



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**“ACCIDENTES QUE SE PRESENTAN CON MAS
FRECUENCIA EN EXODONCIA”**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

MARIA TERESITA VALDEZ ELIAS-GONZALEZ



México, D. F.

1981



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.

Introducción

- APITULO I .- Definición
- APITULO II.- Historia Clínica
- APITULO III.- Instrumental usado en exodoncia
- APITULO IV .- Indicaciones y contraindicaciones
- APITULO V.- Preparación del campo operatorio :
 - a).- Asepsia y Antiseptia
 - b).- Anestesia
- APITULO VI.- Accidentes:
 - a).- Fractura de los dientes
 - b).- Fractura y luxación de los dientes vecinos
 - c).- Fractura del instrumental
 - d).- Fractura del maxilar :
 - 1.- Fractura del borde alveolar
 - 2.- Fractura de la tuberosidad del maxilar
 - 3.- Fractura total del maxilar inferior
 - 4.- Perforación de la tabla vestibular ó palatina.
 - e).- Lesión del seno maxilar :
 - 1.- Perforación del seno maxilar
 - 2.- Penetración de la raíz en el seno
 - 3.- Extracción de la raíz en el seno maxil
 - f).- Penetración en el seno maxilar
 - g).- Penetración de un diente en regiones vecin

- h).- Luxación del maxilar inferior
- i).- Lesión de las partes blandas vecinas
- j).- Lesión de los troncos nerviosos
- k).- Hematoma
- l).- Alveolitis
- m).- Hemorragia :
 - mediata
 - inmediata

CAPITULO VII.- Cuidados Postoperatorios:

- a).- Higiene de la cavidad
- b).- Fisioterapia
- c).- Cuidados de la herida
- d).- Dieta Postoperatoria

CAPITULO VIII.- Conclusiones.

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

INTRODUCCION

El éxito logrado por la Odontología conservadora en la actualidad, ha disminuído notablemente el porcentaje de dientes a extraer, — pero si analizamos el medio en el que nos desenvolvemos, carente de una educación odontológica adecuada y lleno de necesidades económicas nos lleve a tan drásticas resoluciones.

Dentro de la práctica de la Odontología se debe tomar en cuenta — que siempre existe la probabilidad de un accidente.

Desde luego éstos accidentes son muchos y el tratamiento es diferente en cada caso.

El trabajo que a continuación presento trata sobre accidentes en la extracción dentaria, en él solamente menciono los que he considerado de mayor incidencia en el ejercicio de la profesión.

C A P I T U L O I

D E F I N I C I O N

C A P I T U L O I

D E F I N I C I O N

La Exodoncia, es la rama de la Odontología que se encarga de la -
remoción parcial o total de las piezas dentarias.

La extracción dentaria es una intervención cuyo objetivo es el --
aflojamiento más respetuoso posible para los tejidos blandos y --
las conexiones ligamentarias entre el diente y el maxilar; en --
otras palabras es el acto quirúrgico caracterizado por la anula--
ción previa anestesia de una o varias piezas dentarias de su al--
veolo.

Para poder lograr el éxito total no debemos olvidar los conceptos
de asepsia y antisepsia, el tipo de anestesia e instrumentos a --
utilizar así como el estudio general del paciente, para poder pre-
venir accidentes durante la intervención o posteriores a ella.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

El inicio de una intervención por sencilla o complicada que sea, siempre deberá ir acompañada de una historia clínica, la cual es de gran importancia para el Cirujano Dentista, ya que nos proporciona datos que nos llevará a conocer tanto el estado estomatológico como general del paciente y así podremos efectuar un buen diagnóstico el cuál tomaremos como base para nuestro pronóstico y proporcionar el tratamiento adecuado.

La historia clínica la podemos realizar de la siguiente manera :

- 1).- Datos personales :
 - a).- Nombre
 - b).- Ocupación
 - c).- Sexo
 - d).- Edad del paciente
 - e).- Fecha y lugar de nacimiento
 - f).- Domicilio
 - g).- Teléfono

2).- En el aspecto físico del paciente tomaremos en cuenta :

- a).- Estatura aproximada del paciente
- b).- Peso y color de la piel
- c).- Movimientos que realiza al caminar
- d).- Su forma de expresarse
- e).- Su estado depresivo, nervioso, etc.

3).- Padecimiento que originó la consulta con el Cirujano Dentista tomando en cuenta:

- a).- Síntomas
- b).- Iniciación del padecimiento que le afecta
- c).- Causas probables

4).- Aspecto físico de la cara y cuello:

- a).- Expresión facial
- b).- Lesiones cutáneas
- c).- Hipertrofias
- d).- Parestesias
- e).- Asimetrías
- f).- En cuello utilizaremos el método de palpación en ganglios y glándulas

5).- Exploración de la cavidad oral, la cual se lleva a cabo en el siguiente orden:

- a).- Labios
- b).- Mucosa oral
- c).- Fondo de saco
- d).- Paladar
- e).- Lengua
- f).- Piso de la boca
- g).- Encías
- h).- Piezas dentarias

6).- Padecimiento actual.- Este lo obtendrá el odontólogo con los datos y observaciones anteriores. Puede ser de origen dentario u orgánico.

7).- Antecedentes familiares.- Padecimiento importante en algún familiar como :

- a).- Diabetes
- b).- Hemofilia
- c).- Sífilis
- d).- Cáncer, etc.

Estas enfermedades son predisponentes y pueden desencadenar su mecanismo de acción en la descendencia familiar ya sea genéticamente o por vía sanguínea.

8).- Antecedentes personales patológicos.- Se le pregunta al paciente las enfermedades que sufrió durante su infancia sus principales estados alérgicos, intervenciones quirúrgicas -- que se le hayan practicado anteriormente.

9).- Aparatos y sistemas:

A).- Aparato cardiovascular:

- a).- Palpitaciones (Taquicardia)
- b).- Dolor precordial
- c).- Dolor de cabeza (Cefalea)
- d).- Mareos
- e).- Dificultad al respirar (Disnea)
- f).- Edema en los tobillos
- g).- Desmayos (Lipotimias)

B).- Aparato renal:

- a).- Necesidad frecuente de orinar (poliuria)
- b).- Presencia de secreciones purulentas en la orina
- c).- Dolor al orinar
- d).- Presencia de sangre en la orina
- e).- Edema en los párpados

C).- Sistema nervioso:

- a).- Irritabilidad
- b).- Problemas emocionales en la consulta
- c).- Problemas de epilepsia
- d).- Problemas parkinsonianos
- e).- Perálisis
- f).- Parestesia (preguntar la causa)

D).- Aparato Digestivo:

- a).- Falta de apetito (anorexia)
- b).- Dificultad en la digestión
- c).- Diarreas
- d).- Meteorismo
- e).- Dolor de estómago
- f).- Estreñimiento
- g).- Parasitosis

E).- Aparato respiratorio:

- a).- Hemorragias nasales (epistaxis)
- b).- Sangre al toser
- c).- Expectoraciones
- d).- Dificultad al respirar (disnea)
- e).- Cianosis

Ff.- Estados fisiológicos de la mujer. Estos pueden estar alterados por el temor a un determinado tratamiento dental.

- a).- Menstruación
- b).- Menarquia (primera menstruación)
- c).- Disminorreas (dolor menstrual)
- d).- Menopausia
- e).- Embarazo

10.- Estudio radiográfico de la cavidad bucal el cuál es de suma importancia para el odontólogo.

En caso de existir alguna duda por parte del Cirujano Dentista, se puede ayudar por medio de análisis de laboratorio.

C A P I T U L O I I I

INSTRUMENTAL USADO EN EXODONCIA

C A P I T U L O I I I

INSTRUMENTAL USADO EN EXODONCIA

Para toda intervención quirúrgica realizada a nivel bucal, es necesario contar con el instrumental adecuado el cuál mencionaré a continuación.

1.- Forceps

2.- Elevadores o botadores

3.- Instrumentos para cortar hueso :

a).- Osteotomos

b).- Escoplo y martillo

c).- Fresas

4.- Instrumentos para sección de tejidos blandos :

a).- Bisturí

b).- Tijeras

c).- Instrumentos de galvano y termocauterio

d).- Legras, periostotomos, espátulas romas

5.- Otros instrumentos como :

a).- Agujas de sutura

- b).- Porte agujas
- c).- Material de sutura
- d).- Jeringas

1.- Forceps.-

Estos instrumentos constan de dos partes: una pasiva y otra activa.

La parte pasiva es el mango de los forceps, cuyas ramas son paralelas y según los distintos modelos éstas se adaptan a la palma de la mano derecha. Están labradas en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador, evitando así traumatismos al paciente.

La parte activa del forcep se adapta a la corona anatómica -- del diente. Sus caras externas son lisas y las internas además de ser cóncavas presentan estrías para impedir su deslizamiento.

2.- Elevadores o botadores.-

Su aplicación en la estodoncia se basa en palancas de primer y segundo grado.

Además de la palanca propiamente dicha debemos considerar --
tres factores los cuales son :

1.- Punto de Apoyo.- Para lograr elevar un diente o una raíz dentaria debe valerse de un punto de apoyo dado en exodog-
cía por el hueso maxilar o los dientes vecinos. Si el --
borde alveolar es fuerte y resistente nos permitirá el --
apoyo necesario para movilizar un diente retenido en la--
plantación normal o raíces dentarias.

El apoyo generalmente se logra en ángulo mesio-bucal del
diente a extraer, pero también puede aplicarse por lingual,
palatino, distal o bucal, cuándo las condiciones del diag-
te lo exijan.

2.- Potencia.- Esta varía de acuerdo a la implantación y resis-
tencia que presenta el diente a extraer siguiendo el prin-
cipio de Física que dice: " que cuándo está más cerca el -
punto de apoyo de la resistencia del diente a extraer será
mayor la eficacia de la fuerza a emplearse".

3.- Resistencia.- Está representada por la disposición radicu-
lar del diente a extraer por el hueso que lo cubre y rodea
y la calidad de éste hueso, es decir, su mayor o menor ---

calcificación y la edad del paciente.

3.- Instrumentos para cortar hueso.- Son utilizados para extraer dientes que permanecen retenidos en los maxilares, siendo -- necesario resecar las estructuras que los cubran.

a).- Osteotomos.- En el comercio tenemos a nuestra disposición los osteotomos de Winter y los cinceles para hueso a presión manual de Mead.

b).- Escoplo y martillo.- El escoplo es impulsado por el martillo. En exodoncia utilizamos los rectos y de media caña.

Se usan para practicar la osteotomía o para dividir los -- dientes seccionándolos en trozos con el objeto de facilitar su extracción.

c).- Fresas.- Son el instrumento más útil y menos traumatizante en exodoncia. Las hay de carburo y diamante.

4.- Instrumentos para sección de tejidos blandos.-

a).- Bisturí.- En cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí de hoja corta. El instrumento consta de mango y de una hoja -- la cual puede tener distintas formas y tamaños.

Hay otros tipos de bisturí cuya principal característica es la curvatura de su hoja en forma de hoz con filo en sus dos bordes.

- b).- Tijeras.- Las que tienen mayor aplicación son las rectas y las curvas que se utilizan para cortar los puntos de sutura y trozos de colgajo, etc..
- c).- Instrumentos de galvano y termocauterio.- Estos instrumentos son utilizados para la sección de tejidos blandos por métodos eléctricos ó térmicos, así como para incidir abscesos o destruir los capuchones que cubren al tercer molar.
- d).- Logras, periostotomos, espátulas romas.- Son instrumentos que nos sirven para la separación de la fibra mucosa primariamente incidida por el bisturí con el objeto de preparar el colgajo.

5.- Otros instrumentos como:

- a).- Agujas para suturar.- Las hay curvas y rectas, las cuales las utilizamos para suturar los colgajos.
- b).- Porta - agujas.

c).- Material de sutura.- Tal como catgut, cera, nylon, etc.

d).- Jeringas.- Se utilizan para efectuar el bloqueo regional o local; para hacer punción exploradora con fines diagnóstico.

•

C A P I T U L O I V

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

CAPITULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

I.- Indicaciones de la exodoncia.-

Actualmente por la odontología conservadora y sus adelantos - ha disminuído notablemente el porcentaje de dientes a extraer.

Las indicaciones son las siguientes:

A).- Afecciones dentarias:

- a).- Afecciones pulpares para las cuales no hubiera tratamiento conservador.
- b).- Caries de cuarto grado que no pueden ser tratadas.
- c).- Complicaciones de dichas caries.

B).- Afecciones del paratendio:

En paradentosis (afecciones que involucran todo tejido -- blando y tejido de sostén) que no pueden ser tratadas. -- En ocasiones es necesario extraer un diente sano cuando - su aparato de sostén no ayuda a los requerimientos fisiológicos con motivo de afección o de lesión mecánica o - -

cuando en su zona se desarrolla un proceso paradental --
progresivo hacia la profundidad que compromete el estado
de dientes vecinos.

C).- Razones protéticas, estéticas u ortodónticas:

- a).- En dientes temporales persistentes.
- b).- Dientes supernumerarios.
- c).- En dientes permanentes cuándo las indicaciones hayan
sido dadas por el protesista.
- d).- Piezas dentarias cuyo alineamiento no es posible me-
diante la ortodoncia.
- e).- Dientes supernumerarios y ectópicos que molestan es-
tética y funcionalmente.
- f).- Restos radiculares.
- g).- Dientes retenidos o incluidos.

D).- Anomalías de sitio:

- a).- Dientes retenidos y semiretenidos sin tratamiento --
ortodóntico.

b).- Dientes que permanezcan retenidos en los maxilares - cuando producen accidentes de tipo nervioso, inflamatorio o tumoral.

c).- Dientes situados en zonas patológicas tales como - quistes, neoplasias, etc.

E).- Accidentes de erupción de los terceros molares:

Estos indican la eliminación del diente causante. Es un accidente mucoso ya que las complicaciones ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido a nivel de -- capuchón que cubre total o parcialmente la pieza. Se ingtala un proceso inflamatorio con sus signos característicos (rubor, tumor, dolor y calor).

2.- Contraindicaciones de la extracción.-

Estos se pueden clasificar relacionándoles con el diente en sí, con los tejidos peridentales o con el estado general del paciente.

A).- Contraindicaciones por causas locales:

a).- Infecciones gingivales agudas.

b).- Infecciones difusas agudas.

c).- Infecciones pericoronarias agudas como en el caso -
de los terceros molares.

8).- Contraindicaciones por causas generales:

a).- Estados fisiológicos de la mujer:

1.- Menstruación.- El concepto sobre éste estado fisiológico ha variado en los últimos años, ya no está contraindicada la exodoncia salvo que tal -- estado cree en el paciente particulares problemas.

2.- Embarazo.- Este, a excepción hecha de ciertos casos particulares no es una contraindicación para la extracción; acarrea más trastornos para la paciente y su hijo los inconvenientes del dolor y - las complicaciones dentarias que el acto quirúrgico de la extracción.

Cuanto más adelantada esté la gestación son menos los inconvenientes.

Los casos particulares que se mencionaron para -- contraindicar la exodoncia en los embarazos se refieren a estados patológicos en los cuales el obstetra informará al odontólogo la oportunidad de efectuar la extracción dentaria.

b).- Ciertos padecimientos nerviosos.

c).- Discracias sanguíneas.- Tales como hemofilia, anemia
intensa, leucemia, etc.

C A P I T U L O V

PREPARACION DEL CAMPO OPERATORIO

CAPITULO V

PREPARACION DEL CAMPO OPERATORIO

A) .- Asepsia y Antisepsia

B) .- Anestesia

A).- Asepsia y antisepsia .-

Es importante que para cualquier intervención quirúrgica se tengan presentes las fases de la asepsia y así poderlas aplicar al campo operatorio que se va a intervenir.

Vamos a encontrarnos que la cavidad oral no está quirúrgicamente limpia, sin embargo, se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de realizar nuestra intervención.

Un antiséptico generalmente es considerado como una sustancia la cuál detiene o inhibe el crecimiento de microorganismos sin que haya necesidad de matarlos.

La asepsia y la antisepsia nos brinda los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección.

Etimológicamente asepsia connota la idea de evitar la contaminación por agentes sépticos de todo aquello que va a tener contac

to con el campo quirúrgico. En tanto que antisepsia hace pensar en la forma de combatir la infección provocada por agentes microbianos.

La asepsia tiene por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de éstos al organismo y la antisepsia se encarga de destruir dichos gérmenes cuando ya han penetrado a tel organismo, y para ello se hace uso de agentes químicos llamados antisépticos.

Cuando se habla de asepsia, se piensa en esterilización, ésto es de la destrucción de elementos sépticos. La esterilización se puede realizar por distintos medios, que pueden ser: físicos, químicos y biológicos.

Entre los medios físicos encontramos los procedimientos mecánicos; el más sencillo y más utilizado es el lavado mediante agua y jabón que obra como un barrido depurador que arrastra y elimina las materias contaminadoras.

La temperatura es otro de los agentes físicos más empleados para lograr la esterilización; para ello puede hacerse uso de calor seco o de calor húmedo.

También entre los agentes físicos tenemos el autoclave.

Los agentes químicos llamados antisépticos o germicidas son de gran utilidad para esterilizar el material que puede alterarse por la acción del calor o la humedad y también como coadyuvante en la asepsia de los tegumentos en el área quirúrgica.

El poder de los antisépticos depende de la cantidad y calidad de los gérmenes, de la resistencia de los mismos para el antiséptico y de la solubilidad de su envoltura externa en el medio antiséptico.

El poder germicida de los antisépticos no es absoluto y la esterilización por medio de soluciones ó tinturas antisépticas debe llenar varios requisitos indispensables:

- 1o.- Que la superficie del objeto por esterilizar esté limpia y desprovista de toda substancia insoluble en el medio antiséptico.
- 2o.- Que el objeto se mantenga en total inmersión en el líquido antiséptico.
- 3o.- Que éste permanezca completamente cubierto por el líquido antiséptico por lo menos de 12 a 24 horas.

8).- Anestesia.-

La finalidad que persigue la anestesia es la supresión de la sensibilidad en forma temporal sin comprometer las funciones vitales del individuo mediante la acción de fármacos aplicados por medio de procedimientos especiales.

Sin la supresión del dolor gracias al descubrimiento de los anestésicos, la Cirugía no podría haber progresado en la escala y con la eficacia que se ha logrado hasta nuestros días.

Desde hace mucho tiempo la anestesia ha prestado una valiosa ayuda a la práctica de la Odontología.

1.- Anestesia general.- En la actualidad el campo de acción del Cirujano Dentista es muy vasto, las intervenciones que practica son muy numerosas e importantes, sus instrumentos y técnicas son tan adecuadas como las de cualquier otra especialidad. Encuentra en la anestesia general un método seguro y eficaz que le ayudará a resolver un gran número de problemas.

Entre las indicaciones para usar anestesia general en la práctica odontológica diaria se puede citar:

- a).- Alergia al anestésico local.
- b).- Intervenciones de larga duración.
- c).- Pacientes con enfermedad asociada y de éstas las más frecuentes son diabetes, hipertensión arterial, deficiencias mentales, etc...., en las cuáles la anestesia local o regional es tan peligrosa como la general puesto que en la mayoría de los consultorios dentales no se cuenta con ningún medio para poder tratar ninguna complicación que sobrevenga.

Para poder calcular el riesgo anestésico de una persona se toman en consideración dos puntos fundamentales: el estado físico actual del paciente el cual se puede valorar elaborando la historia clínica.

Por otro lado tomamos en cuenta el tipo de la intervención a efectuar, si es traumática o no, si se presenta hemorragia, la posición durante ella y el tiempo de duración aproximado.

Hecha ya la valoración del riesgo anestésico el siguiente paso será la preparación para la anestesia. Hay que tomar en cuenta para ello tres factores importantes que son:

- a).- Ayuno
- b).- Medicación previa a la anestesia
- c).- Reposo

La anestesia general para tratamientos dentales - -
requiere de ciertas características especiales las
cuales son:

- a).- Deben ser NO explosivos
- b).- De rápida eliminación
- c).- Intubación neso-traqueal

La recuperación total del paciente deberá ser en un
lugar apropiado, rodeado de todos los cuidados posi-
bles teniendo a la mano los medicamentos que pudie-
ran necesitarse para evitar alguna complicación no
prevista o de aquellos trastornos que son inherentes
al acto quirúrgico como son el dolor, la náusea y el
vómito.

- 2.- Anestesia local. - Los anestésicos locales se definen como
las sustancias químicas que pueden bloquear la conducción
nerviosa al aplicarlos localmente a tejidos nerviosos en

concentraciones que no lesionen permanentemente dichos tejidos.

Tomando en cuenta las condiciones fisiológicas y en base al estado emocional del paciente, el Cirujano Dentista deberá seleccionar el anestésico a utilizar.

Un buen anestésico local debe reunir los siguientes requisitos:

- a).- Período de latencia corto.
- b).- Duración adecuada al tipo de intervención.
- c).- Compatibilidad con vasopresores.
- d).- Difusión conveniente.
- e).- Estabilidad de las soluciones.
- f).- Baja toxicidad sistémica.
- g).- Alta incidencia de acción anestésica.

3.- Anestesia infiltrativa.- La anestesia por infiltración local se obtiene inyectando la solución anestésica a través de las membranas mucosas y depositándola sobre el peristio en la proximidad de los ápices de los dientes.

Al difundirse a través del periostio, el anestésico penetra hasta las fibras nerviosas para bloquear la transmisión del dolor.

Durante la realización de la anestesia infiltrativa o después de ella puede ocurrir una serie de complicaciones y accidentes los cuales pueden ser: mediatos o inmediatos.

1).- Accidentes inmediatos.-

- a).- Dolor.- Al aplicar una inyección, la aguja puede tocar un nervio originándose por éste motivo dolor de distinta índole, el que puede persistir horas o días. El dolor post-inyección se puede deber a inyecciones con agujas sin filo que desgarran los tejidos, a la introducción de las soluciones anestésicas muy calientes, muy frías o demasiado rápidas. El desgarro de los tejidos gingivales y sobre todo el periostio es causa de molestias postoperatorias de intensidad variable.

b).- Lipotimia, Síncopa.- La etiología, en algunas ocasiones es neurogénico siendo el miedo la causa originaria. La adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante entre o no en juego la patología cardíaca del paciente.

Es un accidente frecuente durante la anestesia o algunos minutos después.

El paciente trae el cuadro típico consistente en: palidez, taquicardia, respiración ansiosa; de éste estado puede recuperarse en pocos minutos o entrar en un cuadro más serio, afortunadamente poco común que es el síncope.

En éste caso el pulso se hace filiforme o imperceptible, la respiración entrecortada. Esto suele suceder en el transcurso de la administración de cualquier tipo de anestesia local pero sucede más a menudo en la troncular. Si la anestesia se llega a colocar en un vaso sanguíneo ésto hace más importante la gravedad del cuadro.

Tratamiento de la lipotimia.- Consideraremos --

dos tipos de tratamiento: el preventivo y el del accidente.

El tratamiento preventivo consiste en varias normas a seguir.

Debemos tener presente que en cualquier paciente puede originarse una hipotimia o síncope -- debiendo tomar en cada caso las medidas de precaución necesarias para evitar el accidente.

Debemos sentar cómodamente al paciente aflojando sus prendas para favorecer la circulación; -- comprobar que la aguja no ha entrado en un vaso e inyectar lentamente la solución.

Si tenemos presente éstos principios nos evitamos muchos problemas.

El tratamiento del accidente cuando ocurre dentro del acto quirúrgico depende de su tipo.

La hipotimia desaparece colocando al paciente en posición de tren de Lamburg (con su cabeza más abajo que su cuerpo).

También administrando una taza de café; sales aromáticas.

En casos más graves requieren de la inyección de coramina, cafeína, etc. En pacientes nerviosos o con antecedentes de accidentes de éste tipo en el curso de una inyección anestésica, será recomendable sedarlos previamente con algún barbitúrico.

c).- Rotura de la aguja.- Es un accidente raro en nuestra práctica; la prevención de éste accidente se realiza usando agujas nuevas, no oxidadas, de buen material. Las agujas de acero, si no estén oxidadas o dobladas son prácticamente irrompibles; debemos evitar el flameado de éstas agujas pues ésto disminuye su resistencia.

Se consideran dos razones para que suceda éste accidente: 1.- que el paciente ejecute algún movimiento brusco y 2.- contracción repentina del pterigoideo interno, en éste caso la infiltración a nivel del músculo estimula su contracción; como su facia externa es rígida ésta actúa como punto

de apoyo para doblar y romper la aguja.

Tratamiento.- Cuando éste es inmediato, la extracción de la aguja rota durante la anestesia local se reduce a una incisión a nivel del lugar de la inyección y disección de los tejidos con un instrumento romo (tegra, espátula) hasta encontrar el trozo fracturado y extraerlo - con una pinza de disección.

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

La extracción de la aguja para anestesia troncular rota a nivel de la cara interna del maxilar requiere de un procedimiento más complicado.

Cuando el instrumento ha desaparecido en los tejidos no es fácil encontrarlo, ni ubicarlo y por lo tanto extraerlo; para su localización debe tomarse una radiografía de perfil y otra de frente con una aguja de guía colocada según la

de apoyo para doblar y romper la aguja.

Tratamiento.- Cuando éste es inmediato, la extracción de la aguja rota durante la anestesia local se reduce a una incisión a nivel del lugar de la inyección y disección de los tejidos con un instrumento romo (tegra, espátula) hasta encontrar el trozo fracturado y extraerlo con una pinza de disección.

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

La extracción de la aguja para anestesia troncular rota a nivel de la cara interna del maxilar requiere de un procedimiento más complicado.

Cuando el instrumento ha desaparecido en los tejidos no es fácil encontrarlo, ni ubicarlo y por lo tanto extraerlo; para su localización debe tomarse una radiografía de perfil y otra de frente con una aguja de guía colocada según la

misma técnica que la empleada para la inyección troncular.

Guiados por el exámen radiográfico y la aguja - guíe encontramos una clara idea de su ubicación.

A nivel de donde presuimos se encuentra el extremo anterior de la aguja fracturada se traza una incisión vertical que llegue hasta el objeto y se disecciona con un instrumento como los tejidos vecinos cuidando de no profundizar más la aguja. Localizada y visible, se toma el extremo anterior de ésta con una pinza de disección y se retira.

- d).- Hematoma.- La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame de intensidad variable sobre la región inyectada. Esta complicación no es muy frecuente porque los vasos se desplazan y no son puncionados.

Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios o mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo.

El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para su resolución como los hematomas quirúrgicos. El accidente no tiene consecuencias a no ser que se infecte.

El tratamiento consiste en la aplicación de -- bolsas de hielo sobre del lugar de la inyección.

- e).- Parálisis facial.- Este accidente ocurre en la anestesia troncular del dentario inferior cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso inyectando la solución en la glándula parotídea.

Tiene todos los síntomas de la parálisis de -- Bell (caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular y proyección hacia arriba del globo ocular, además de la caída y desviación de los labios).

Es sin duda un accidente alarmante del cuál el paciente por lo general no se percibe, pero lo advierte el profesional. La parálisis fatalmente es pasajera y dura el tiempo que persiste

te la anestesia.

No requiere de ningún tratamiento.

- f).- Isquemia de la piel de la cara.- En algunas -- oportunidades a raíz de cualquier anestesia se nota sobre la piel de la cara zonas de intensa palidez debida a isquemia sobre la región.

Esté originada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina en la luz de una vena ocasionándo ésta una vasoconstricción.

No requiere de ningún tratamiento.

- g).- Inyección de las soluciones anestésicas en órganos vecinos.- Es un accidente poco frecuente. El líquido puede inyectarse en las fosas nasales durante la anestesia del nervio maxilar -- superior.

También la anestesia en la órbita durante la anestesia de los nervios dentarios anteriores o maxilar superior, puede ocasionar trastornos molestos para el paciente.

No requiere ningún tratamiento.

2).- Accidentes mediatos.-

- a).- Persistencia de la anestesia.- Después de la --
inyección de la anestesia en el nervio dentario
inferior, puede ocurrir que ésta se prolongue --
por el espacio de días, semanas y aún meses.

Esta complicación se debe cuándo no es de origen
quirúrgico al desgarro del nervio por agujas con
rebabas o despuntadas ó a la inyección de alcohol
junto con el anestésico a utilizar, éste alcohol
es el residuo que puede quedar en la jeringa en --
aquellos casos en que se acostumbra conservar --
éstos instrumentos en ése material.

Tratamiento.- No hay tratamiento más eficaz para
ésta complicación que el tiempo. El nervio se --
regenera lentamente y después de un período va--
riable recupera su sensibilidad.

- b).- Infección en el lugar de la punción.- Las infec--
ciones en la mucosa bucal pueden acompañarse de
procesos infecciosos debido a la falta de este--

rización de la aguja o del sitio de punción.

En algunos casos en punciones múltiples se originan zonas dolorosas o inflamadas.

La inyección séptica a nivel de la espina de Spix ocasiona trastornos más serios, abscesos y flemones acompañados de fiebre, trismus y dolor.

El tratamiento de éstas complicaciones consiste en: calor (compresas), abertura quirúrgica de los abscesos y penicilina.

- c).- Dolor.- Puede persistir el dolor en el lugar de la punción, esto es frecuente en la anestesia regional cuando la aguja ha desgarrado o lesionado el periostio de la cara interna del maxilar. Las inyecciones subperiósticas suelen ser acompañadas de dolor que persiste algunos días. Lo mismo sucede en la inyección anestésica en los músculos.

El tratamiento se realiza con vitamina "B".

CAPITULO VI

ACCIDENTES

CAPITULO VI

ACCIDENTES

Los accidentes originados por la extracción dentaria son multiples y de distintas categorías; unos interesan al diente a extraer o al diente vecino, otros a hueso y a las partes blandas que lo rodean.

Entre los accidentes más frecuentes se encuentran los siguientes:

- 1.- Fractura de los dientes.
- 2.- Fractura y luxación de los dientes vecinos.
- 3.- Fractura del instrumental.
- 4.- Fracturas del maxilar:
 - A).- Fractura del borde alveolar.
 - B).- Fractura de la tuberosidad del maxilar.
 - C).- Fractura total del maxilar inferior.
 - D).- Perforación de la tabla vestibular o palatina.
- 5.- Lesión del seno maxilar:
 - A).- Perforación del piso del seno maxilar.
 - B).- Penetración de una raíz en el seno.
- 6.- Penetración en el seno maxilar.

7.- Penetración de un diente en regiones vecinas.

8.- Luxación del maxilar inferior.

9.- Lesión de las partes blandas vecinas.

10.- Lesión de los troncos vecinos.

11.- Hematomas.

12.- Alveolitis.

13.- Hemorragia:

A).- Mediata.

B).- Inmediata.

1.- Fractura de los dientes:

Es el accidente más frecuente en el curso de la extracción. Al aplicar el forcep sobre el cuello del diente y efectuar movimientos de luxación, la corona o parte de ella se fractura quedando la porción radicular dentro del alveolo.

La conducta a seguir después de la fractura será la siguiente:

Se debe tomar una radiografía para conocer la posición, forma y disposición radicular.

Debemos preparar el campo operatorio eliminando los trozos óseos y esquirlas que lo cubren; aclarar la visión del muñón fracturado cohibiendo la hemorragia de las partes blandas.

Los fragmentos se retiran con pinzas de curación; se lava la región con suero fisiológico o agua, después, se seca con gasa estéril y se practica la hemostasis.

Una vez hecho lo anterior podemos efectuar la extracción según las normas correspondientes.

2.- Fractura y luxación de los dientes vecinos:

La presión ejercida sobre el forcep o el elevador, puede ser transmitida a los dientes vecinos provocando la fractura de su corona (debilidad por obturaciones, caries), o luxando el diente cuando las disposiciones radiculares lo faciliten (raíces fusionadas).

El diente luxado puede ser reimplantado en su alveolo fijándolo con procedimientos usuales tales como la ferulización de la pieza.

3.- Fractura del instrumental:

En ocasiones aplicamos fuerzas excesivas a los elevadores o a las cucharillas provocando que éstos se fracturen; podemos evitar de ésta manera las partes blandas u óseas vecinas, y si ésto ocurre, debemos retirar inmediatamente la parte fracturada del instrumento, ya que esta actuará como cuerpo extraño, el cuál traerá complicaciones posteriores.

4.- Fracturas del maxilar:

A).- Fractura del borde alveolar.- Es un accidente frecuente en el curso de la extracción. De la variedad de la fractura depende la importancia del accidente.

La fractura del borde alveolar no tiene mayor trascendencia, el trozo de hueso se elimina con el órgano dentario o queda delegado en el alveolo.

Cuando el trozo de hueso se elimina con el órgano dentario, no hay conducta especial a seguir; si el trozo de hueso se queda delegado en el alveolo debe eliminarse de lo contrario produce el secuestro, proceso inflamatorio con osteítis, absceso que no termina hasta la extirpación del hueso.

B).- Fractura de la tuberosidad del maxilar.- En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos, y por el uso de elevadores aplicados con fuerza excesiva, - la tuberosidad o parte de ella puede desprenderse acompañando al molar, casos en que puede abrirse una brecha hacia el seno maxilar dejando una comunicación mucosinusal.

- C) - Fractura total del maxilar inferior.- Este accidente es poco frecuente; ocurre a nivel del tercer molar.

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

Otros factores que debilitan al hueso provocando su fractura son: osteomielitis, tumores quísticos, las afecciones generales y los estados fisiológicos ligados al -- metabolismo del calcio, la diabetes, las enfermedades parásiticas, etc.

- D) - Perforación de la tabla vestibular o palatina.- Al extraer un molar o premolar superior, una raíz vestibular o palatina puede atravesar las tablas óseas ya sea por -- debilitamiento del hueso o por un excesivo esfuerzo mecánico.

La extracción por vía alveolar es complicada, se aplica en éstos casos una pequeña incisión en vestibular o -- palatino, previa separación de colgajos y efectuamos la -- extracción de las raíces.

5.- Lesión del seno maxilar:

- A) - Perforación del piso del seno maxilar.- Durante la

extracción de molares y premolares superiores puede abrirse el piso del antro ya sea en forma accidental o instrumental.

En el primer caso, por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al efectuar la extracción que da la comunicación, lo que notamos inmediatamente porque el agua pasa al seno y sale por la nariz.

En el segundo caso, al utilizar instrumentos tales como - cucharillas, elevadores, éstos pueden perforar el piso -- sinusal adelgazado, desgarrando la mucosa sinusal o entrar y quedar establecida la comunicación. También una - raíz puede perforar el seno al intentarse su extracción.

Generalmente cuando se hace la perforación ya sea por razones anatómicas o por instrumentos el coágulo se encarga de obturar la comunicación.

Se coloca una torunda de gasa que favorezca la hemostasis ó un punto de sutura que acercando los bordes favorezcan la contención del coágulo.

Si el alveolo es muy grande y está muy traumatizado, el - coágulo se retrae y se desprende, en éstos casos recurrimos a un tratamiento quirúrgico que se efectúa de la si--

siguiente manera:

Se desprende la fibromucosa por el lado bucal y palatino alargando con ésto el colgajo para obtener el alveolo, - si con ésto no logramos acercar los labios bucal y palatino, habrá que resecar el hueso del borde alveolar.

B).- Penetración de una raíz en el seno maxilar.- Al empujar - la raíz de un molar superior al efectuar las maniobras de la extracción y deslizarse ésta de su alveolo puede entrar en relación con el seno maxilar de tres maneras:

- 1.- La raíz penetra al ángulo desgarrando la mucosa sinusal y se sitúa en el piso de la cavidad.
- 2.- La raíz se desliza entre la mucosa del seno y el piso óseo quedando por lo tanto cubierta por la mucosa del seno y el piso óseo quedando por lo tanto cubierta por la mucosa.
- 3.- La raíz cae dentro de una cavidad patológica por debajo del seno maxilar quedando alojada en ella.

Al presentarse éste accidente, el cirujano dentista - debe proceder de la siguiente manera:

Primeramente se realizará un examen radiográfico el cual nos dará la ubicación exacta de la raíz.

La extracción de la raíz se puede llevar a cabo en la misma sesión o programarla para otro día; la vía de elección para realizar la intervención será por vestibular.

Realizado el examen radiográfico la técnica a seguir será la siguiente:

Se trazan dos incisiones convergentes desde el surco vestibular al borde libre. Esta incisión coincidirá con las lengüetas mesial y distal del alveolo que estamos considerando.

Proseguimos desprendiendo el colgajo y ya expuesto el hueso se calcula por medio de la radiografía la altura a que se encuentra el piso del seno maxilar y por lo tanto la raíz a extraer. Se practica una osteotomía de la table externa por medio de una fresa o con escoplo; con ésto queda desgarrada la mucosa sinusal y si no se desgarramos procedemos a incidirla con un bisturí para lograr llegar al interior del seno. Abierto el seno maxilar, buscamos la raíz, ex-

trayéndola con una pinza larga o con una cucharilla.

El alveolo debe ser cubierto por tejido gingival disminuyendo la altura del borde óseo alveolar y se desprende el colgajo palatino.

Realizamos después la suturación de la parte afectada, un punto de sutura cierra el borde del alveolo y otros dos puntos afrontan los labios de la encía mesial y distal.

6.- Penetración en el seno maxilar:

Es un accidente poco frecuente el cual consiste en la penetración total de un molar que generalmente suele ser el tercero, en el seno maxilar.

El tratamiento a llevarse a cabo es quirúrgico.

7.- Penetración de un diente en regiones vecinas:

Este accidente suele suceder en los intentos de extraer piezas dentarias, generalmente terceros molares inferiores, y la pieza ya sea por presión excesiva o por debilitamiento de la paredes o tablas óseas puede fugarse o deslizarse al piso de la boca o a lugares vecinos.

8.- Luxación del maxilar inferior:

Consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad -
glenoidea.

Es un accidente raro que se produce al efectuar la extracción
de terceros molares inferiores en operaciones largas y fatiga-
sas.

La luxación puede ser unilateral o bilateral.

El tratamiento a seguir es el siguiente:

Se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada
dentaria del maxilar inferior; los dedos restantes sostienen
el maxilar. Se imprimen fuertemente a éste hueso dos movimien-
tos de cuya combinación se obtiene la restitución de las rela-
ciones normales del maxilar. Un movimiento hacia abajo y ---
otro hacia arriba y atrás.

Reducida la luxación se puede continuar la intervención.

9.- Lesión de las partes blandas vecinas:

Se produce al actuar bruscamente y sin criterio quirúrgico.

En ocasiones se puede deslizar el instrumental hiriendo la ep-
cifa, produciendo desgarros de la mucosa gingival, lengua, ca-

rrillos, labios u otros lugares.

Estas heridas deben tratarse inmediatamente después de haber terminado la extracción por medio de una sutura.

10).- Lesión de los troncos vecinos:

Una extracción dentaria puede ocasionar lesiones de gravedad variable sobre los troncos nerviosos superiores o inferiores.

Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior o el maxilar inferior.

Este traumatismo puede consistir en sección, aplastamiento o desgarramiento del nervio, lesiones que se traducen en neuritis, neuralgias o anestias en zonas diversas.

Generalmente ocurre en el maxilar inferior por intervenciones de terceros molares o premolares.

En extracciones de terceros molares especialmente los retenidos, la lesión sobre el nervio dentario tiene lugar por aplastamiento del conducto que se realiza al girar el tercer molar incluído.

El aplastamiento del conducto y sus elementos ocasiona anestesias definitivas prolongadas o pasajeras según la lesión.

Al efectuar la extracción de premolares inferiores podemos lesionar el paquete mentoniano a nivel de su agujero o por detrás del mismo provocando de ésta manera una neuritis o anestesia.

11).- Hematoma:

Es un accidente frecuente y consiste en la difusión de la sangre siguiendo planos musculares o planos que le oponen menor resistencia a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se practicó la operación.

Se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina de un rojo vinoso al amarillo violeta. Este cambio de color de la piel dura varios días y termina generalmente por resolución al octavo o noveno día.

Puede existir el problema de que la colección sanguínea puede infectarse produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar, etc.

Ante éste accidente el tratamiento será la aplicación de --

bolsas de hielo para disminuir el dolor, sulfamidoterapia y antibióticos.

En caso de formarse un absceso, se abrirá quirúrgicamente el foco infeccioso con un bisturí para dar cavidad a la secreción purulenta y colocaremos un trozo de gasa yodoformada para el drenaje.

12).- Alveolitis:

Conocida también como alveolo seco. Es una complicación frecuente, la más molesta y más engorrosa de la estomatía principalmente por la intensidad del dolor que es el factor que domina el cuadro.

Se considera que éste proceso se presenta de diferentes maneras:

- a).- Formando parte del cortejo de inflamaciones óseas más extendidas, osteítis, periostitis óseas, flemones parimaxilares, etc.. En éste tipo la lesión alveolar forma parte de una gran lesión inflamatoria.
- b).- Inflamación a predominio alveolar con un alveolo sangrante y doloroso. En éste caso se trata en general de reacciones ante cuerpos extraños sobre todo esquir-

las óseas y en ocasiones dentarias dentro de dientes -
fracturados.

- c).- La alveolitis seca, alveolo abierto sin coágulo, paredes óseas expuestas, dolorosas, foco infiltrado muy -- doloroso sobre todo en los bordes. Esta es la forma - típica de una alveolitis.

Generalmente después de una extracción laboriosa sin - lesión alveolar previa y con más razón si lo hubo se - nos presenta una lesión en que por falta inmediata o - por desaparición prematura del coágulo, el alveolo abieg - to queda en comunicación con la cavidad bucal, con sus paredes óseas desnudas (sin coágulo) y sus bordes gingl - vales separados.

Las paredes óseas tienen un color grisáceo, similar al de la piedra pomax.

Puede pasar 8, 15 y hasta 20 días antes de que el procg - so cicatrizal se revele, y, durante éste tiempo, el sín - toma dolor acompaña la lesión con una tenacidad continua. Esto constituye una verdadera alveolalgia que se irradia por las ramas del trigémino.

Para la producción de una alveolitis intervienen gran cantidad de factores, el principal es el traumatismo operatorio el cuál actuará junto con otros factores tales como:

- a).- Anestesia local.- Los productos químicos que se emplean en ésta anestesia tienen un poder tóxico sobre los tejidos perialveolares. Si el diente es portador de un proceso apical, de una lesión del periodonto, las condiciones infecciosas aumentan y se instala una alveolitis postoperatoria.
- b).- El estado general del paciente debilitado por una enfermedad general o trastornos metabólicos varios.
- c).- Entre los factores traumáticos hay que mencionar la excesiva presión sobre las trabéculas óseas realizada por los elevadores sobre las tablas alveolares; la elevación de la temperatura del hueso debida al uso sin medida de las fresas.

Debemos tener muy en cuenta que a mayor traumatismo -- quirúrgico, mayor cuidado postoperatorio debemos tener; por eso debemos tener en cuenta las técnicas de extracción por alveolectomía y odontosección.

d).- Los factores bacterianos tienen importancia en la alveolitis y los principales son los del tipo anaerobio especialmente bacilos fusiformes y espiroquetas. Estas bacterias por efectos de sus toxinas y por la acción sobre las terminaciones nerviosas del hueso alveolar serían las productoras del dolor alveolar.

La localización de éste padecimiento es más frecuente en el maxilar inferior. Los alveolos más atacados son los de los molares, entre éstos el del tercer molar.

La sintomatología es variable dominada por el factor dolor. El alveolo se presenta con sus cortes tumefactos, las paredes bucal y lingual ligeramente rojizas y edematizadas. Todo el alveolo de un color gris-verdoso maloliente. Las paredes alveolares secas sin coágulo, el alveolo lleno de restos alimenticios y pus.

Existen muchos tratamientos para la alveolitis pero lo primero que debemos hacer es calmar el dolor, los medicamentos antiélgicos son de pobre valor terapéutico, lo importante es la medicación local. Ésto se concreta a los siguientes pasos:

- a).- Exámen radiográfico para investigar el estado del hueso y los bordes óseos, la presencia de cuerpos extraños, raíces o secuestros los que serán tratados.
- b).- Lavar la cavidad con un chorro de suero fisiológico - caliente, aproximadamente 1 vaso con lo que se retirarán las posibles esquirias, restos de coágulo, etc. - Se debe realizar con sumo cuidado por la sensibilidad del alveolo.
- c).- Lavar con solución caliente de ácido fénico al 1% (aproximadamente un vaso).
- d).- Se seca suavemente con gasa esterilizada la cavidad.- Se colocan rollos de algodón y eyector de saliva para aislar el campo operatorio.
- e).- Se coloca una gasa medicamentosa en el alveolo y se deja de 3 a 5 minutos. (gasa con licor de Bonafin con pentocafina).
- f).- Se seca la cavidad con gasa y se coloca una mecha de alveoliner con cemento quirúrgico. Esta gasa se re--mueve cada 12 horas. El cemento quirúrgico puede dejarse varios días. En curaciones sucesivas se va espaciand

do el tiempo entre cada curación hasta que el alveolo empieza a granular y a sangrar.

13).- Hemorragia:

Al efectuar la historia clínica podemos saber si hay antecedentes sobre el particular. La extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes predispuestos, debiendo examinarse con ésto los otros posibles antecedentes hemorrágicos.

En casos de haber existido hemorragias se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla; solo en contadas ocasiones se llegará a la conclusión de que se está frente a una diátesis hemorrágica (hemofilia, púrpura trombocitopénica, etc.), o una enfermedad hemorrágica (leucemia, cirrosis hepática, etc.). Todos éstos estados nos llevarán a solicitar la consulta de un médico para profundizar el estudio clínico. Los exámenes parciales y las pruebas más comunes nos pueden ocultar estados hemorrágicos graves.

Consideramos la hemorragia como un accidente postextracción la cual puede presentarse en dos formas: inmediata y mediate.

a).- Hemorragia inmediata.- Aquí la hemorragia sigue a la operación. La falta de coágulo de la sangre y la no formación de coágulo se deben a razones generales o locales.

Las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, focos de osteítis, pólipos gingivales, lesiones gingivales ocasionadas por paradentosis y gingivitis, herida y desgarros de la encía, esquirlas o trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival.

El tratamiento de la hemorragia inmediata se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante, lo cuál se hace con cucharillas filosas cuando el foco es gingival. Un taponamiento y mediante presión del alveolo sangrante dará cuenta de la hemorragia. El taponamiento se realiza con un trozo de gasa (yodoformada o xeroformada), la cuál puede emplearse seca o impregnada de medicamentos hemostáticos tales como agua oxigenada, adrenalina, trombina, tromboplastina, percloruro de hierro, etc. El tapón se coloca dentro del alveolo que sangra, y, sobre él se aplica un trozo de gasa que será mordido por el paciente durante un --

tiempo variable de (15 minutos a 1/2 hora). Si la hemorragia cede, el paciente puede retirarse con el tapon medicamentoso dentro del alveolo.

Todos los problemas que dan origen a la hemorragia pueden prevenirse por el empleo sistemático con la sutura postextracción.

- b).- Hemorragia mediata.- Este tipo de hemorragia es la que se produce varias horas después de haber llevado a cabo la intervención.

Para el tratamiento de ésta hemorragia se debe proceder de la siguiente manera:

Se practica un enjuagatorio con agua oxigenada tibia con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar de la operación del coágulo que flota sobre la herida y poder ver con claridad por dónde sangra.

Se seca la región con una gasa; si el peso sangrante -- es gingival se procede con un punto de galvano-cauterio al rojo blanco, pero, si la hemorragia es profunda se procede como se indicó en la hemorragia inmediata, tapando con gasa con medicamentos y sobre ésta la compresión con otra gasa que el paciente morderá.

C A P I T U L O V I I

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

CAPITULO VII

CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE LA EXTRACCION

El tratamiento postoperatorio es una de las partes más importantes de nuestro trabajo.

Se entiende por postoperatorio el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que sufran con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

La vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma, - al campo operatorio que es la cavidad bucal, y, al estado general del paciente.

1.- Tratamiento local postoperatorio.-

- a).- Higiene de la cavidad bucal.- Terminada la operación debemos limpiar la sangre que pudo haberse depositado en la cara del paciente con una gasa mojada con agua oxigenada.

La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia de agua oxigenada o proyectada con un atomizador para limpiar y eliminar la sangre, saliva y restos que pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, etc. Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana local.

b).- Fisioterapia postoperatoria.- Se emplean agentes físicos como elementos postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal. Estos elementos son:

1.- Frío.- Se aconseja bajo la forma de bolsa de hielo o toallas afelpadas mojadas con agua helada, que se colocan sobre la cara frente al sitio de la intervención.

La acción del frío es múltiple, evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios. El frío se usa por períodos de 15 minutos seguidos de un período de descanso de otros 15 minutos. Esta terapéutica se aplica sólo en los -

tres primeros días siguientes a la operación; prolongado por más tiempo su acción es inútil y en ocasiones perjudicial.

2.- Calor.- Solamente se emplea con el objeto de madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus; después del tercer día puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y el dolor postoperatorio.

3.- Rayos ultravioleta.- Algunos los utilizan para el tratamiento de dolores postoperatorios.

4.- Rayos infrarrojos.- Son fuentes de calor, suelen emplearse después de las apicectomías o de extracciones laboriosas.

c).- Cuidados de la herida.- Las heridas de la cavidad bucal cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica alguna, la naturaleza provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria.

Ya sabemos que un alveolo que sangra y se llena con un coágulo tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

En heridas más grandes después del segundo día ésta será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio. Si hay que extraer puntos de sutura ésto se hará el cuarto o quinto día después de la intervención, haciendo excepción con las suturas sobre el alveolo del tercer molar, en éstos sitios después del segundo día ésta suture actúa como cuerpo extraño provocando inflamaciones localizadas y supuraciones, por lo tanto serán retiradas a las 48 horas de la intervención.

2.- Tratamiento general del paciente.

En caso de intervenciones quirúrgicas más grandes éste tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente en colaboración con el odontólogo. Dicho tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, de la presión arterial, alimentación del paciente, tratamiento general de las complicaciones postoperatorias, etc...

d).- Instrucciones postoperatorias para el paciente .- Antes de despedir al paciente se le debe proporcionar instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su casa, tratamiento postoperatorio, alimentación y medicamentos.

En caso de una extracción, las indicaciones serán: alimentación blanda durante 48 horas sin irritantes (grasas, chile, etc.), analgésicos en caso de dolor y si la extracción ha sido muy traumática indicaremos la colocación de hielo y antibióticos.

Teniendo éstos cuidados evitaremos las complicaciones del acto quirúrgico tales como hemorragias, hematomas, dolor, infecciones, etc..

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

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

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

- 1.- Siempre antes de cualquier intervención quirúrgica debemos elaborar una historia clínica y un estudio radiográfico con el fin de poder hacer una evaluación de la gravedad del caso y de las condiciones físicas y emocionales del paciente para poder evitar cualquier tipo de accidente.
- 2.- Se debe tener conocimientos básicos sobre el empleo de medicamentos, instrumental y técnicas a utilizar en exodoncia.
- 3.- En toda intervención quirúrgica no debemos olvidar los conceptos de asepsia.
- 4.- Es de gran importancia el conocimiento de la anatomía de los maxilares, así como de los órganos dentarios. De ésta manera podremos actuar con seguridad en cualquier momento que se requiera.
- 5.- Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente lograremos obtener un mínimo de posibilidades en la incidencia de los accidentes durante la práctica de la exodoncia.

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

- I.- **CIRUGIA BUCAL**
RIES CENTENO GUILLERMO
EDIT. ATENEO 7a. EDICION 1973.

- II.- **I.P.S.O.**
INFORMACION PROFESIONAL Y DE SERVICIOS AL ODONTOLOGO
2a. EDICION 1976.

- III.- **MANUAL DE ODONTOLOGIA**
LABORATORIOS ASTRA.

- IV.- **TECNICAS QUIRURGICAS**

- V.- **APUNTES DE EXODONCIA 1979**
FACULTAD DE ODONTOLOGIA.