam.

El problema de la hemorragia generalmente se soluciona, pero cuando se - trata de casos extremos se liga el vaso afectado, éste es un méétodo definitivo para evitar la pérdida de sangre.

La atención general del paciente varía con la causa que produce la hemo-

rragiay el tratamiento va ligado al del tipo de padecimiento que lo ocasiona, pero en general cuando la pérdida sanguínea ha sido grande, el paciente está excitado y aprensivo, puede tener signos de shock, de manera eficiente, pero calmada se administran líquidos, por vfa intravenosa o transfusiones para recuperar la sangre perdida.

CAPITULO VI.-

EMERGENCIAS QUIRURGICAS.

a).- Rotura de Agujas y Cuerpos Extraños.

La fractura de agujas en anestesia local, así como regional es causada generalmente por las malas condiciones en que se encuentre, pueden estar dobladas, oxidadas o muy gastadas; ésto combinado con técnicas y movimientos incorrectos del operador además de las interrupciones en pacientes nerviosos al estar trabajando con ellos, como tomar las manos del profesionistahacen propicio del accidente. De cualquier manera se presentan dos casos:

- 1.- La aguja fracturada queda fuera de la mucosa.
- 2.- La aguja queda cubierta por mucosa.

En el primer caso se puede eliminar sin mayor problema, pero muy cuidadosamente para que no se vaya a introducir más o completamente, si así sucede se hace una incisión perpendiculara los tejidos blandos hasta donde le sea posible llevar a la aguja, y una vez que queda expuesta se retira.

En el segundo caso están indicadas las radiograffas con diferentes angulaciones para localizar el sitio exacto donde haya quedado la aguja y tener presente la dirección de los músculos y trayectoria de los paquetes vasculo-nerviosos. El tratamiento variará según la región afectada y la profundidad en que se encuentre, si el accidente ocurre al momento de llevar a cabo una anestesia regional del nervio dentario inferior, el problema será más serio.

En caso de que el pedazo de aguja quede en posición diploica al hueso, se inciden al tejido blando y al llegar al tejido óseo exactamente donde está la aguja se usa una fresa quirúrgica para retirar hueso a su -- alrededor y eliminarla fácilmente con el mínimo de traumatismo, para -- evitar el calentamiento se trabaja con chorro de suero fisiológico.

Las intervenciones para retirar las agujas son peligrosas y rara vez se practican con éxito por la misma región anatómica. Por regla general - si las agujas están estériles en el momento de la anestesia no causan - dolor, ni problemas posteriores y pueden dejarse con la esperanza de que como son tejidos estáticos no se llegue a presentar molestia alguna y se recubra de tejido conectivo.

También el operador debe decidir si se le comunica o no al paciente, pero si es una persona nerviosa o ansiosa al informársele que lleva una aguja rota en los maxilares se imagina padecimientos que no tiene. Sin embargo puede ser que se le desarrolle un foco infeccioso y al recurrir a otro - profesional no podrá diagnosticar fácilmente como si el paciente sabe - lo que lleva. Un hombre muy sabio dijo alguna vez que no son las cosas - las que influyen sobre la gente, sino las ideas acerca de las cosas. Si la cosa un trozo de metal, los dentistas deben pensar en cual es la dife - rencia entre un trozo de amalgama y un fragmento de aguja, son muchas las prótesis que han sido retenidas largo tiempo después de implantados. Pue - de decirse que el caso es distinto por la esterilidad de las piezas de - metal, pero debe ser la utilidad o inutilidad de un fragmento el crite - rio para indicar una extracción, para inmovilizar fracturas se usan gran - des trozos de metal y una vez reducida ésta el metal es innecesario, no - obstante no se extrae.

En conclusión: la vida de los pacientes sería más segura y tranquila si - las agujas rotas y otros cuerpos extraños de metal fuera considerado en - el mismo criterio.

b).- Lesiones de los dientes permanentes anteriores.

La responsabilidad del dentista en un caso así es considerable y consti -

tuye una verdadera emergencia. Debe hacerse una historia completa pero rápida.

- 1.- Hora y lugar del accidente.
- 2.- Tenfa alguna lesión anterior.
- 3.- Alguna molestia subjetiva.
- 4.- Existe algún otro problema (médico asociado).
- 5.- Sensibilidad a la percusión.
- 6.- Movilidad y color de la pieza en relación con las adyacentes.
- 7.- Alteraciones del esmalte.
- 8.- Extensión de la fractura de la corona.
- 9.- Desplazamiento y lesiones en tejidos blandos y al
- 10.- Examen radiográfico para investigar el tamaño de la pulpa y localización de la fractura de la raíz o raíces además del espesor de ligamento periodontal.

Fractura de la corona que afecte el esmalte. Cuando la fractura no se extiende a la unión de esmalte y dentina, se suavizan los bordes ásperos con discos o turbina para evitar laceraciones en la lengua. A las seis semanas se hará un examen de control sobre la base de radiografía, pruebas de vitalidad y observación de cualquier cambio de color en el diente, si ha perdido su vitalidad serán necesario realizar tratamiento endodóncico.

Fractura de la corona que afecta dentina. Cuando está expuesta hasta la mitad de su espesor, el diente será sensible al tacto y a los cambios de temperaturas. Se pueden sellar los túbulos de la zona para desensibilizar la pieza con un precipitante de protefina como el cloruro de zinc o fluoruro de estaño.

Después se suavizan las asperezas del esmalte, se aplica nuevamente el agente elegido y se cubre el diente con un revestimiento polistirene. Si la fractura de la corona afecta la mitad o más de la dentina, se rea-

liza el siguiente tratamiento:

- 1.- Anestesiarse y aislado de la pieza.
- 2.- Lavar con solución salina.
- 3.- Colocar Ca OH sobre la dentina expuesta para favorecer su información'
- 4.- Aplicar óxido de zinc como base.
- 5.- Cementar una corona plástica o de acero inoxidable.
- 6.- Radiografía de control.

Fractura de la corona que afecta la pulpa. Generalmente la parte expuesta es en mesial o distal. Puede haber una ligera hemorragia que cesa rápidamente al formarse el cuadro y se realiza el tratamiento anterior, -- después 10 semanas se prueba la vitalidad pulpar, si la pieza se mantiene vital pero la unión no se ha completado se hace sangrar la zona nuevamente y se repite la curación. Si la pulpa está necrótica se inicia el tratamiento endodóncico.

En exposiciones amplias la pulpa se encuentra colgando y con hemorragia, se procederá así:

- 1.- Anestesia local y esterilización de campo operatorio.
- 2.- Se expone la porción coronaria de la pulpa removiendo esmalte y dentina, realizándose la amputación cameral.
- 3.- Se coloca Ca OH en la porción radicular después de controlar la hemorragia.
- 4.- Base de óxido de zinc y eugenol.

Desplazamiento:

En caso de piezas con intrusión extrusión la posibilidad de mantener la vitalidad dentaria depende del daño que tengan los vasos periapicales, el tratamiento a seguir es:

- 1.- Bajo anestesia local colocar a la pieza en su posición original.
- 2.- Sujetar el diente con alambre, no debe moverse para permitir la regeneración de los tejidos apicales.
- 3.- Control del paciente 6 semanas dado que estas pulpas en su mayoría se necrosan.
- 4.- Después de este tiempo se observan cambios de color y se prueba la vitalidad pulpar. Si hay signos de necrosis se inicia el --tratamiento endodóncico.

Fractura de la raíz.

Clinicamente puede no haber signos pero será evidente en la radiografía. El pronóstico depende de la inmovilización que se consigne, de la ausencia de infección, del estado de salud del paciente y de la posición de la fractura a nivel de la raíz. Cuanto más apical es la fractura, mejor será el pronóstico. El tratamiento es el siguiente:

- 1.- Con anestesia local se trata de conseguir una aproximación máxima de los fragmentos.
- 2.- Inmovilizarlos 6 semanas.
- 3.- Esperar la sindesmosis o unión de las 2 partes con tejidos conectivo.
- 4.- Tomar radiografías, el pronóstico es bueno si la fractura no -comunica con la cavidad bucal.

c).- Complicaciones del seno maxilar.

- 1).- Etiología.-La cavidad bucal, seno maxilar y las fosas nasales están normalmente separadas por tabiques anatómicos; pero hay -casos en los cuales existen comunicaciones accidentales o anatómicas.

a).- Accidentales.

Por falta de técnica adecuada de parte del operador en el manejo del --instrumental quirúrgico y traumatismos por golpes o caídas. Por opera-

ciones en el maxilar superior para extirpar tumores, reseca^r quistes, y eliminar dientes parcial o totalmente retenidos.

b).- Anatómicas.

- 1.- Por infecciones o destrucciones tró^ficas.
- 2.- En extracciones de premolares o molares superiores cuyos ápices se encuentran muy cerca o en el piso de la cámara de Highmore.

El antro de Highmore se aloja en el cuerpo del maxilar superior, cavidad que alcanza su máximo desarrollo a los 10-20 años que es cuando los molares ya están erupcionados. Puede ser que no exista, sucede solo en casos muy raros.

Tiene forma de pirámide cuadrangular, de base interna y con su vértice - dirigido hacia el hueso molar. Por consiguiente se puede considerar en el seno: 4 paredes, 4 bordes, 1 vértice y una base.

El techo o pared superior es más delgado en personas adultas, se encuentra debajo de la órbita, en la que existe un canal por donde pasan nervios y vasos infraorbitarios.

El piso del seno es el proceso alveolar normalmente está donde las vecindades de la raíz del camino hasta las proximidades de las raíces del segundo molar. Esta pared es la vía quirúrgica perfecta para intervenir - el seno en la operación de Caldwell-Luc.

Las paredes: posterior o inferior están separadas por un ángulo obtuso y se estudian como una sola.

La base es la pared nasal que algunos Autores dividen en dos: aquí se halla la desembocadura del seno.

El vértice se encuentra a la mitad interna del hueso molar, cuando se prolonga aumenta la capacidad del antro que de por sí varía en el mismo individuo con la edad, el sexo y tipos raciales.

La cavidad es generalmente única pero puede estar dividida por un tabique óseo completo o varios de altura distinta, a éstos se les llaman crestas. Se encuentran revestidas por una mucosa delgada que puede ser asiento de tumores malignos que pueden llegar a invadir el maxilar, normalmente se despegan fácilmente del tejido óseo subyacente. Está irrigado por la arteria maxilar interna e inervada por la segunda rama del trigémino. Los vasos linfáticos son muy abundantes.

Los senos dan resonancia, quitan peso a los maxilares y calientan el aire que se respira, está revestido por epitelio ciliado que ayuda a eliminar las excreciones y secreciones que se forman en la cavidad. La distancia entre el piso y los ápices dentarios es variable, depende de las distintas formas del primero y el número de los segundos. Al instalarse una comunicación se advierte inmediatamente porque el agua al enjuagarse pasa al seno y sale por la nariz. En la mayoría de los casos un coágulo se encarga de obturarlo, pero si el avéolo es muy grande al retraerse -- cae, entonces es necesaria una pequeña intervención para reintegrar la posición normal. Para esto se necesita el examen radiográfico para conocer la ubicación exacta del ápice fugitivo, el cual se buscará siempre por vestibular. Pero puede haber comunicación sin restos radiculares, si después de una exodoncia de cualquier pieza que se sospeche tenga uno o varios alveolos comprometidos debe hacerse la sutura inmediata para reducir las posibilidades de contaminación.

Las raíces pueden tomar distintas posiciones:

- a).- Penetra en el antro, desgarrando la mucosa sinusal, y se sitúa en el piso de la cavidad.



b).- La raíz cae dentro de una cavidad patológica por debajo de la mucosa.



c).- Queda la raíz entre el seno y el alvéolo.



La manera de proceder es la siguiente:

Se hacen dos incisiones convergentes desde el surco vestibular hasta incisal del proceso que coincidirá con las pupilas mesial y distal del alvéolo que vaya a intervenir, se desbrida para desprender el colgajo, se hace la osteotomía de la tabla externa, abierta la cavidad se busca la raíz y se toma con una pinza larga o cucharilla la boca del alvéolo, cuando ya se limpió y limó donde trabajamos antes, la sutura es recomendable hacerla con seda negra, quitando los puntos a los 6 días. En caso de comunicación anatómica nada más se reduce las crestas alveolares y se sutura.

Esto se complementa con un tratamiento postoperatorio a base de analgésicos y antibióticos. También pueden usarse prótesis removibles para cerrar estas brechas, pero siempre se prefiere el tratamiento quirúrgico-- que es definitivo y no ofrece peligro alguno. El tratamiento protético-- debe ser considerado como provisional y sólomente definitivo en los casos de lesiones crónicas que hagan imposible la plástica.

CAPITULO VII

PRIMEROS AUXILIOS.-

Considero que para el Cirujano Dentista que se precie, constituye un deber desenvolverse en un caso de emergencia, ya que su forma de actuar puede depender la vida de una persona.

En presencia de cualquier accidente o situación grave han de tenerse en cuenta las siguientes normas generales:

- a).- Reconocer cuidadosamente al herido o enfermo.
- b).- Infundirle confianza, dándole a entender que se está haciendo lo necesario para salvarlo.
- c).- Avisar al médico u hospital más cercano.
- d).- Se le mantendrá abrigado, pero sin utilizar calor artificial.
- e).- No administrar líquidos por ffa oral a personas con pérdida del conocimiento debido al peligro de asfixia.
- f).- Se deberá actuar con especial celeridad en casos de envenenamiento, hemorragias y para cardíaco respiratorio.

TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LOS ACCIDENTES RESPIRATORIOS Y CARDIACOS.

- 1.- Debe procederse a colocar al paciente en el suelo boca arriba.
- 2.- Abrir el canal respiratorio y restaurar la respiración, esto se consigue llevando la cabeza hacia atrás, doblando las vértebras cervicales para que el maxilar inferior quede arriba y la lengua elevada. Se tapa la nariz con los dedos, se respira profundamente y se pasa en aire soplando con fuerza en el adulto y suavemente en el niño, cubriendo totalmente la boca del accidentado con la del operador, se observa el pecho, al elevarse éste se retira la boca y el aire saldrá espontáneamente, la operación se repite de 10 a 15 veces por minuto. Es muy impor-

tante lograr la posición correcta para que el aire oxigene a los pulmones y no pase al estómago donde no prestaría ningún servicio (Dib. No.1).

- 3.- Restablecer la circulación por medio de masaje extacorpóreo al corazón. Con el dedo índice se localiza el esternón dividiéndose en 2 partes iguales, se comprime la inferior recargándose hacia el lado izquierdo. Si el paciente es un niño de un año o menos se comprime con un dedo, en niños mayores se usan dos dedos, a los adultos se les dá el masaje con la planta del dedo gordo de la mano derecha apoyando más o menos 4 ó 5 cmt. El operador debe calcular su tiempo para poder ofrecer 3 ó 4 - insuflaciones por 5 masajes, comenzando con 5 masajes seguidos las mujeres respiran de 16-18 veces por minuto y los hombres - de 18-20 (Dib.No.2).

La técnica de la reanimación puede y debe ser continuada durante períodos largos si es necesario, han habido recuperación en personas después de - períodos eficaces de una hora.

Puede haber lesiones por la comprensión cardíaca externa que cause fractura en las costillas, ésto es inevitable cuando se comprime el corazón - entre el esternón y la columna vertebral, el pericardio que rodea el órga no cardíaco es un saco inelástico por lo que al comprimir se logra expul sar sangre del corazón a los pulmones y al cuerpo, el dejar de hacer presión el tórax se reespande y el corazón se llena de nuevo con sangre.

Sin embargo es bien poco comparado con la muerte inminente que resultaría, sino se practicara la comprensión cardíaca externa los pulmones pue den ser lesionados por costillas fracturadas, pero éste problema rara - vez es muy grave.

- 1.- La técnica de reanimación debe practicarse en los siguientes ca sos:

- a).- Obstrucciones de la faringe, laringe, tráquea y algún bronquio mayor por cuerpos extraños sangre o moco.
- b).- En espasmos o edemas de las cuerdas vocales o inflamación, constricción o traumatismos de una sola área.
- c).- Dosis excesivas de fármacos: sedantes, narcóticos y -- anéستésicos.
Aspiración de gases tóxicos.
Enfermedades o lesiones cerebrales.
- d).- Extrangulación.
Asfixia (por inmersión o humo)
- e).- Paro cardíaco.
Cheque profundo.
Intoxicación por monóxido de carbono o por cianuro.

LESIONES DE GRANDES VASOS.-

El sangrado puede ser visible por un desgarro o una extremidad lesionada o es disimulado por la extravasación sanguínea en tejidos blandos o en una cavidad corporal. Los dos tipos causan disminución y pérdidas del volumen circulante llegando al choque, por lo que si la respiración es normal, se hará sin tardanza la hemostasia.

La persona lesionada será colocada sobre su dorso en posición horizontal a menos que la hemorragia sea en esa zona, ésto lleva al mínimo la lipotimia y facilita el examen, si no es patente una herida abierta y el sujeto está concado, el auxiliador busca en todo el cuerpo zonas de hinchazón y coagulación purpúrea producida por un hematoma, las lesiones "internas" como desgarro del brazo o hígado son causas frecuentes de shock.

METODOS DE HEMOSTASIA.-

- 1.- Apósito de presión.- Si el sangrado es moderado, se aplica un apósito voluminoso comprimido contra la herida de 2 a 5 cm., después se fija con una venda circular a presión. Se inmoviliza la zona lesionada si es una extremidad se eleva.

Deben usarse apósitos estériles para llevar al mínimo el riesgo de infección pero si no se cuenta con ésto se usa cualquier lienzo limpio como pañuelo o toallas, la trama tejida del material facilita la coagulación de la sangre.

- 2.- Presión directa digital en la herida. Si la lesión es en una gran arteria, el método más eficaz es la presión directa con la mano contra la arteria sangrante hacia alguna prominencia ósea. Sea cual sea la contaminación, es preferible al riesgo de la hemorragia. La persona auxiliadora tendrá que acompañar al sujeto lesionado a un sitio en que pueda obtener atención médica -- absoluta.

- 3.- Puntos de presión de arterial.-Algunas zonas del cuerpo no se prestan para la aplicación de torniquetes o apósitos a presión por ejemplo: cabeza, cuello hombros, axila, ingle y cadera.

Las hemorragias en cuello, boca y faringe pueden ser cohibidas por compresión de la arteria carótica primitiva. Para localizarla más fácilmente se coloca un cojín debajo de los hombros del paciente, para que la cabeza le quede abajo y extendida, en la parte media del cuello a un lado de la tráquea y el cartilago tiroides, con los 3 primeros dedos de la mano en sentido descendente se localiza una pulsación bastante fuerte donde se comprimirá el vaso sin comprimir la tráquea.

Si es un brazo, se coloca perpendicular al cuerpo con la palma hacia arriba calculando un ancho de una mano comenzando debajo de la axila en la acalanadura creada por el biceps traquial y el hueso corre a la arteria humeral, si es comprimida no hay - pulso en la muñeca.

Cuando es un miembro inferior se comprime la arteria femoral en la parte media del surco de la ingle. Otros puntos importantes de presión con las arterias: subclavia, temporal y facial, pero pocas veces se les comprime, la primera no es práctica por su - situación y las otras dos tampoco por sus grandes y extensas -- ramas.

- 4.- Torniquete.-Evita el flujo sanguíneo de una extremidad por medio de una banda circular que puede ser ajustada. Es un método de gran utilidad, pero, si se aplica innecesariamente es peligroso e ineficáz. Se aplica en un brazo calculando el ancho de una - mano por debajo de la axila. En una pierna se coloca después - de un tramo del ancho de la mano por debajo de la ingle.

El torniquete es una banda plana de 2.5 cm.de ancho o más, pueden servir en caso de urgencias una corbata, un pañuelo doblado

un cinturón o una toalla.

Antes de aplicar el torniquete la extremidad se envuelve con paño o toallas para no pellizcar o lastimar la piel y se ensanchan los puntos de presión, puede emplearse una piedra o un pequeño bloque de madera, Debe colocarse exactamente sobre la pulsación de la arteria.

Si se usa materia no elástica como corbata, etc. debe ser colocada alrededor del miembro y anudado una vez, se colocará una barra pequeña en medio de los dos cabos del material se hará un nudo sobre este artefacto y después se elevará la extremidad, con toda rapidez se gira la barra para ajustar el torniquete.



Errores en la aplicación del torniquete:

- a).- Demasiado tiempo, -Nunca debe estar más de 30 minutos por lo -- que se aflojará 5 minutos por cada media hora de aplicación pro-- longada puede ocasionar la pérdida del miembro y causar lesión nerviosa con dolor o parálisis.

LESIONES DE CABEZA Y CUELLO.

Como principio general en el tratamiento de heridas de cabeza y cuello-- debe conservarse una vía aérea satisfactoria y control de la hemorragia.

Se inspeccionará la bucofaringe en busca de cuerpos extraños como placas

dentarias rotas y puentes o dientes desprendidos. La fractura bilateral del maxilar inferior puede ocasionar que el accidentado no sostenga su lengua, por lo que puede ocasionar obstrucción respiratoria, se le tomará de la punta con gaza o un pañuelo y se llevará hacia fuera. Debe presionarse directamente la herida para controlar la hemorragia, se le aflojará sus ropas y se le proporcionará calentamiento externo, toda herida abierta con contaminación potencial por tierra debe ser considerada como expuesta a infección y se tomarán medidas preventivas.

Las contusiones en boca o desgarres superficiales de la mucosa suelen ser causados por compresión contra los dientes, no exigen tratamiento pero si limpieza primaria e higiene bucal durante el período de cicatrización especialmente después de las comidas.

Todo diente desprendido deberá ser extraído de la boca o faringe para -- impedir su aspiración, lo mismo con las piezas muy flojas en sujetos --- inconscientes, si el paciente está consciente deberá dejarse para estudiarle si es que la raíz dentaria estuviere intacta , sobre todo en jóvenes en los que cabría la posibilidad de reimplantarlos. La hemorragia en un alvéolo se domina por presión.

Si hubiera lesiones mayores, se tratará de la limpieza con ligadura directa del vaso sangrante. los bordes de la mucosa y lengua serán aproximados por puntos de sutura.

La luxación del maxilar inferior suele ser bilateral, se caracteriza por el dolor localizando por delante de la oreja e incapacidad para ocluir los dientes adecuadamente. La mandíbula sobresale hacia adelante si la luxación es unilateral, hacia el lado normal.

Para reducir la luxación se envuelven ambos pulgares en una gasa estéril y se colocarán sobre los últimos molares. Al comprimir hacia abajo y -- atrás se oye un chasquido característico. Poco después el paciente abre y cierra la boca y los dientes ocluyen normalmente.

En casos de fractura se reducirá pero solo después de tomarle placas radiográficas para inmovilizarlo con alambre. Esto deberá hacerse en un hospital.

Son frecuentes las lesiones en la cara de personas que caen de algún -- automóvil o niños de bicicletas si la pérdida cutánea no abarcó todo el grosor de la piel, el problema no es grave siempre que se haya lavado con agua caliente y jabón hasta que no haya suciedad.

Si las heridas son mayores pueden causar hemorragia grave por lo que -- después de cohibirla por presión, se hace la limpieza con grasa estéril nunca con agua y jabón, si la lesión abarca el espesor de la piel y descubre la grasa subyacente debe ser tratado quirúrgicamente. Debe quitarse todo el tejido esfacelado y aproximar los bordes.

Las lesiones no penetrantes del cuello pueden obstruir parcial o totalmente la vía aérea por compresión de la tráquea y laringe contra el -- cuerpo de las vértebras cervicales, se hiperextiende el cuello y cohibe la hemorragia por medio de compresas frías y presión. Las heridas en -- cuello son importantes por el calibre de los vasos superficiales, en especial las venas yugales, que deberán ser ligadas en lesiones mayores -- en las que la presión no cohiba la hemorragia. Nunca debe colocarse vendajes circulares en el cuello para sostener un apósito: aunque se ponga -- flojo, con el movimiento y la sangre que sale, apretará la zona haciendo el papel de torniquete con aumento real del sangrado venoso y obstrucción respiratoria secundaria.

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

- 1.- El Cirujano Dentista debe estar capacitado para resolver cualquier problema que se presente en el consultorio.
- 2.- Cuando el cirujano dentista tenga alguna duda o sospecha sobre un padecimiento - ordenara los exámenes de laboratorio que crea conveniente.
- 3.- El cirujano dentista reconocera cualquiera alteración que presente el paciente en la administración de anestesico locales .
- 4.- El cirujano dentista aplicara el tratamiento adecuado en cada uno de las diferentes reacciones que se presenten .
- 5.- El cirujano dentista tendra los conocimientos y los medios necesarios para llevar a cabo una buena intervención en las diferentes complicaciones .
- 6.- El cirujano dentista diferenciara entre una hemorragia venosa y una capilar
- 7.- Por medio de la cavidad oral el cirujano dentista evaluará sintomas y manifestaciones de algunas enfermedades que se presenten en el paciente
- 8.- Para evitar complicaciones en el consultorio el cirujano dentista tendrá conocimientos basicos para prevenirlos.
- 9.- Por medio de esta tesis. trato de demostrar que el cirujano dentista esta capacitado para resolver cualquier complicación que se le presente en el consultorio.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Dr. Guillermo Ries Centeno. | Cirugía Bucal |
| Dr. Ciro Durante Avellanal. | Cirugía Odontomaxilar. |
| Dr. Gustavo Kruger. | Cirugía Bucal |
| Frank M. Mc.Carthy | Emergencias en Odontología. |
| Warren H. Cole, Charles B. Puestow | Primeros Auxilios. |
| Dr. Roberto Flores Grandos. | Apuntes. |