



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**EMERGENCIAS DE EXODONCIA, EN
EL CONSULTORIO DENTAL**

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de :

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

ANTONIETA DE LOURDES VALERA HERNANDEZ

Ciudad Universitaria

1985



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 está 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.

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

EMERGENCIAS DE EXODONCIA, EN EL CONSULTORIO DENTAL.

	PAGINAS
INTRODUCCION. -----	1
OBJETIVOS. -----	2
CAPITULO I.- Concepto de Emergencia. -----	3
CAPITULO II.- Principios y Consideraciones que se - hacen en la Extracción Dentaria. ----	9
CAPITULO III.-Historia Clínica. -----	16
CAPITULO IV.- Enfermedades metabólicas. -----	36
CAPITULO V.- Rayos X en Odontología. -----	47
CAPITULO VI.- Accidentes en la Extracción de los -- dientes temporales. -----	52
CAPITULO VII.- Factores que complican la Exodoncia.	58
CAPITULO VIII.-Complicaciones que conciernen al cam po operatorio sobre el que vamos ac- tuar. -----	63
CAPITULO IX.- Indicaciones y contraindicaciones pa- ra la extracción. -----	70

CAPITULO X.- Cuidados posoperatorios.	79
CONCLUSIONES.	83
BIBLIOGRAFIA	84

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

Los temas que expongo a continuación los considero de suma importancia, ya que las emergencias dentro del consultorio dental, cuando no se diagnostican y tratan a tiempo ponen en peligro la vida del paciente.

La mayoría de las emergencias que se presentan en el consultorio se deben a la incapacidad física y emocional y a las reacciones provocadas por las drogas para tolerar un tratamiento odontológico específico en un determinado paciente. Cualquiera que haya sido la causa desencadenante, es de fundamental importancia que el paciente recupere su equilibrio fisiológico. Tanto en una reacción provocada como por un stress excesivo o por drogas, se producirá una crisis si hay depresión en los mecanismos compensadores, en estos casos es importante aumentar la capacidad circulatoria por medio de la oxigenoterapia, y controlar continuamente los signos vitales: presión arterial, pulso y temperatura. Esta actitud deberá mantenerse hasta que el paciente se haya estabilizado.

Aún cuando las drogas nos proporcionan una valiosa ayuda, sólo deben usarse cuando sea necesario.

Se considera que el número de casos de emergencia que surgen en el consultorio, es inversamente proporcional a --

las medidas preventivas tomadas por el dentista.

O B J E T I V O S

- Que el Cirujano Dentista elabore una buena historia clínica para evitar complicaciones a nivel sistémico antes y después del tratamiento dental.
- Que el Cirujano Dentista tenga los conocimientos necesarios para diagnosticar y dar el tratamiento adecuado en caso de emergencia.
- Que se tome en consideración y se prevenga los problemas que se puedan presentar al realizar una extracción dental.

CAPITULO I

CONCEPTO DE EMERGENCIA

DEFINICION:

Se entiende por emergencia, al padecimiento o accidente que pone en peligro la salud y la vida del paciente..

También la podemos definir como el requerimiento de -- una acción inmediata para la preservación de la salud y la vida del paciente:

La actuación del Cirujano Dentista siempre supone un riesgo, pero éste puede ser disminuido por la elaboración de una Historia Clínica cuidadosa, analizando los padeci--- mientos que parezcan desfavorables, para así operar en -- ellos la solución, decidirse con seguridad entre varios métodos, de tratamiento, los cuales ofrecen ventajas, se escogen aquel que cuya aplicación permita mayor celeridad y más certeza en el éxito.

El Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de utili zar sus conocimientos en beneficio de la salud del pacien-- te.

También debe tener conciencia de la importancia del co nocimiento del hombre en su integridad biológicopsicosocial, deberá reconocer los síntomas de una enfermedad antes de -- que esta aparesca, para actuar en los primeros niveles de -

prevención, esto solo se logra cuando el Cirujano está lo suficientemente capacitado para aplicar las medidas y recursos específicos para llevar al individuo al estado de normalidad lo antes posible, o en su defecto, antes de comenzar el tratamiento dental.

Una buena historia clínica valorada cuidadosamente, podrá ser el mejor seguro contra urgencias tanto en el consultorio dental como en el médico.

CASOS DE URGENCIAS EN CONSULTORIO:

a) Sincope: es probablemente la urgencia más común y se asocia generalmente con la administración de la anestesia local.

- La etiología es hipoxia cerebral, resultado del trastorno del mecanismo normal que controla la presión arterial. La dilatación de los vasos espléncicos, causa un descenso en la presión arterial con disminución del flujo sanguíneo cerebral.

- El inicio de esta reacción es de naturaleza psíquica y no deberá interpretarse como reacción de medicamento administrado.

- Los síntomas son:

a₁) Palidez

a₂) Mareo

- a₃) Aturdimiento
- a₄) Piel sudorosa
- a₅) Náuseas
- a₆) (Algunas veces). Pérdida total del co
nocimiento.

- El tratamiento consiste en colocar al paciente - en posición supina, con la cabeza mas baja que - el resto del cuerpo, manteniendo una vía aérea -- permeable, y se deberá administrar oxígeno. Pue- den usarse ligeros estimulantes respiratorios, - como Espiritu Amoniacal.

b) Las reacciones a anestésicos locales: Se caracterizan por una fase inicial de excitación, seguida por una fuerte depresión. El paciente puede volverse - muy intranquilo y alterado, pueden producirse náu- seas y vómito. Si el medicamento se administra por vía intravenosa, la fase inicial de excitación pue- de ser breve, terminando en convulsiones que irán seguidas por notable depresión.

- En el caso de observar cualquier señal de reac-- ción del medicamento durante la inyección, habrá de retirarse inmediatamente la aguja.

- La mayoría de las reacciones de la anestesia lo- cal son de naturaleza menor y puede tratarse pau- latinamente.

- Si se producen convulsiones y éstas se vuelven cada vez más intensas, deberá administrarse por vía intravenosa, para controlar la convulsión, un barbitúrico de acción breve como pentobarbital (Nembutal) o tiopental (Pentothal), y se deberá administrarse oxígeno para asegurar la oxigenación del cerebro adecuada.
- c) En caso de grave estimulación del sistema nervioso Central, Depresión, o Colapso Cardiovascular: El Dentista deberá iniciar el tratamiento, pero también requerir ayuda profesional adicional. Llamar a otros profesionales no significa mala preparación por parte del dentista, sino por el contrario, este demuestra su sensatez y su responsabilidad para con el paciente.
- d) Para evitar reacciones alérgicas al medicamento, el Dentista deberá completar una historia clínica y una valoración adecuada antes de usar el medicamento aspire antes siempre de inyectar.
- Las reacciones alérgicas a los medicamentos pueden variar desde reacciones demoradas, que son más molestas que peligrosas, a reacciones anafilactoides, que son graves y frecuentemente producen la muerte del paciente. La mayor parte de --

los medicamentos que se ocupan en el consultorio, en un momento o en otro, han sido asociados a reacciones alérgicas; Penicilina sulfonamidas y otros antibióticos, asociados a reacciones alérgicas.

- Las reacciones demoradas o menos graves, pueden caracterizarse por inflamación en el sitio de la inyección, ardor, urticaria, etc.
- El tratamiento consiste en Antihistamínicos y cuidados paliativos.

Aunque estos casos de urgencia son raros, el dentista y su personal deberán estar siempre preparados para cualquier accidente que se presente en el consultorio dental.

Un plan de tratamiento bien organizado deberá de ser probado y ensayado para hacer frente a estas situaciones. Los ejercicios de simulacro de urgencia, pueden salvar vidas.

El consultorio dental deberá de estar bien equipado con todo lo necesario para cualquier urgencia que se presente.

BIBLIOGRAFIA

- KRUGER O.G. TRATADO DE CIRUJA BUCAL.
4a. ed. Ed. Interamericana.
México pp. 1-2.

- MCCARTHY M.F. EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA,
2a. ed. Ed. El Ateneo, México
pp. 1-14.

CAPITULO II
PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES QUE SE HACEN
EN LA EXTRACCION DENTARIA.

Principios Generales:

Una técnica cuidadosa basada en conocimientos y habili
dades es el factor más importante para tener éxito en la --
exodoncia. El tejido vivo deberá tratarse con cuidado. El -
manejo poco cuidadoso, incisión incompleta o desgarrada, re
tracción excesiva del colgajo o sutura poco uniforme, espa
cios muertos, etc., aunque sin ser dolorosos para el pacien
te anestesiado dará como resultado daño tisularo o necro---
sis, que ha su vez proporciona un medio excelente para la -
multiplicación de bacterias y así desencadenar la enferme--
dad.

La curación que podría haber ocurrido de primera inten
ción, se verá afectada por la infección, provocándole moles
tias al paciente. La cicatrización deberá ser desde el fon-
do del alveolo hacia la superficie. Hay que evitar traumas
innecesarios por que de lo contrario, causará dolor, infla-
mación excesiva y posiblemente deformación. Para evitar es-
tos inconvenientes se recomienda, manejar las heridas cuida
dosamente y utilizar instrumentos afilados y bien cuidados,
y así tendrá como recompensa una mejor recuperación del pa-
ciente.

PSICOLOGIA

Ciencia del Comportamiento:

La reacción con la que diferentes personas responden - al mismo estímulo varía considerablemente. Los individuos - reaccionan al dolor según su conformación básica, que puede variar desde estoicismo hasta sensibilidad extrema.

Un paciente ocasional que no desee anestesia podrá soportar una extracción, mostrando pocas señales externas de dolor. Otro paciente, bajo profunda anestesia local puede - saltar o alterarse cuando se le coloquen las pinzas sobre - el diente.

El paciente estoico es capaz de desdeñar hasta cierto grado de dolor que esté sintiendo.

Un estudio doble ciego para comparar los efectos sedantes de un agente terapéutico con los de una píldora neutra de igual tamaño y color, se llevó a cabo de manera tal que ni el operador ni el paciente sabían cual píldora contenía el agente activo; se les informó a los pacientes que se les iba administrar un sedante o agente analgésico, no supieron que existía la misma posibilidad de recibir una píldora de azúcar. Al final del experimento, después de registrar las reacciones de todos los pacientes se observó que la mayoría de los pacientes experimentó alivio. Se demostró que en es-

tos pacientes se aliviaba el dolor real no únicamente el dolor imaginario, esto nos indica que no únicamente la anestesia nos puede ayudar sino también los procesos fisiológicos y psicológicos, que se pueden modificar con actitudes psicológicas. Las circunstancias tiene mucho que ver con la percepción del dolor.

El umbral del dolor varía mucho según el individuo, lo que representa un dolor mayor para una persona en un momento dado puede representar menor dolor para otra.

El control emocional en presencia de dolor varía considerablemente. Los pacientes con el mismo umbral del dolor pueden variar, desde el individuo que reacciona en forma exagerada, como el niño sin inhibiciones, como el paciente que no muestra señales externas de dolor.

PACIENTE ANSIOSO

El miedo puede relacionarse con cualquiera de los siguientes factores:

I.- Miedo al miedo mismo:

Esto se debe a experiencias pasadas de algún incidente doloroso durante la infancia y que han sido relegadas al inconciente, e incluso historias de experiencias dolorosas narradas por alguna otra persona, esto puede condicionar al paciente -

al miedo que asocian con el procedimiento. Esto es una reacción introvertida aunque los factores externos como olores, colores y situaciones que son recordados desde hace mucho tiempo puedan revivir recuerdos latentes.

2.- Miedo a la Cirugía:

Cualquier individuo se preocupe en cierto grado por una operación inminente. Los cirujanos generales afirman que el paciente que se enfrenta a la cirugía mayor cuando ha estimulado su corteza suprarrenal no tiene la misma oportunidad de salir -- adelante que un paciente que se presenta sin preocupaciones, todas las personas pasan por situaciones de esfuerzo y alarma en la vida, pero varía la magnitud del factor requerido para producir esas situaciones y la respuesta del individuo a ellas.

Es responsabilidad del Dentista y de todos sus colaboradores o personal en general, reducir este miedo normal a su mínimo absoluto.

Todo practicante que tenga éxito induce en su paciente confianza en él, pues hace desaparecer el miedo natural del paciente. El paciente también deberá estar preparado psicológicamente antes de --- practicar cualquier operación, y en muchos casos -

la preparación se hace por la gran consideración - mostrada por el personal y el practicante, incluso sin emplear palabras. No se deberán hacer extracciones a pacientes que se aferren a los brazos del sillón hasta mostrar los nudillos blancos, se le deberá preparar con premedicación adecuada y dejarlo para otra consulta.

3.- Pacientes de edad avanzada:

Hay que tomar en consideración a la paciente - que es ya de edad avanzada, por los problemas que este pueda presentar, ya sean enfermedades o problemas emocionales, menopausia, etc. cuyos hijos - ya son grandes su esposo siempre está ocupado y no le preste mucha atención y que ha perdido la belleza de su juventud, siempre piensa más allá de las extracciones de piezas anteriores. Por eso hay que tomarla más en cuenta y darle un trato especial. - Este miedo puede estar asociado a la menopausia y así agravarse, también debe recordarse que el dolor experimentado, por un paciente temeroso, realmente lo siente, aun cuando en ciertas enfermedades psicossomáticas no pueden encontrarse base orgánica objetiva del dolor presentado por el paciente.

VALORACION Y PREPARACION.

Antes de iniciar el tratamiento deberá valorarse la -- conformación general psicológica del paciente. La confianza y la seguridad en sí mismo, su actitud general, y su porte dan indicaciones sobre sus reacciones posteiores.

El paciente neurótico sufre inestabilidad nerviosa que deberá tomarse en consideración y manejo adecuado, este tipo de paciente suele ser exageradamente nervioso, por lo -- que trataremos de mostrarle siempre el lado positivo de las cosas y nunca mentirle.

En la presentación verbal del problema de la exodon--- cia, deberá explicarsele al paciente, que deberá esperar de este tipo de tratamiento, las complicaciones que pueden pre sentarse, problemas posoperatorios y explicarle también los cuidados que debe tener después.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MCCARTHY MF. EMERGENCIA EN ODONTOLOGIA,
2a. ed. Ed. Ateneo, México.
pp. 2-20.

CAPÍTULO III

HISTORIA CLINICA

La técnica de evaluación que proponemos ha sido concebida para provecho de todos los dentistas, cualquiera que sea el grado de experiencia o de capacitación. El odontólogo general podrá utilizar exclusivamente la historia clínica de rutina pero a medida que adquiera experiencia, y especialmente si completa sus conocimientos con estudios de pos grado, podrá llegar a una evaluación mas completa del paciente. De acuerdo con su capacidad y su interés en la materia, el odontólogo po-rá desarrollar rápidamente su habilidad para formarse un criterio detallado y preciso sobre el estado físico del paciente o el enfermo.

Antes de consultar con el médico, el dentista debe elaborar cuidadosamente el plan de tratamiento sobre el cual se basa para un exámen completo del paciente. Esto le permititirá adquirir experiencia en la evaluación, formándose -- así, autoridad frente a su colega, ante una situación difícil en la esfera de su actividad profesional.

La siguiente historia clínica puede ser útil a todos los dentistas, cualquiera que sea la especialidad. El cirujano está obligado a someter al paciente a un exámen riguroso, particularmente cuando planea llevar a cabo una cirugía

o una anestesia general. Los riesgos de la anestesia general o de cualquier otro tratamiento pueden ser muy grandes en ciertos casos, como la atestiguan las estadísticas de accidentes serios en el consultorio dental.

El dentista efectúa la historia clínica después de estudiar el cuestionario de la historia preliminar lo cual incluye una evaluación mas específica de los datos positivos derivados del interrogatorio previo.

Historia Clínica tipo formulario, # 67 del Servicio de Anestesia, Sección Odontológica, Los Angeles County General H.

A continuación elaboraremos la siguiente Historia Clínica.

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Nombre del paciente

Sexo

Edad

1.- ¿ Ha sido Ud. paciente de algún hospital en los últimos años y por qué ? _____

2.- ¿ Está Ud. ahora o ha estado bajo atención médica en estos dos últimos años ? _____

3.- ¿ Qué medicamentos ha tomado Ud. durante el último --- año ? _____

4.- ¿ Es Ud. alérgico a la penicilina o a cualquier medicamento ? _____

5.- ¿ Ha tenido alguna hemorragia que haya tenido consecuencias, o requerido tratamiento ? _____

6.- ¿ Marque con un Círculo cualquiera de los siguientes procesos infecciosos o enfermedades que haya tenido ?

ENFERMEDADES CARDIACAS

TUBERCULOSIS

SOPLOS CARDIACOS

HEPATITIS

HIPERTENSION ARTERIAL

ICTERICIA

FIEBRE REUMATICA

ARTRITIS

ASMA

PERDIDA DEL CONOCIMIENTO.

ENFERMEDADES BRONQUIALES

EPILEPSIA

DIABETES MELLITUS TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.

- 7.- ¿ Si está Ud. embarazada indíquelo? _____
- 8.- ¿ Ha tenido otras enfermedades serias ? _____
- _____
- 9.- ¿ Ha comido o bebido algo durante las últimas cua-
tro horas ? _____
- 10.- ¿ Qué enfermedades presentó durante su infancia ?
- _____
- _____
- 11.- Quién va ha acompañarla a su casa hoy saliendo del
Consultorio Dental ?

Nombre

Firma

Fecha

Revisado por el Dr. (a)

Firma del Paciente.

En caso de ser menor de edad la firma del tutor
o el encargado.

Una buena historia clínica deberá contener las siguientes informaciones:

MOLESTIA PRINCIPAL

Se registran, los síntomas presentados por el paciente como cuando apareció el dolor y con que se le quita la molestia o dolor y la duración de este.

PADECIMIENTO ACTUAL.

La descripción que hace el paciente de su padecimiento nos va a facilitar importantes datos acerca de la importancia relativa de los síntomas.

El paciente rara vez describe su padecimiento conciso, y cronológicamente, como empezó y como a evolucionado este.

Muchas veces el paciente no nos describe adecuadamente los síntomas en lo que respecta a la localización, tipo de malestar, regiones de irradiación, la duración, la relación con otras funciones, respuesta a la medicina casera o prescrita y lo mas importante, el estado actual.

ANTECEDENTES

El paciente nos dará información sobre las enfermedades y traumatismos anteriores.

Se especifica el tipo de iniciación, duración, compli-

caciones, secuelas después del tratamiento, lugar del tratamiento, nombre del medico que lo trató en aquella ocasión.

Ejemplos de enfermedades que consideramos importantes para un buen diagnóstico:

REUMATISMO

TUBERCULOSIS

NEUMONIA

ENFERMEDADES VENEREAS

TENDENCIAS A HEMORRAGIAS

HISTORIA SOCIAL Y OCUPACION.

En algunos casos, debido a la naturaleza de la enfermedad actual, se necesita el conocimiento del estado económico del paciente, y de su ocupación (exposición a agentes tóxicos que pueden afectar la salud del paciente, signos profesionales, es decir, ventilación, temperatura e iluminación.

HISTORIA FAMILIAR.

Esta nos da la oportunidad de valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibilidades de adquirir la enfermedad dentro de su propia familia.

EJEMPLOS:

1.- Cáncer (tipo y origen)

- 2.- Diabetes
- 3.- Artritis
- 4.- Enfermedades vasculares (Hipertensión, crisis cardiacas, enfermedades renales).
- 5.- Enfermedades de la sangre, (Hemofilia, Anemia perniciosa, Leucemia).
- 6.- Estados alérgicos, (Asma, Fiebre de heno).
- 7.- Infecciones, (Tuberculosis, Fiebre reumática).

HABITOS.

Esto informa el método de vida que lleva el paciente como: sueño, dieta, ingestión de líquidos. Hay que registrar cuidadosamente las medidas que está tomando. Hay que verificar que medicamentos está tomando como: estimulantes, vitaminas, tranquilizadores, sedantes u otras mediciones, en caso de que las tome, nos deberá mostrar la receta que le expidió el médico.

Cuando exista alguna duda, debido a la historia clínica obtenida, se debe consultar al medico de cabecera para valorar las condiciones física del paciente.

Algunos exámenes de laboratorio pueden ser útiles para establecer el diagnóstico del paciente para mas seguridad -

del Cirujano Dentista.

EXAMEN FISICO.

La historia de rutina, junto con el interrogatorio, -- nos dará en la mayoría de los casos una adecuada evaluación física previa al tratamiento odontológico.

INSPECCION.

La inspección del paciente constituye el primer paso de cualquier exámen físico.

Hay que ejercitarse en el difícil arte de captar realmente las características del paciente mientras se realiza el interrogatorio. Debe presentarse particularmente, mucha atención a los siguientes puntos:

1.- COLOR DE LA PIEL

- Cianosis; cardiopatía, policitemia.
- Palidez; anemia, temor, tendencia al síncope.
- Rubor; fiebre, sobredosificación de atropina, aprensión, hipertiroidismo.
- Hictericia; enfermedad hepática.

2.- OJOS

- Exoftalmos; hipertiroidismo.

- Conjuntivas; palidez (anemia), ictericicia, enfermedad hepática.

3.- MANOS.

- Temblor; hipertiroidismo, aprensión, -- histeria, parkinsonismo, o parálisis -- agitante, epilepsia, esclerosis múlti-- ples, senilidad.

4.- DEDOS

- El palillo de tambor; enfermedad cardiopulmonar.
- Cianosis del lecho ungular; enfermedad cardiaca.

5.- CUELLO

- Distensión de la vena yugular; insufi-- ciencia cardiaca del lado derecho.

6.- TOBILLOS

- Hinchazón; venas varicosas, insuficien-- cia cardiaca del lado derecho, enferme-- dades renales.

PRESION ARTERIAL Y PULSO

Además de la revisión habitual considero que en todo paciente, mayor de 15 años, la determinación de la presión arterial debe ser rutinaria en el consultorio odontológico, y que tal determinación debería repetirse en pacientes que no hayan sido examinados en un periodo de seis meses o más.

Es muy importante valorar la presión sanguínea si se planea administrar sedantes ya sea por vía oral o intravenosa; el mismo concepto se aplica, junto con la determinación del pulso, en los casos en que se sospeche una enfermedad cardíaca o cerebrovascular.

CONSIDERACIONES SOBRE EL PULSO:

- a) En consideraciones naturales, la frecuencia del pulso varía de 60 a 80 por minuto en el adulto, y de 80 a 100 niños.
- b) La frecuencia del pulso deberá hallarse dentro de los límites y las ondas deberán ser tan firmes como regulares.
- c) Cualquier irregularidad en el pulso, salvo extrasístoles muy ocasionales, esto nos indica que el paciente necesita una consulta médica.

EJEMPLOS:

- Las irregularidades del pulso (arritmia completa, --

pulso irregular perpetuo), indican generalmente fibrilación auricular: pueden ser serias o no en lo que respecta al tratamiento odontológico.

- Pulso alternante. Esto indica grave daño al miocardio y se caracteriza por una alternativa regular en el tamaño o la amplitud de la onda de la que se tome del pulso.

PRESION ARTERIAL:

La presión arterial oscila entre 90/60 y 150/100 milímetros de mercurio en el adulto normal. Ya que puede variar de 20 a 30 mm. en un periodo breve, debido al esfuerzo o a la emoción por eso es recomendable tomar varias mediciones, si es que existe alguna duda, hay que tomar la cifra más baja.

Las cifras aisladas no bastan para valorar el grado de hipertensión del paciente. Tal apreciación no solo depende de la presión arterial del enfermo sino tambien -- y muy especialmente -- de la evaluación de su estado general. El paciente tratado con una droga antihipertensiva, con ataques de mayor importancia como es la de cerebrovasculares y con una presión de 160/100, supondrá un riesgo mayor que otro - con hipertensión esencial no tratada, aun con cifras de 190/120 pero sin síntomas de hipertensión. En caso de duda, entonces, no debe bacilarse en consultar al médico correspon-

diente.

Prueba de tiempo de abnea.

Al completar la historia clínico y el examen físico, se pueden tener serias dudas sobre la reserva funcional de un paciente afectado de enfermedad cardiovascular o pulmonar.

Si es así el tiempo de apnea (tiempo durante el cual el paciente puede contener la respiración, es muy útil y de gran precisión considerándosele como de valor similar al de una prueba de esfuerzo, como subir escaleras).

TECNICA:

- 1°.- El paciente inspira profundo.
- 2°.- A continuación obstruye, los orificios nasales con sus dedos para evitar que se le salga el aire, (evitar la expiración).
- 3°.- Contiene la respiración tanto como sea posible y se mide el tiempo alcanzado.

INTERPRETACION :

- 1°.- Los límites superiores varían bastante y pueden ser de más de 35 a 45 segundos.
- 2°.- Resultados de 15 segundos o menos deberá considerarse.

PRUEBAS CLÍNICAS QUE SE PUEDEN HACER EN EL CONSULTORIO.

ANÁLISIS DE LABORATORIO:

Estos son útiles al Cirujano Dentista para obtener un diagnóstico mas completo y correcto. El exámen sistemático de la sangre y de la orina algunas veces nos revela estádos que pueden complicar el tratamiento quirúrgico.

Por ejemplo la glucosuria que debe tratarse antes de la operación. El exámen de la sangre, debe ser sistemático, y hacerse exámenes de orina, de todos los pacientes que se sometan a una extracción complicada (CIRUGIA MAYOR).

El exámen de la sangre debe incluir valor hematócrito y la cantidad de leucocitos, se le denomina como exámen completo de la sangre.

El número normal de leucocitos está dentro de 4,000 y 6,000 células por cm^3 . de sangre. No solo se anotan el número de lucocitos, en lo que respecta en el aumento o la disminución sino también el porcentaje normal; normalmente hay 60 a 70 por 100 de leucocitos plimorfonucleares, 20 a 30 -- por 100 de linfocitos, 4 a 5 por 100 de monocitos, 1 por -- 100 de eusinófilos y 0.5 de basófilos.

Si se sospecha anomalías en estas relaciones, se debe consultar con el médico, los leucocitos polimorfonucleares

tienden a aumentar en procesos o estados inflamatorios agudos y despues de algún traumatismo.

En la ostiomelítis de los maxilares y de la mandíbula, los monositos tienden a aumentar. El hematocrito, nos presenta un índice excelente de volumen de los glóbulos rojos. El volumen de la sedimentación de los glóbulos rojos se expresa en porcentaje despues de que la sangre a sido centrifugada. Si hay 2 ml. de glóbulos rojos sedimentarios en el tubo que contiene 4 ml. de sangre entonces el hematócrito es de 50.

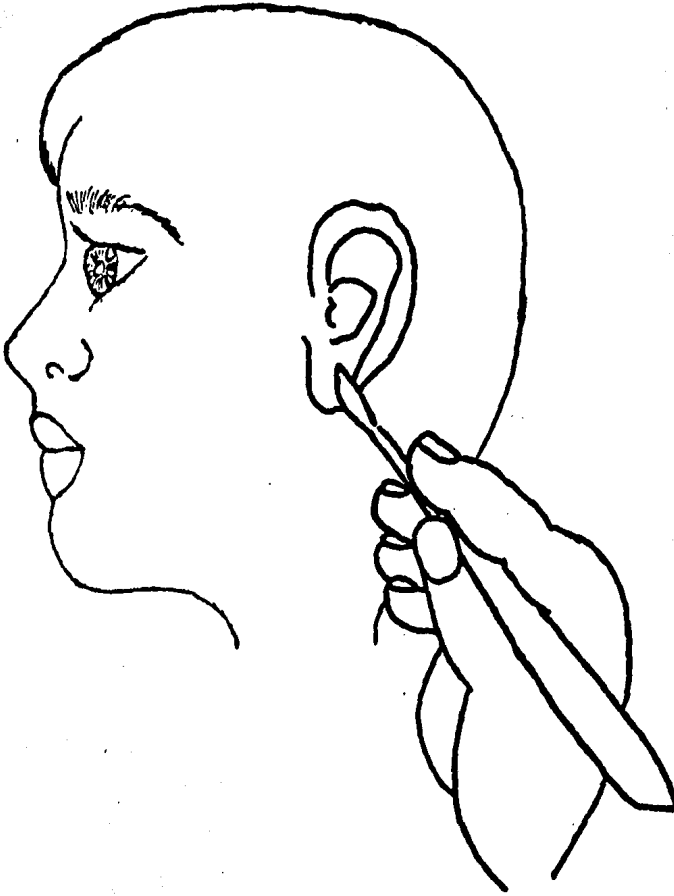
La cifra normal para los hombres es de 50 a 40; y para las mujeres es de 35 a 45. En paciente con valor hematocrito bajo debe atenderse de inmediato, ya que puede necesitar transfusiones. Un hematocrito alto posiblemente es causado por la policitemia.

Puede ser indispensable llevar a cabo otras pruebas de laboratorio, según las necesidades del paciente. Así un paciente que ha presentado hemorragia prolongada puede pedir, tiempo de sangrado, de coagulación y de protonbina. Estas pruebas pueden llevarse a cabo en el consultorio dental. El método de Buket para el tiempo de sangrado, esta se hace mediante una pequeña punción en el lóbulo de la oreja; con una aguja o con la punta del bisturí; cada 30 segundos la sangre se recoge con un papel absorbente. El tiempo normal

de sangrado es de unos 3 minutos.

Para determinar el tiempo de coagulación se colocan varias gotas de sangre en un portaobjetos y cada minuto se pasa una aguja a través de una o dos gotas y cuando la fibrina se adhiere a la aguja, la coagulación se ha llevado a cabo. El tiempo normal es de 7 minutos o menos.

TIEMPO DE SANGRADO

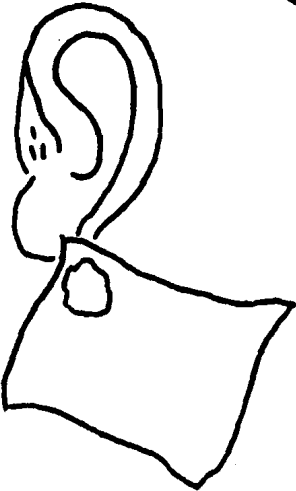


El método de Buket para el tiempo de sangrado consiste en una pequeña punción en el lóbulo de la oreja, con una aguja o con la punta de un bisturí.

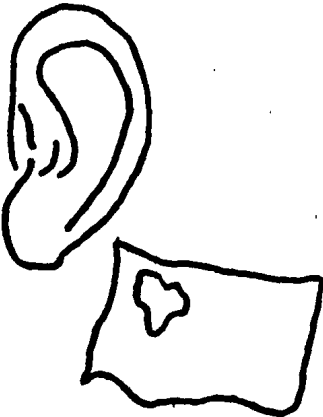
Cada treinta segundos se recoge
la sangre con un papel absorben-
te.



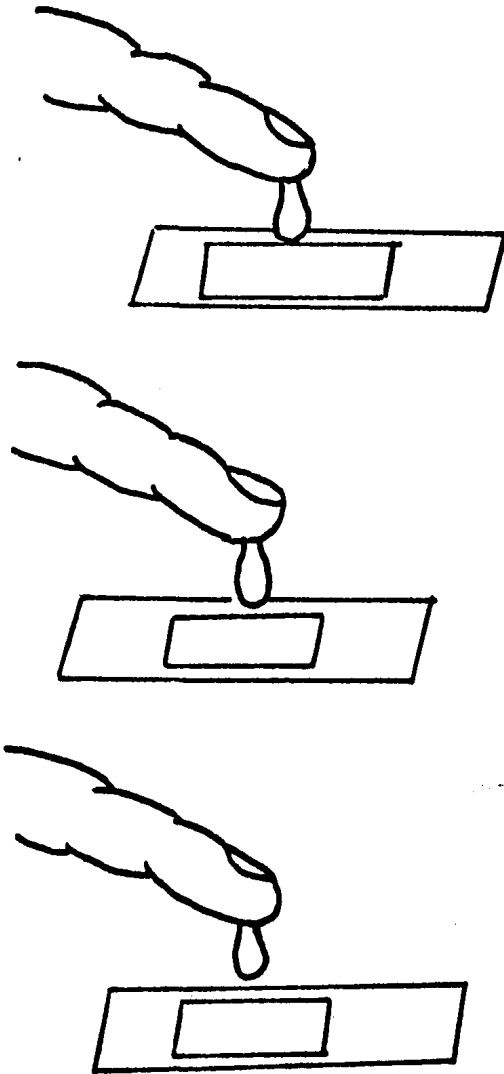
Durante este tiempo, estaremos -
con el paciente, esperando a que
pare por completo el sangrado.



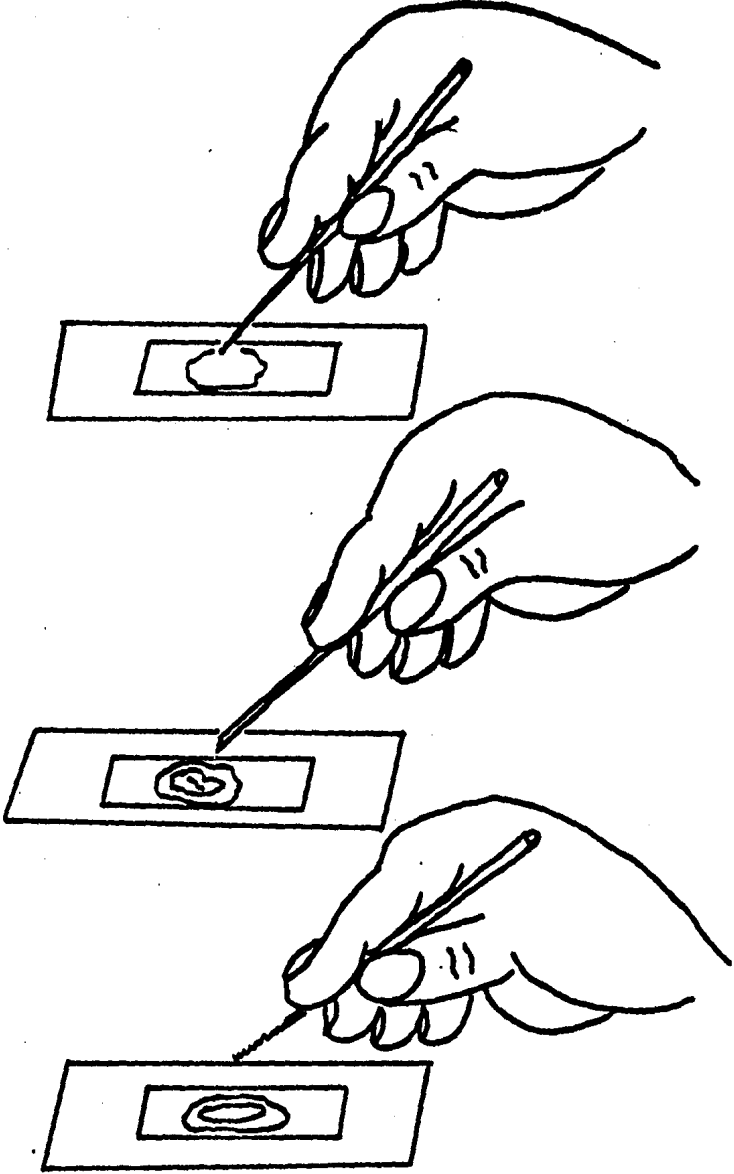
El tiempo normal de sangrado es
de tres minutos.



TIEMPO DE COAGULACION



Para determinar el tiempo de coagulación se colocan en varios portaobjetos una gota de sangre.



Y cada minuto se pasa una aguja por la sangre haciendo un movimiento circular, y cuando la fibrina se adhiera a la aguja, la coagulación se ha llevado a cabo. Tiempo normal 7 minutos o quizás menos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- O. KRUGER GUSTAB
Tratado de cirugía Bucal
Cuarta Edición
Ed. Interamericana.
pp. 1,3

- 2.- M. MCCARTHY FRANK
Emergencias en Odontología
Segunda Edición
E.D. El Ateneo
pp. 3, 14.

- 3.- C.D. MOSCOSO BARRERA ARIEL
Técnicas Quirúrgicas
Facultad de Odontología
Núcleo # 1
pp. 8, 21

- 4.- C. O'BRIEN RICHARD
Radiología dental
Tercera Edición
Ed. El Ateneo.

CAPITULO IV
ENFERMEDADES METABOLICAS
(DIABETES MELLITUS)

Cualquier tratamiento odontológico en un diabético mal compensado implica un grave riesgo. Se ha demostrado que el stress emocional eleva la glucemia y aumenta la tendencia a la acidosis y al coma diabético.

La mayoría de los diabéticos pueden proporcionar una adecuada estimación de su estado clínico, ya que muchos determinan rutinariamente el azúcar contenida en la orina. Si tal determinación es negativa, o si solo muestra vestigios, cabe esperar pocos problemas en el tratamiento odontológico si se toman las precauciones necesarias.

Si el paciente duda con respecto a su estado original o el control de su afección se le interrogará acerca de la presencia de sed excesiva, eliminación abundante de orina o pérdida anormal de peso. (Todos estos síntomas y signos son de la diabetes mal compensada). Si la duda aún subsiste, se ordenará una consulta clínica, explicándole al médico de cabecera el problema que presenta el paciente, que se le haga el estudio adecuado, para posteriormente hacerle el tratamiento odontológico correspondiente.

Corresponde señalar aquí, que el diabético avanzado no

responde con facilidad al tratamiento con antidiabéticos --
orales del tipo dimelor. Pero si el paciente se controla so
lo con la dieta, puede considerarse que su afección no es -
grave.

El diabético presenta una franca tendencia el desarro-
llo prematuro de arterioesclerosis, razón por la cual se in
terroga sobre posibles síntomas de insuficiencia cardiaca,
angina de pecho, etc. No es raro que de acuerdo a cierto --
grado de aprensión, los pacientes concurren a la consulta -
dental sin haber ingerido alimentos; además y dada la fre--
cuencia con que actualmente se realizan varias secciones --
diarias, el paciente puede dejar una o dos comidas en el --
día.

En consecuencia, si el Dentista prevé esta circunstan-
cia puede aconsejarle que disminuye la cantidad de insulina
normal o que incluso la elimine por completo el día del tra
tamiento para prevenir un posible shock insulínico (coma -
hipoglucémico).

La elaboración de azúcar transitoria en la sangre no -
es peligrosa, se puede trabajar así.

HIPERTIROIDISMO

El antecedente de hipertiroidismo debe hacer sospechar de la posibilidad de enfermedad cardiaca o angina de pecho.

Los hipertiroideos moderados con taquicardia, sudores, dolor de cabeza, y manifestaciones de nervios o de estress son malos candidatos para cualquier tratamiento odontológico, pues como consecuencia de su mal presentará complicaciones en el tratamiento.

Al advertir nosotros cualquiera de estas manifestaciones como las mencionadas en el párrafo anterior, continuamos con la práctica dental podremos causarle a este tipo de paciente la muerte.

En estos casos el Cirujano Dentista deberá actuar con cautela y esperar a que este paciente se mejore o bien que consulte con su médico de cabecera, y este nos indique que podemos seguir con el tratamiento odontológico.

En casos de que el paciente no muestre mejoría se pospondrá la cita hasta para dentro de seis meses.

INSUFICIENCIA SUPRARENAL

Debe considerarse la posibilidad de provocar una insuficiencia suprarrenal en todo paciente que haya tomado adrenocortico-esteroides, en los seis meses previos a la consulta.

En algunos casos los tratamientos, incluso aquellos mínimos con la anestesia local o una simple extracción dentaria son capaces de provocar un shock irreversible, por ello es que deberá consultarse previamente con el médico del paciente, quien probablemente restituirá el corticoesteroides antes del tratamiento odontológico.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES

INSUFICIENCIA CARDIACA

La descompensación cardíaca a insuficiencia cardíaca congestiva representa uno de los riesgos más comunes en el consultorio dental.

Con el propósito de simplificar el tema he incluido en esta clasificación tanto la insuficiencia cardiaca izquierda como la derecha.

El síntoma principal es la disnea (PROBLEMA PARA RESPIRAR) o fatiga, y en orden de importancia le sigue el edema (AUMENTO DE VOLUMEN O HINCHAZON DE LOS TOBILLOS), el edema comienza por lo general en los tobillos.

La evaluación en grados de disnea, tal como se verá -- más adelante, es relativamente adecuada para los fines que nos guían.

Preguntas para valorar la insuficiencia cardíaca:

- 1.- ¿ Puede realizar todas sus actividades normales -- sin llegar a fatigarse ?
- 2.- ¿ Puede subir un tramo de escalera sin descender ?
- 3.- ¿ Se le hinchan los tobillos a medida que avanza el día o por la noche?
- 4.- ¿ Debe permanecer sentado para respirar cómodamente por las noches

5.- ¿ Se ha levantado alguna vez con fatiga, por la no
che?

6.- ¿ Cuántas almohadas utiliza para dormir ?

7.- ¿ Ha notado usted alguna anomalía en su peso, (au-
mento considerable de peso)?

8.- ¿ Está tomando medicamento, y que clase de medica-
mento ?

COMENTARIO SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES:

PREGUNTA # 1

Significa pocos riesgos si los otros puntos son negatii
vos. En la valoración no existe ningún otro punto mas import
tante que el hecho de que la capacidad funcional del pacient
te le permita llevar a cabo su actividad normal.

PREGUNTA # 2.

Exista poco tiempo si los otros puntos son negativos.
Años atras en odontología, esta pregunta era virtualmente -
el único factor de valoración antes de la narcosis y la ta-
sa de mortalidad era alta.

PREGUNTA # 3

Mecanismo compensador de la insuficiencia cardiaca cróo
nica del lado derecho.

PREGUNTA # 4.

Conocida como disnéa paroxística nocturna, este se cono

sidera como un síntoma serio, producida por una falla aguda con edema del pulmón. Se le aconseja al paciente, reposo, y que consulte con un médico.

PREGUNTA #5:

Conocido como " ortopnea " o incapacidad para respirar excepto en la posición vertical; es un síntoma serio. Corresponde a un mecanismo compensador que intenta limitar el edema de pulmón.

PREGUNTA # 6.

Que el paciente duerma con dos o tres almohadas indica que presenta aptopnea.

PREGUNTA # 7

Puede indicar una rápida acumulación de líquidos en los tejidos, y el anuncio de una insuficiencia aguda. Este paciente se presenta con los tobillos y piernas hinchadas y posiblemente con el abdomen con un aumento de volumen. Se recomienda una consulta previa.

PREGUNTA # 8.

Si está tomando un diurético, sospeche una insuficiencia cardiaca crónica. Si está tomando digitaline, debe pensar en un episodio de insuficiencia presente o pasada. Si el paciente está compensada y no ofrece ninguna probabilidad de riesgo alguno para el Odontólogo.

ANGINA DE PECHO

Los pacientes con este trastorno representan un riesgo para el Odontólogo, que aquellos con un grado mediano de insuficiencia cardiaca. Se debe recordar que el ataque puede llevar a la trombosis coronaria y a la muerte.

Tal paciente presentará una historia de episodios recurrentes de dolor retroesternal de intensidad variable, con propagación al hombro y brazo izquierdo, muy rara al hombro derecho o a la espalda.

El dolor aparece a menudo a raíz de un esfuerzo o de una excitación, y generalmente calma con el reposo. Este paciente toma generalmente nitroglicerina o una droga similar para aliviarle el dolor. Es aconsejable la consulta con el médico para considerar conjuntamente el plan de tratamiento odontológico.

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON ANGINA DE PECHO:

- 1.- El uso de sedantes está formalmente indicado por tratarse de un paciente que no tolera el stress emocional.
- 2.- No deben escatimarse esfuerzos para lograr una anestesia local efectiva. Se empleará la técnica adecuada.
- 3.- Para el tratamiento odontológico es necesario la

premedicación de nitroglicerina sublingual unos -- cinco minutos antes de la aplicación de la anestesia local. Utilizar si es posible, la dosis de ni troglicerina que el paciente normalmente emplea.

- 4.- Para el alivio del dolor angioso moderado durante el tratamiento odontológico se administrará una o dos tabletas de nitroglicerina sublingual.

Para calmar rápidamente un dolor intenso haga inhalar el contenido de una ampolleta de nitrito de amilo. Y de manera similar, el oxígeno producirá rápido alivio.

- 5.- Trate de que el procedimiento sea lo más rápido posible y esfuercese por no llevar al límite la tolerancia del paciente.

- 6.- Recuerde que el riesgo promedio del paciente angi noso es similar al del paciente cardiaco, con la misma problemática, pero con más cuidados.

Los cuidados que se le debe tener al paciente son muy variados, y cada uno debe tomarse con la mayor atención posible.

- 7.- Si el paciente sufre de dolores de pecho diarios, especialmente relacionados con las comidas y el estress emocional, considérelo un riesgo serio. Solo se recomienda un tratamiento en caso de necesidad, (en caso de urgencia).

TROMBOSIS CORONARIA INFARTO DEL MIOCARDIO

El riesgo de estos pacientes al igual que los anginosos es de un 30 % la mortalidad.

En el comienzo los síntomas de la trombosis coronaria es similar al de la angina de pecho, por el dolor retroesternal pero en este caso, no se alivia ni con reposo ni con nitritos, en este caso es muy comun la disnea, la debilidad y la transpiración fría.

La mayoría de los pacientes que han sufrido un infarto son capaces de suministrar el diagnóstico adecuado durante el interrogatorio.

En este caso nos va hacer de mucha falta una buena historia clínica, pues el paciente enfermo nos va a dar el diagnóstico adecuado, y dependiendo de este podremos ver si podemos proseguir con el tratamiento o detenernos por completo y esperar a que el paciente se reestablezca por completo.

Suele haber, en general, una historia de internación seguida de algunas semanas o meses de inactividad.

Se aconseja la consulta antes de comenzar cualquier tratamiento, para mayor seguridad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- DR. F. G. WILLIAM
Manuel de Fisiología
Sexta Edición
Ed. El Manual Moderno
México.
p.p. 93 a la 542.

CAPITULO V

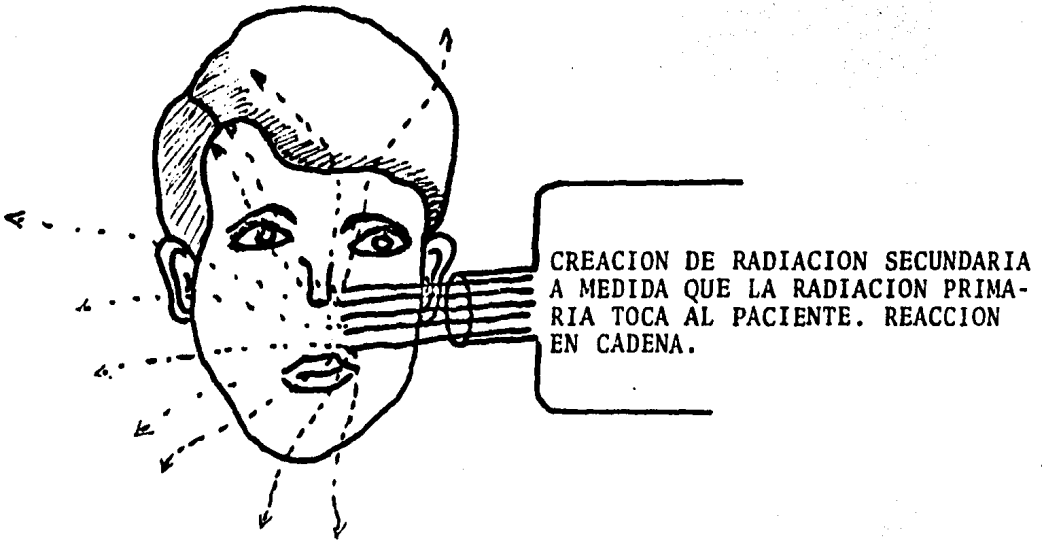
RAYOS X EN ODONTOLOGIA

El estudio de la radiación o rayos X se emplea para fines de diagnóstico y se conoce con el nombre de radiología.

El dentista emplea los rayos X para registrar las sombras de los tejidos bucales en una película. Los rayos X tienen el mismo efecto sobre la emulsión de la película que los rayos luminosos ordinarios. Las sombras de los dientes y del hueso de soporte se proyectan en la película mediante los rayos X, formando una imagen latente que es revelada en forma visible una vez que se ha revelado la película. Esta puede llamarse película de rayos X o radiografía.

El paciente se somete tanto a la radiación primaria como a la secundaria al tomar la radiografía. La radiación primaria es la que se emite desde el tubo de los rayos X. Debido a que este se emplea para exponer la película, haciendo que el paciente se exponga, y recibiendo la radiación primaria. Sin embargo los rayos X no se reflejan en los objetos como lo hacen los rayos de la luz visible, que tienden los rayos X a ser absorbidos por los objetos hacia los cuales se dispara, estos a su vez, emiten rayos X que van a irradiar otras materias en una reacción en cadena, de manera que el cuarto por completo y los objetos que estén

NATURALEZA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS RAYOS X



===== RADIACION PRIMARIA.
..... RADIACION SECUNDARIA.

dentro de él son irradiados.

Esta se debilita o se atenúa al alejarse de la fuente de radiación primaria.

Toda la radiación diferente a la radiación primaria se le denomina radiación secundaria. Como va a todas las direcciones a partir del segundo objeto irradiado, la radiación secundaria a veces se le llama " radiación por diseminación ".

En resumen: los rayos X nos van a servir para diagnosticar mejor el problema del paciente, y saber como actuar - en un momento de emergencia y así poder evitar traumatismos innecesarios.

También nos ayudarán a diferenciar los varios tipos de problemas, que nosotros a simple vista no podemos apreciar.

EJEMPLOS:

- Zonas donde existe caries de 3er. y 4o. grado.
- Hipercementosis (concentración de calcio), esto pueden aparecer:
 - a) Cubriendo toda la raíz
 - b) Cubriendo parte de la raíz
 - c) Extremo apical (que es la más común)

- Quistes
- Todo tipo de infecciones como pulpitis necrosante, abcesos, etc.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- DR. C. O'BRIEN RICHARD.
Radiología Dental
Cuarta Edición
E.D. Interamericana.

CAPITULO VI

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DE LOS DIENTES TEMPORALES

Los accidentes de la extracción de los dientes temporales los consideramos, accidentes que corresponden al diente en sí, al vecino y al germen dentario. Hay además, un conjunto de complicaciones posoperatorias como fracturas alveolares, hemorragias, etc.

Fracturas de Dientes. •

La fractura de los dientes es un accidente frecuente - en el consultorio dental al igual que en clínicas, estas se deben a la falta de precaución. Para facilitar su extracción podríamos dividir o seccionar la pieza para así facilitar - su extracción y así evitar los inconvenientes que signifi--can el estallido de la corona del diente y la búsqueda de - la raíz lastimando al paciente, y corremos el peligro de extraer el germen dentario.

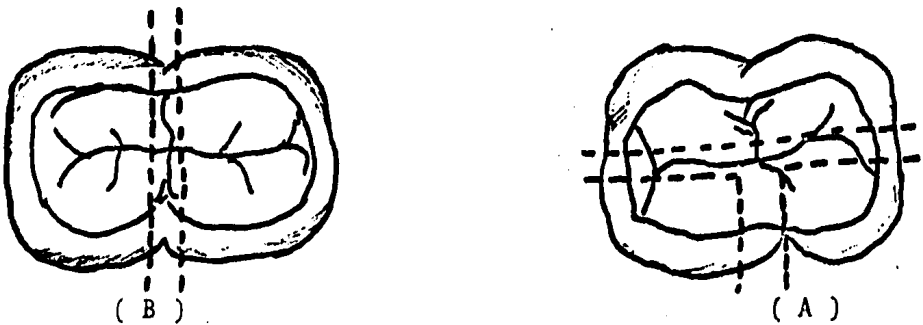
El examen radiográfico es de gran utilidad; los temporales como los pernanentes, pueden presentar anoamlías radiculares y hay que estar enterado uno como Cirujano Dentista para emplear las técnicas o procedimientos indicados para - tales casos. (Extracción por alveolectomía o por odontosección).

Lesión y extracción de los gérmenes de los dientes permanentes.

Este accidente consiste en la lesión y aun en la avulsión del germen de los dientes permanentes en el intento de extraer las raíces de los dientes temporales.

Este tipo de extracciones supone maniobrar bruscar e incontroladas. Por eso muchos autores aconsejan que en los casos de que radiográficamente las raíces estén curvas y encierran entre sí la corona del permanente, se debe de cortar o seccionar para facilitar la salida de las raíces sin perjudicar al germen.

En el caso de la extracción accidental del germen, se puede intentar su reimplantación.



CORTE CON FRESA DE LA CORONA DE LOS MOLARES TEMPORALES, PARA LA EXTRACCION POR ODONTOSECCION.

- A) EN EL MAXILAR SUPERIOR
- B) EN EL MAXILAR INFERIOR (MANDIBULA)

INDICACIONES:

La extracción de dientes temporales está regida por -- los mismos principios que la de los permanentes e impuesta por parecidas indicaciones.

Pero esto no implica que se hagan las extracciones de estas piezas, esta deberá ser demorada lo más posible, hasta acercarse la época en que cronológicamente deben ser --- reemplazados, por lo tanto, el tratamiento conservador de los dientes temporales evitará mutilaciones que pueden ser prevenidas y la secuela de la mal posición dentaria, que es la consecuencia de las extracciones prematuras.

Por consiguiente, las indicaciones para las extracciones de los dientes temporales estarán dadas por las siguientes razones:

- 1o.- Dientes temporales que por cualquier circunstancia no pueden ser tratados, por los procedimientos de la Odontología conservadora.
- 2o.- Complicaciones inflamatorias de las caries con necrosis pulpar.
- 3o.- Retardo de la caída del diente temporal y su persistencia, cuando por la edad del paciente y el examen radiográfico, está indicada la extracción.

La persistencia de la pieza temporal causa malposición

nes de los dientes permanentes de los maxilares, lo mismo -
pasa con las raices de los temporales, cuya persistencia --
provoca la desviación de los dientes permanentes, caries in
terproximales que causa la mesialización de las piezas den-
tarias.

CONTRAINDICACIONES:

- 1o.- No se debe extraer un diente temporal antes de la época de su caída normal.
- 2o.- Cuando un diente temporal no presenta ninguna movilidad en la época en que, normalmente, debe ser reemplazado, no se extraerá jamás antes de verificar que el permanente de reemplazo exista y que esté próximo a hacer su erupción.
- 3o.- Todo diente temporal en retención total en la época de su caída, debe ser extraído para permitir la evolución del permanente.
- 4o.- Cada vez que sea necesario la extracción precoz de un diente temporal, debe tenerse presente que hay que mantener el espacio producido por dicha extracción.
- 5o.- Se pueden extraer, un diente temporal cuando es acuñado o impulsado dentro del hueso por la presión de los dientes vecinos, a esto se le denomina, retención secundaria.
- 6o.- Pueden extraerse los segundos molares temporales cuando se presenta la clase II de Angle, es decir la disto oclusión, para permitir el desplazamiento de los primeros molares permanentes inferiores hacia mesial.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- O. KRUGER GUSTAB
Tratado de Cirugía
Cuarta Edición
E.D. Interamericana.
p.p. 89.

CAPITULO VII

FACTORES QUE COMPLICAN LA EXODONCIA

Muchos de los factores y complicaciones de diversas --
gravedades, algunos de ellos son muy serios, se deben a una
mala ejecución de la técnica, al mal uso de los instrumentos
o a fallas básicas en el momento de realizar las extraccio-
nes.

Entre estas fallas podemos mencionar las siguientes:

- a). Insuficiente estudio del caso.
- b). Visualización insuficiente.
- c). Falta de control en el instrumental.
- d). Apoyo incorrecto del operador.

INSUFICIENTE ESTUDIO DEL CASO

Debemos realizar siempre un minucioso análisis clínico
y un estudio completo radiográfico con el objeto de recoger
todo los datos posibles sobre el estado emocional del pa---
ciente, como antecedentes de exodoncia, y de salud en gene-
ral.

Emocional:

El pacipnte temeroso, nervioso, o inquieto se tratará
adecuadamente y con cautela con el objeto de atenuar o eli-
minar los inconvenientes que su conducta pueda producir.

ANTECEDENTES DE EXODONCIA

Cuando el paciente manifiesta que en extracciones anteriores han sido muy traumáticas y laboriosas, es conveniente hacer un análisis exhaustivo del caso, para utilizar así técnica más adecuada para no lastimar al paciente, como extracciones anteriores que le hayan hecho.

Cuando se trate a pacientes epilépticos o impedidos, se requerirán manejos especiales, estando indicada la anestesia general.

FRACASO EN ASEGURAR LA ANESTESIA

Esto es debido generalmente a una técnica deficiente o a dosis insuficiente del agente anestésico. Se le explicará al paciente que aún cuando pueda sentir presión, no debe sentir ninguna sensación al tacto.

Si este nos demuestra o nos dice que siente presión y no dolor la analgesia se ha obtenido, pero en el caso contrario, que haya dolor la analgesia es nula y se requiere una técnica mejor que la anterior y administrarle anestésico local.

VISUALIZACION INSUFICIENTE

El Cirujano Dentista no consigue visualizar correctamente los dientes a extraer por las siguientes causas:

- 1).- Posición incorrecta del sillón, debido al ángulo del respaldo incorrecto, brazo del sillón muy --- abierto, y a la altura incorrecta del mismo.
- 2).- Foco luminoso insuficiente o mal orientado.
- 3).- Posición inadecuada de la cabeza del paciente en el cabezal.
- 4).- Hemorragia en el campo operatorio.
- 5).- Posición inadecuada del operador: alejado o inclinado lateralmente, parado con los pies juntos, -- apoyado sobre el paciente o al sillón.

FALTA DE CONTROL DEL INSTRUMENTAL

Este es debido al inadecuado uso del instrumental, mala posición del operador y aplicación de fuerzas no controladas en el momento de luxar.

APOYO INCORRECTO DEL OPERADOR

El apoyo incorrecto del operador es debido a vicios de posición o cuando sus manos se encuentran en posición forzada cuando mantiene el equilibrio apoyándose sobre el sillón.

Otro tipo de complicaciones que se pueden presentar son las concernientes al campo operatorio sobre el que vamos a actuar y entre éstas se encuentran las siguientes:

- a).- Dislocación de dientes adyacentes.

- b).- Fractura de la corona al ser extraído.
- c).- Fractura de la raíz del diente al ser extraído.
- d).- Fractura de la mandíbula.
- e).- Dientes móviles.
- f).- Daño a encías.
- g).- Daños a labios.
- h).- Daños a lengua y piso de la boca.
- i).- Dolor posoperatorio debido al daño a los tejidos blandos y duros (esquirlas o restos radiculares).

BIBLIOGRAFIA

1.- M. MC. KARTHY

Emergencias en Odontología

2a. Edición

E.D. El Ateneo.

CAPITULO VIII

COMPLICACIONES QUE CONCERNEN AL CAMPO OPERATORIO SOBRE EL QUE VAMOS A ACTUAR.

Las complicaciones surgen debido a errores de juicios, mal uso de instrumentos, aplicación de fuerzas excesivas, y al no poder obtener visualización adecuada antes de actuar. Un antiguo proverbio " para hacer bien, tienes que ver --- bien", es muy adecuado en la exodoncia.

Entre las complicaciones podremos mencionar las siguientes.

DISLOCACION DE DIENTES ADYACENTES.- Esta complicación se presenta por la aplicación de fuerzas no controladas o excesivas, en las caras proximales de los dientes vecinos, corremos el riesgo de fracturarlas. Por esta razón no debe emplearse un elevador apoyándose en éstos, en ocasiones dejándolos lesionados (con movilidad, fracturados, desalojados de su alveolo).

FRACTURA DE LA CORONA DEL DIENTE AL QUE VAMOS A EXTRAER
Esta fractura se puede evitar colocando bien los fórceps. En caso de que el diente esté debilitado por la caries u ob turaciones voluminosas, especialmente en cuello será inevitable la fractura, pero está en manos del dentista evitar -

cualquier traumatismo para el paciente y los tejidos vecinos o de soporte.

Sin embargo, casi siempre es debido a la aplicación -- inadecuada del fórceps al diente, colocando los bocados de éste sobre la corona en lugar de colocarlos en la bifurcación de las raíces.

FRACTURA DE LA RAIZ DEL DIENTE AL SER EXTRAIDA.- Los factores que causan las fracturas de las raíces son parecidos a los que causan una fractura coronaria, por lo tanto, al evitar estas fallas se reducirá la incidencia de dichas fracturas.

La extracción de una raíz recién fracturada se intenta siguiendo el método cerrado si hay probabilidades de éxito. Sin embargo, si la técnica no es favorable después de cinco minutos tendrá que llevarse a cabo la extracción por procedimiento de Técnica de Colgajo Quirúrgico.

Las raíces residuales se decidirá extraerlas dependiendo del examen radiológico. En ocasiones aparecen en la radiografía circunscrita por una línea periodontal, esto nos demuestra que la raíz no está infectada.

FRACTURA DE MANDIBULA.- La fractura de la mandíbula -- puede ocurrir cuando se utiliza una fuerza excesiva para extraer un diente o cuando existen cambios patológicos que --

han debilitado a la mandíbula. Otros factores predisponen--
tes a la fractura puede ser dientes no erupcionados, quis--
tes o tumores. Cuando se presentan cualquiera de los facto--
res antes mencionados, la extracción debe ser intentada úni--
camente después de un estudio clínico cuidadoso, ayuda ra--
diográfica y férulas.

Se le informará al paciente que habrá una posible frac--
tura del maxilar o mandíbula, y si ésta complicación ocurrie--
se, debe efectuarse el tratamiento de inmediato.

DIENTES MOVILES.- El C. Dentista debe ser prudente, --
puesto que puede existir un tumor, o quiste ubicado en zo--
nas más débiles. También puede deberse a traumatismos o pre--
sencia de enfermedad parodontal.

DAÑOS A ENCIAS.- Este puede ser evitado por un mejor -
manejo del instrumental acompañado de una buena técnica. Si
se adhiere la encía al diente que se está abulcionando, és--
ta deberá ser retirada con un bisturí o con tijeras antes
de proseguir con la extracción. Hay que tener mucho cuidado
con el elevador por que con éste podemos dañar a la encía.

CAÑOS A LABIOS.- El labio puede ser comprimido con el
fórceps (entre los mangos) y los dientes anteriores si --
no se tiene suficiente cuidado. Al igual con el botador, se
puede pellizcar el labio superior si no retiramos el labio

con la mano izquierda en caso de que ocupemos las dos ma--nos, le pediremos al asistente que lo retraiga, para evitar dañarlo.

DAÑO A LENGUA Y PISO DE LA BOCA.- La lengua y piso de la boca no deben ser dañados durante la extracción déntaria si se tiene cuidado en el momento de usar el fórceps y los elevadores. Estos accidentes pueden ocurrir también cuando no se usa la mano izquierda en forma efectiva para retraer los tejidos blandos y protegerlos. La lengua está muy vas--cularizada y puede presentar sangrado abundante si se le --llegara a lesionar. Esta hemorragia puede ser controlada, -jalando la lengua hacia adelante y colocando una sutura.

DOLOR POSOPERATORIO DEBIDO AL TRAUMATISMO DE LOS TEJI--DOS BLANCOS Y DUROS.

Estas complicaciones pueden presentarse por el trauma--tismo del hueso durante la instrumentación, por el sobre--calentamiento del mismo al cortarlo con una fresa o por la falta de limpieza del alveolo.

Los tejidos blandos pueden ser dañados por la falta -de protección en el momento de usar una fresa. La mayoría de estos errores pueden ser evitados actuando con técnicas adecuadas, pero existen complicaciones que desafortunada--mente no pueden prevenirse, entre estas puede mencionarse,-

la osteitis alveolar.

La osteitis alveolar es una de las complicaciones posooperatorio más problemáticas, es una lesión también conocida conocida como alveolo seco, en el cual el coágulo se ha desintegrado acompañándose de mal sabor y olor así como de dolor muy intenso.

ETIOLOGIA: Su etiología es desconocida, pero existen factores que aumentan su frecuencia, entre estos podemos mencionar:

- 1.- Extracciones difíciles, traumáticas o deficientes
- 2.- Desplazamiento del coágulo con infección, hueso expuesto.
- 3.- Dientes que tengan paredes alveolares osteocleróticas debido a una infección crónica.
- 4.- Uso excesivo de vasos constrictores.
- 5.- Instrumental contaminado.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO DEBERA SER PALIATIVO.

Lo primero que debemos hacer cuando se nos presente una alveolítis es raspar bien el alveolo hasta que sangre y lavar perfectamente para eliminar los restos de comida que se hayan acosado dentro del alveolo.

Ya que lavamos bien, vamos a raspar ligeramente para - provocar sangrado y que se forme un coagulo, colocaremos un apósito quirúrgico dentro del alveolo para así controlar la infección y el dolor hasta que el tejido de granulación haya cubierto las paredes del alveolo.

El tratamiento estará encaminado a corregir las molestias y frenar la infección y acelerar la cicatrización.

Al paciente se le prescribe, antibiótico acompañado -- por un analgésico, para evitar el dolor.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- FRANK M. MACKARTHU
- 2.- EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA
- 3.- SEGUNDA EDICION.
- 4.- ED. EL ATENEO.

CAPITULO IX
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
PARA LA EXTRACCION

INDICACIONES.

Se considera candidato a extracción, todo diente que no sea útil al mecanismo dental total.

1.- La patología pulpar, o sea aguda o crónica, en un diente que no es compatible con terapéutica endodóntica condena a dicho diente. Un diente imposible de restaurar con procedimientos periodontales, puede clasificarse en esta categoría incluso cuando no sea demostrada patología pulpar alguna.

2.- La enfermedad periodontal, aguda o crónica, que no sea compatible con tratamiento, puede ser causa de extracción.

3.- Los efectos del traumatismo sobre diente o alveolo a veces van más allá de cualquier posibilidad para la reparación.

Muchos dientes en la línea de fractura del maxilar se extraen para tratar el hueso fracturado.

4.- Los dientes impactados o supernumerarios frecuentemente no toman su lugar en la línea de oclusión.

5.- Consideraciones ortodónticas pueden requerir la extracción de dientes totalmente brotados, dientes en erupción y dientes caducos retenidos mucho tiempo. Los dientes mal colocados y los terceros molares que han perdido sus antagonistas podrían incluirse en la categoría.

6.- Los dientes desvitalizados son focos posibles de infección. Los dientes desvitalizados, negativos radiográficamente, se extraen a veces, como último recurso, a criterio del cirujano dentista.

7.- Las consideraciones protéticas pueden requerir la extracción de uno o más dientes para lograr diseño o estabilidad de la prótesis.

8.- Las consideraciones estéticas a veces son más importantes que los factores meramente funcionales.

9.- Puede existir patología en el hueso circundante -- que incluya al diente, y el tratamiento de esta patología -- puede requerir la extracción del diente. Ejemplos de estos son, quistes, osteomielitis, tumores y necrosis óseas.

10.- Los dientes en la "línea de fuego" de radiación terapéutica planeada en un área cercana se extraen en prevención de la osteoradionecrosis del hueso que puede sobrevenir.

LA ESTERILIZACION COMO INDICACION.

PRINCIPIOS DE LA ESTERILIZACION: Los aspectos fundamentales básicos de los procedimientos de esterilización se expondrán brevemente para tener la seguridad de cumplir con los requisitos de las indicaciones. De hecho, actualmente se ve muy pocas veces un esterilizador de agua hirviendo o un horno de calor seco en servicio en sales de hospital o en clínicas. Los artículos preesterilizados que se usan sólo una vez y se desechan han eliminado la necesidad de este equipo. Así mismo, la esterilización por gas como el óxido de etileno se está usando con base progresivamente limitada. Sin embargo, son técnicas probadas y comprobadas que han prevalecido a lo largo de los años y continuarán siendo seguras hasta que sean suplantadas por mejores métodos en la evaluación progresiva de la tecnología médica.

AUTOCLAVE.

La autoclave es el aparato de preferencia para la esterilización y, generalmente, destruye todos los organismos que forman esporas y hongos. Proporciona calor húmedo en forma de vapor saturado a presión. La combinación de humedad y calor es el medio más eficaz para destruir las bacterias. Los instrumentos y materiales para esterilizar en la autoclave se envuelven en un papel especial, colocando por fuera el nombre del instrumental.

CONTRAINDICACIONES.

Pocas afecciones son contraindicaciones absoluta para la extracción de dientes. Se han extraído dientes en presencia de todo tipo de complicaciones, por necesidad. En estas situaciones, es necesario preparar más al paciente para evitar lesión o muerte o para lograr la curación de la herida local. Por ejemplo, la inyección de un anestésico local, y con mayor razón la extracción de un diente, puede provocar la muerte instantánea en un paciente con crisis de Addison.

La intervención quirúrgica de cualquier tipo, incluyendo exodoncia, puede activar enfermedades generalizadas o locales.

Por lo tanto, se proporciona una lista de contraindicaciones relativas. En ciertos casos, estas afecciones se vuelven contraindicaciones locales absolutas.

CONTRAINDICACIONES LOCALES:

Las contraindicaciones locales se asocian principalmente a infecciones, y en menor grado, a enfermedades malignas.

- 1.- La infección aguda con celulitis debe ser controlada de manera que no se extienda más. El paciente puede presentar toxemia, que trae a consideración la complicación de factores generalizados.

El diente que causó la infección en este momento, en importancia secundaria; sin embargo, para controlar mejor la infección, se extrae el diente -- siempre y cuando ésta extracción no haga peligrar la vida del paciente.

Antes de que existieran los antibióticos, nunca se extraían las piezas dentales hasta que la infección se localizara, se drenara el absceso, y la infección cedería hasta entrar en estado crónico.

Este orden de acontecimientos tomaba mucho más tiempo que el procedimiento actual de extraer el diente en cuanto al nivel adecuado sanguíneo de algún antibiótico específico haya controlado los factores generalizados.

- 2.- La periocoronitis aguda se maneja más conservadoramente que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área, al hecho que el área del tercer molar -- tenga un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos del cuello, y al hecho de que la extracción de este diente es un procedimiento muy complicado que incluye osisección.
- 3.- La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad

labial, debilitante y dolorosa complicada por exodoncia intercurrente.

- 4.- La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará -- con exacerbación del tumor y falta de la curación local.
- 5.- Los maxilares radiados pueden desarrollar radioes teomielitis aguda después de la extracción por -- falta de aporte sanguíneo. La afección es muy dolorosa y puede terminar en muerte.

CONTRAINDICACIONES GENERALES:

Cualquier enfermedad o malfunción generalizada puede complicar una extracción o ser complicada por ella. Estos padecimientos son demasiados numerosos para poder enumerarlos.

Algunas de las contraindicaciones relativas más frecuentes son las siguientes:

- 1.- La diabetes mellitus no controlada se caracteriza por infección de la herida y por que no hay curación normal.
- 2.- Las cardiopatías, como arteriopatías coronaria, hipertensión y descompensación cardiaca, pueden -

complicar la exodoncia. El manejo del paciente -- puede requerir la ayuda de un médico.

- 3.- Las discrasias sanguíneas incluyen anemias sim-- ples o graves, enfermedades hemorrágicas como he- mofilia y la leucemia. La preparación para la ex- tracción varía considerablemente según los facto- res subyacentes.
- 4.- Las enfermedades debilitantes de cualquier tipo - hacen que los pacientes estén bajo alto riesgo si hay insultos traumáticos ulteriores.
- 5.- La enfermedad de Addison, o cualquier deficiencia de esteróides, es estremadamente peligrosa.

El paciente que haya sido tratado por cualquier enfermedad con terapéutica de esteróides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteróides, durante un año puede no te- ner suficiente secreción de corteza suprarrenal - para soportar la situación del esfuerzo de una ex- tracción, sin tomar esteroides adicionales.

- 6.- La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción. -- Una posibilidad sería una endocarditis bacteriana subaguda no diagnosticada, padecimiento que se -- complicará considerablemente con una extracción.

- 7.- La nefritis que requiere tratamiento puede crear un problema al preparar al paciente para la exodoncia.
- 8.- El embarazo sin complicaciones no constituye mayor problema. Los ginecólogos, mantienen opiniones diferentes con respecto al momento en que deben hacerse las extracciones, pero generalmente prefieren que las extracciones necesarias se realicen en el segundo trimestre del embarazo. La menstruación NO representa contraindicación, aunque la exodoncia electiva no se realiza durante el periodo menstrual debido a la menor estabilidad nerviosa y tendencia a la hemorragia de los tejidos.
- 9.- La senilidad es una contraindicación relativa que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica deficiente a la cirugía y un equilibrio negativo de nitrógeno prolongado.
- 10.- Psicosis, neurósis, reflejan inestabilidad nerviosa que complica la exodoncia.

BIBLIOGRAFIA

1.- GUSTAB O. KRUGER

TRATADO DE CIRUGIA

CUARTA EDICION.

ED. INTERAMERICANA.

CAPITULO X
CUIDADOS POSOPERATORIOS

PROCEDIMIENTO DESPUES DE LA EXTRACCION.

Después de la extracción, todas las esquirlas óseas y porciones del diente o de restauración, es cálculos libres, se retiran del alveolo, así como de canales bucales y linguales.

De existir tejido patológico en la región apical, se quietará cuidadosamente con una pequeña cureta. Se elimina o fractura el tejido de granulación, pero no se raspa el hueso. Esto no se hace en el área incisiva superior porque ahí las venas no tienen válvula; consecuentemente, el material infectado o trombos podrían ascender hacia la cavidad del cráneo para formar trombosis del seno cavernoso. Si una radiografía reciente no muestra radiolucidez apical, sería sensato no colocar la cureta en ningún alveolo, puesto que esto sólo inocularía al alveolo con microorganismos y desechos del borde gingival libre, si se usara la cureta original.

El alveolo debe comprimirse con los dedos para volver a establecer la anchura normal que había antes de que la placa fuera expandida quirúrgicamente, en caso de extracción múltiples, los alveolos pueden comprimirse en exceso

hasta en un tercio, lo que elimina la necesidad de alveoloplastía en muchos casos dudosos. Las suturas generalmente no son necesarias a menos que se haya incidido las papilas.

PREVENCION DE INFECCION:

Cuando se prevé infección posoperatoria, pueden colocarse conos de sulfonamidas en los alveolos.

El alveolo se cubre con una compresa de gasa de 7.5 x 7.5 cm. que ha sido doblada en cuartos y humedecida ligeramente en su centro con agua fría, para evitar que la hemorragia del alveolo penetre en la gasa en ese punto, que le haría desgarrarse del resto del coágulo al retirar la gasa, provocando nueva hemorragia. El operador no toca el lado de la gasa colocado sobre la herida por razones de asepsia. Cuando la compresa que cubre está en su lugar, se retira la compresa originalmente colocada sobre la lengua. Gracias a este método la saliva y los desechos se mantienen fuera del alveolo.

Se pide al paciente que muerda la esponja durante cinco minutos.

Pasado este tiempo, se toma una radiografía posoperatoria por razones legales así como profesionales, y se coloca otra compresa estéril humedecida, que deberá permanecer en su lugar hasta llegar el paciente a casa. Si se sigue este

procedimiento, se producirán pocos casos de hemorragia posoperatoria.

Se facilita al paciente una hoja de indicaciones o instrucciones impresas, junto con una receta si se prevé dolor, y medicamento para evitar cualquier infección.

Los medicamentos analgésicos deberán empezar a administrarse en cuanto el paciente vuelva a casa, mucho antes de que desaparezca el efecto del anestésico local.

Y finalmente se le da una cita para un examen posoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- GUSTAB O. KRUGER
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
CUARTA EDICION
ED. INTERAMERICANA.

CONCLUSIONES

El Cirujano Dentista debe elaborar una Historia Clínica completa y realizar las pruebas de laboratorio en el Consultorio Dental para diagnosticar y prevenir cualquier complicación a nivel sistémico dentro del consultorio dental.

Debe de haber una comunicación entre el Cirujano Dentista y el médico de práctica general para el buen manejo del paciente y así evitar una complicación.

Esta interacción debe de hacerse porque el campo del Cirujano Dentista no solo abarca las piezas dentarias.

El Cirujano Dentista debe de tener el instrumental adecuado para la realización de cualquier extracción dental, así como la toma de radiografías por muy fácil que éstas parecen. Esta será de mucha ayuda porque estamos previniendo cualquier accidente a nivel bucal, en nuestro paciente.

El Cirujano Dentista además debe tomar en consideración la farmacodinamia y farmacodinámica de los medicamentos que utilizamos en nuestra práctica general y la interacción que puede haber con otros fármacos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Emergencias en Odontología
 Frank M. McCarthy
 Ed. El Ateneo
 Segunda Edición

- 2 Tratado de Cirugía Buca
 Gustav O. Kruger
 Ed. interamericana
 Cuarta edición.

- 3 Técnicas Quirúrgicas
 C.D. Ariel Moscoso Barrera
 Facultad de Odontología
 Núcleo # 1

- 4 Radiología dental
 Richard C. O'Brien
 Ed. Interamericana
 Tercera Edición

- 5 Manual de Fisiología Médica
 Dr. Willian F. G.
 Ed. El Manual Moderno
 Sexta Edición.