



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ANALISIS SOBRE PREVENCION DE
EFECTOS PATOLOGICOS INFECCIOSOS
Y TRAUMATICOS EN LAS FASES PRE Y
POST QUIRURGICA EN LA EXODONCIA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

FRANCISCO VILLARRUEL GARIBAY



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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

En Odontología, no puede decirse que rama es más o menos importante ya que para la solución de cada problema, considero que debemos coordinar nuestros conocimientos y experiencias para realizar en cada paciente las mejores técnicas de cada uno de los aspectos odontológicos logrando así una rápida recuperación y además, previniendo al paciente de posibles complicaciones futuras.

El deber de ética profesional en el Cirujano Dentista es poner el mismo especial interés en la atención de cualquier caso, ya sea que se trate de una exfoliación simple o bien de una delicada cirugía bucal.

EXODONCIA .

Etimológicamente la palabra exodoncia , la forman tres raíces griegas que significan : ETCO, fuera; ODO-TOS , dientes; y la terminación IA , que significa acción : cualidad , condición , por lo tanto , exodon - significa extracción de una pieza dentaria .

Esta palabra fué introducida al lenguaje odontológico por Winter para determinar la parte de la cirugía dental que concierne a la extracción .

La exodoncia de cualquier modo que se haga , es una intervención quirúrgica que involucra los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal cuyo acceso está restringido por labios , carrillos , lengua , piso de la boca y paladar y además complicada por los movimientos de lengua y mandíbula .

INDICACIONES PARA LA EXTRACTIÓ

- 1.- Dientes carizados sin posibilidad terapéutica .
- 2.- Dientes con pulpa vital o pulpitis aguda o crónica cuando la endodoncia no está indicada.
- 3.- Para dencio rotas severas en las que está destruida y roen parte del hueso soporte.
- 4.- Dientes no tratables por apicectomía .
- 5.- Dientes que interfieren mecánicamente en la instalación de prótesis reahilitables .
- 6.- Dientes no restaurables por odontología dental .
- 7.- Dientes retenidos .
- 8.- Dientes sueltos .

9.- Dientes primarios que subsisten cuando su correspondiente pieza de recambio está presente en posición de erupción normal .

10.- Hievas dentarias con raíces fracturadas .

11.- Dientes en mal posición no tratables mediante aparatología ortodóncica .

12.- Dientes que están traumatizando tejidos , siempre que otro tratamiento no corrija este trauma .

13.- Antes de la terapia radiante para lesiones malignas bucales , — los dientes deben ser extraídos con una extensa alveolotomía .

HISTORIA CLINICA

Esta historia clinica nos revelará quien es , qué es , y como ha influido el medio ambiente en el cuadro clinico de la persona por tratar .

La historia clinica ha de reunir los siguientes datos : Fecha , número de expediente , nombre , sexo , estado civil , año de nacimiento , edad , lugar de nacimiento , lugar de residencia , domicilio , T.E. , teléfono , oficio , lugar de oficina , teléfono , recomendado por : contraindicaciones .

a) En lo que respecta al examen bucal . Estado general de la cavidad bucal , piezas coronadas , piezas fijas , existencia de residuos radiculares , mala posición de los dientes . Y por lo que respecta a sus generalidades : enfermedades , alteraciones y anomalías adquiridas o hereditarias . En todas estas cosas , el cirujano debe determinar con exactitud las causas o el motivo de la dolencia , hacer un correcto diagnóstico y hasta dar el mejor consejo .

I.- Antecedentes personales y familiares . Preguntar al paciente el tipo de habitación , ali alimentación , vestido , higiene personal , alcoholismo , tabaquismo , y si concurre alguna otra enfermedad .

2.- Antecedentes personales patológicos . Interrogar al paciente si ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades : si se ha tratado bien o las padece , como son : Sarampión , varicela , parasitosis , reumatismo , diabetes , conorrea , tosferina , viruela , rubéola , paperas , amigdalitis de repetición , paludismo , sífilis , hepatitis , tuberculosis , convulsiones .

3.- Antecedentes anestésicos y alérgicos . Se le dirá al paciente sus experiencias de anestesia general , anestesia local , si es alérgico a algún alimento , vegetales o sustancias químicas y a la penicilina .

4.- Antecedentes quirúrgicos y traumáticos . Investigaremos si ha tenido intervenciones quirúrgicas anteriores , golpes , fracturas .

b)-Interrogatorio de aparatos y sistemas . En el preoperatorio , es importante hacer una exploración a este respecto para llevar a cabo una intervención sin riesgos y sin desencadenar reacciones que ocasionen ser de graves consecuencias y hasta de resultados funestos .

I.- Aparato cardiovascular.- Palpitaciones , dolor precordial , edemas , mareos , disnea de esfuerzo , o livotimias .

2.- Aparato respiratorio.- Algún tipo de tos , hemorragia nasal (epistaxis) , expectoración , respiración defectuosa (dificultada) o bien algún defecto en la oxigenación de la sangre (cianosis)

3.- Aparato digestivo .- Preguntar al paciente si padece de pérdida de apetito (anorexia) o por el contrario indigestiones (dispepsia), dolor de estómago, diarrea, dificultad al pasar los alimentos (disfagia), gases, náuseas o estreñimientos .

4.- Sistema renal .- Aumento de orina (poliuria), orina nocturna - (nicturia), dolor al orinar (disuria), orina con sangre (hematuria) .

5.- Sistema nervioso .- Las preguntas serán al siguiente respecto : tipo de sueño, parestasias, temblores, irritabilidad, emotividad, epilepsia .

6.- Sistema endocrino .- Aumento de orina, sed constante, hambre frecuente, arrandamiento lingual, problemas parodontales, antecedentes diabéticos .

Cuando la paciente sea mujer, deberá preguntársele sobre su estado fisiológico respecto a la lactancia, embarazo, menopausia, y ritmo menstrual, y así se trata de un hombre saber si ha padecido alguna enfermedad venerea .

7.- El estudio radiológico se practicará si a juicio del cirujano es bñfico para una intervención . En resumen, deben atenderse todos estos aspectos del paciente practicándose todas las pruebas de laboratorio necesarias .

Después de estas investigaciones que en su conjunto son el proope -
ratorio, el cirujano puede con toda seguridad determinar su dia -
gnóstico y clasificar el estado clínico del paciente que puede ser:
normal , satisfactorio , regular , así o anormal .

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA CIRCUITACIÓN .

Antes de abordar la evaluación médica sobre la circuitación local , analicemos la circuitación dentaria , es decir , un y sucesivos procesos , un breve examen físico y local completo para poder saber , sí , en el paciente está contraindicada la circuitación .

La circuitación dentaria , u otro procedimiento quirúrgico es : cualquier que presenten contraindicaciones de los procedimientos que se ejecutaron anteriormente : febril por sífilis , lepra , o de cualquier otro tipo : el cirujano dentista , recuérdenos de la intervención que se llevará a cabo con seguridad .

I.- Indicaciones .- Indicaciones respiratorias , febril , exámenes , enfermedades , como diabetes , hipertensión , diabetes mellitus , lepra , sífilis , lepra , sífilis , tuberculosis , enfermedades reumáticas , entre otros de índole sistémica . Esto es , una o varias veces el día se debe hacer un examen físico , especialmente en los casos de las enfermedades mencionadas . Después de tener un diagnóstico , se debe proceder de acuerdo con el cuadro clínico a las indicaciones terapéuticas .

II.- Indicaciones contraindicadas .- Tabaquismo : más de 10 , lepra , sífilis , tuberculosis , diabetes mellitus . Toda una de estas enfermedades sistémicas o locales que pueden ser la causa de la circuitación , así como , el examen físico de contraindicación .

Especial cuidado debe darse al tratar paciente con una infección , ya que se perturban con facilidad por circunstancias como fiebre , preocupaciones y como consecuencia : evidenciar rápidamente y marcada caída en el recuento globular : leucocitosis , leucocitos linfocíticos también con sus síntomas característicos definidos mediante un examen de sangre .

Púrpura hemorrágica si , la historia clínica del paciente revela alguna sospecha , se deberá practicar al paciente antes de la intervención un exá en del tipo de coagulación y sangría , así como también un análisis de la concentración de protrombina .

3.- Diabetes .- La diabetes no controlada es una contraindicación para la cirugía bucal porque esta enfermedad favorece al desarrollo de infecciones en las heridas , con extensión a los tejidos vecinos a través de las siguientes formas : la circulación linfática está reducida en cierto modo por el depósito de colesterol en los vasos periféricos (arterioesclerosis mixta) , el alto porcentaje de azúcar en todas las líquidos del organismo ayuda al desarrollo bacteriano proporcionando a los microorganismos un rico fuente de alimentos , por lo que , antes de la extracción , el paciente diabético deberá tener , su glucemia controlada .

4.- Nefritis .- La extracción de gran número de dientes , con infección crónica , puede precipitar una nefritis aguda . Si hay algún indicio de nefritis en un paciente que requiere extracción dentaria , lo indicado es retirarlo a su médico para que haga el diagnóstico y trate tanto antes de cualquier cirugía bucal .

5.- Bocio Tóxico .- En este caso la cirugía bucal puede precipitar la crisis tiroidea . Ningún procedimiento de cirugía bucal , incluso la exodoncia , debe ser realizado en un paciente con bocio tóxico puesto que este trauma puede precipitar una crisis de la actividad tiroidea , con la siguiente complicación e insuficiencia cardíaca .

6.- Ictericia .- Esta enfermedad comprende varios tipos :

- A) Ictericia obstructiva .
- B) Ictericia no obstructiva o hemolítica .
- C) Ictericia causada por hepatitis infecciosa .

En este caso el peligro está aunque después de la exodoncia , a causa de la pérdida de sangre , existe la posibilidad de arrastrar el factor etiológico responsable de la ictericia .

7 .- Sífilis .- Este tipo de pacientes antes de someterse a procedimientos de cirugía bucal , deberán realizar el tratamiento antisifilítico , pues las resistencias físicas están disminuidas y por lo tanto , está más predispuesto al desarrollo de infecciones ~~post~~ operatorias a causa del retraso de la cicatrización .

8.- Cirugía bucal durante el embarazo .- La opinión general que predomina entre los profesionales , es de que , si puede darsele tratamiento odontológico a una futura madre , con limitaciones que serán señaladas adelante.

Otros opinan que ésta se realizará solamente como medida profiláctica , dejando para después del parto los tratamientos sistémicos

El profesional deberá siempre considerar el estado general de la paciente y aplicar las técnicas adecuadas para evitar complicaciones posibles . La embocadura será tratada con las mismas y especiales consideraciones de pacientes que tienen su fisiología alterada .

Contraindicaciones locales para la anestesia .

Entre las contraindicaciones de orden local , se pueden mencionar las siguientes :

- A) Infecciones gingivales agudas . (producidas por microorganismos patógenos) .
- B) Pericoronaritis aguda . (Tercer molares parcialmente erupcionados)
- C) Sinusitis maxilar aguda . En este caso , la extracción de molares y premolares superiores , está contraindicada .

Una vez excluidas las contraindicaciones en cirugía local , el siguiente paso a la selección del agente técnico anestésico . Este agente será determinado por la preferencia personal del odontólogo , por las condiciones del paciente , sus condiciones físicas , edad y tipo de tratamiento , por las condiciones de la zona por operar . Todo esto debe estudiarse para la decisión final será la que ofrezca mayor grado de seguridad para el paciente y permita por lo tanto , un cirugía exitosa sin efectos físicos , químicos o inconvenientes .

Se indicarán dosis específicas de drogas que llenen las necesidades individuales del paciente de acuerdo con el procedimiento a seguir por seguir .

TEMA I NEO PLASMA I

1) El preoperatorio definido por Arce , significa la apreciación del estado de salud o enfermedad de una persona que va a ser operada para determinar si la intervención puede ser realizada sin peligro, en caso contrario , tomar las medidas convenientes para que dicho peligro se reduzca al mínimo o desaparezca . La realización de cualquiera operación en el organismo , requiere de una previa preparación para ponerlo en condiciones de soportar con éxito la intervención .

En cirugía bucal , se requiere por tratarse de una afección local , una preparación adecuada que especial aunque menos rigurosa que la indicada en cirugía general .

Medidas indispensables para todo acto quirúrgico bucal . Estas medidas se clasifican en : locales y generales .

Las locales son las que se realizan en el campo operatorio , antes de la operación y las generales , al conocimiento físico de todo organismo .

2.- Medidas locales .- Las constituye el estado de la cavidad bucal , para realizar una intervención , la cavidad bucal debe estar en condiciones óptimas de limpieza , especial atención debe darse a los espacios interdentarios , a las lengüetas gingivales y a los capuchones de los terceros molares donde se acumulan microorganismos perjudiciales , preparándolos con algún antiséptico , se realizará la interven-

ción de cirugía de riesgos y complicaciones poco frecuentes . El órta-
no calival , las raíces y dientes por las raíces constituyen un gra-
ve peligro para una intervención delicada , por lo tanto , deben ser -
extrahidos y obturados previo a esto , las afeciones en las partes blan-
das de la cavidad bucal como gingivitis , estomatitis y especialmente
las ulcero de herpes , así también una operación salvo natural en-
te un tratamiento especial previo . En resumen : la preparación de la
boca consiste en las operaciones o procedimientos necesarios para crea-
r un medio bucal que suministre el soporte y la retención apropiados
y que prevenga las fuerzas de tórce o destructores para obtener los -
mejores resultados de la operación .

3.- Medidas Generales .- Estas medidas corresponden al reconocimiento
de todo el organismo , para esto debe hacerse al paciente en un ser -
lugar , su historia clínica mediante el cual conoceremos el estado de
salud o enfermedad en que se encuentra y las causas que lo determinan
conoceremos también cuales son sus hábitos y sistemas que pueden es -
tar alterados y cuales son sus problemas consiguientes , sus tensiones
emocionales que tienen siempre cierta repercusión en el organismo del
paciente .

PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES

En realidad son muy pocas las veces en que podemos prevenir los accidentes. En ocasiones al hacer nuestra historia clínica el paciente por miedo o pena no nos refiere la verdad de su estado físico general y de aquí un accidente.

Si el paciente nos refiere alguna enfermedad ya sea adquirida o hereditaria, nosotros tomaremos las precauciones necesarias (preoperatorio) para posteriormente enfocarnos a su cavidad bucal.

Otro de los accidentes que hasta cierto punto podemos controlar, es la exfoliación de una pieza dentalmente destruida desde luego que podemos variar nuestra técnica dependiendo del caso que ante nosotros se trata.

Truco que debe ser de esperar de lo más fácil a lo más difícil, pero como dije anteriormente, en la evidencia varía.

Esperaremos por destruír la pieza y llevarla con el hotafér, en seguida se usará el forceps adecuado a la pieza a tratar.

Toda vez que se usa la técnica de odontosección (dividir las raíces), para sacarlas una a una. Finalmente la alveolotomía, la ruptura de la tabla externa para la avulsión de las o las raíces.

Referencias al instrumental los grupos deben ser de acero inoxidable, más aún al esterilizador por su calidad.

Los foros, elevados y en general, el en general, quinógeno con
una o más de las de revisión antes de usarlo en los casos de los a du-
ras de la cavidad bucal .

La prevención de complicaciones con las anécdotas se puede decir que es un
poco más difícil, en realidad se le debe prevenir al paciente la anesté-
sia que se le ha suministrado anteriormente y si la tenía posterior, in-
terior ante los es una prueba subcutánea, introduciendo una cantidad co-
tas de anécdotas y verlos que evitar la infección al paciente al tiempo .

Para prevenir hasta donde sea posible, una fractura del maxilar en la a-
visión de un tercer molar, debería de hacerse con la mayor atención ener-
tica y con el mayor cuidado para su buen tratamiento .

No es posible obtener una anestesia eficaz si no se emplea una técnica adecuada para la inyección, independiente ante del agente anestésico que se utiliza.

Para lograr una anestesia completa, hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va a anestesiarse.

Las variaciones que pudiera haber en la posición de la aguja, se compensan en parte con las características de las soluciones anestésicas.

Como lo más común es que se inyecte de 1 a 2 ml. solamente, conviene asegurarse de que la aguja sea colocada con la mayor exactitud posible.

Al inyectar en el pliegue bucal (anestesia por infiltración) prueba lo mismo que la solución sea depositada en el conducto. En lo que toca por infiltración, el nivel de la aguja de la solución que se utiliza, tiene que situarse desde el sitio de la inyección, a través del conducto y del hueso esponjoso, hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la piel, el parodontio y el hueso.

En el caso de la anestesia por infiltración en el conducto por la aguja, la solución debe ser aplicada correctamente en el conducto bucal para obtener el efecto deseado.

TECNICA DE LA ANESTESIA DEL CANAL DEL GANGLIO DE GANDER

El paciente se coloca en posición de decúbito supino con la cabeza ligeramente elevada por una almohadilla. Se indica con tiza la posición del frente en un punto de la pared. El punto medio del arco cigomático y el tubérculo zómatico se marcan en la piel como referencias de inserción de una pápula dérmica de anestésico aproximada entre a 3 cm. por fuera de la comisura bucal a la altura del segundo molar superior.

La meta del anestecista será introducir la aguja a través de la pápula hasta hacer contacto con la pared ósea, inmediatamente por delante del agujero oval. Luego, dirigirá la aguja un poco hacia atrás hasta producir parestesias y hasta que la aguja penetre en el agujero oval.

La aguja utilizada debe ser delgada, de 7 a 8 cm. de longitud y con membrana indicadora, será introducida al principio apuntando hacia la aurilla y, vista lateralmente, dirigida hacia los huesos faciales. El punto medio del arco cigomático.

Se suele hacer contacto con la pared ósea a una profundidad de cerca de 5 cm., por lo que es aconsejable marcar esa distancia en la aguja con la membrana de cera antes de hacer la punción. Durante su trayecto la aguja pasará inmediata mente por fuera del maxilar y de la anósis — téricaides. Inmediatamente por delante del agujero oval se obtendrá contacto íseo en la superficie intratemporal del ala mayor del esfenoides. Una vez que se ha establecido con la pared ósea, se corrige la dirección hacia atrás sobre la aguja. Esto se retira luego para reintroducir la aguja, dirigiéndola posteriormente hacia los huesos faciales — al tubérculo zómatico cigomático. Desde el punto de vista anatómico,

series. Las parosteas desahisan y se atraen al injerto oval. Las parosteas generalmente rodean hacia la mandíbula inferior.

La aguja se introduce hasta 0,5 cm. más, es decir, hasta que el aplicador esté en contacto con la piel, con lo cual la punta estará colocada en la cavidad de la piel o inmediatamente al lado del orificio de Gussen.

Si las parosteas son insuportables, se inyectará 1 c.c. de lidocaina al 2% antes de introducir la aguja de nuevo una vez alcanzada la posición correcta se inyectará, previa aspiración, 5 c.c. de lidocaina al 2%. El bloqueo completo del nervio trigémino se obtendrá entre 5 y 10 min.

Diagrama de la técnica de la punción infraorbitaria.

a) Nervio Infraorbitario .

Técnica Intraoral .

Se palpa con el dedo medio la porción media del borde inferior de la órbita y luego se desciende cuidadosamente este punto de 1 cm. por debajo de este punto, donde con la yema del dedo índice se puede palpar el pequeño vaso sanguíneo que sale por el agujero infraorbitario . Manteniendo el dedo medio en el mismo lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el sitio de punción del vestíbulo oral, dirigiéndola hacia el punto en el cual se le consiente al dedo medio . Luego se puede palpar la punta de la aguja, es posible sentir con la punta del dedo en o lo mismo en contacto en los tejidos subyacentes .

Técnica Extraoral .

Se punciona la piel subcutánea entre 1 y 2 cm. por debajo del punto descrito en el caso anterior . Después esto se introduce con lentitud la aguja hacia el agujero infraorbitario . Con frecuencia el paciente noventa características en la zona de distribución del nervio, sensación de que late estar entorpecido . Se aspira para asegurarse que la aguja no se haya introducido en alguna de las venas o arterias del nervio y luego se introduce .

TECNICA DE LAS MANIPULACIONES, EN EL DENTADO
DE LOS QUERATODONTOS.

TECNICA INICIAL.

a) Las ramas alveolares superiores anteriores de la maxilar inferior se
mueven por detrás de la cavidad inframaxilar o inmediatamente antes de ella
al cerrar la boca. Después se divide la punta de la cavidad hacia el tercio
medio superior y se introduce de 2 a 3 cm. la dentadura inferior con una curva
aplanada de concavidad superior. Durante la manipulación se inserta apro-
ximadamente 2 ml. de anestesia. Esta técnica es la más indicada (sobre
todo de la tuberculosis).

b) Las ramas alveolares superiores medias y posteriores se elevan separa-
damente para cada diente en particular intraoralmente. La punta de la
maxilar inferior que rodea el diente o subapical de este ítem de la ma-
nobra, se eleva libremente. Los dientes se elevan en posición con la
punta de la cavidad. De esta manera es posible levantar hasta 2
dientes desde el mismo punto de inserción.

c) El nervio maxilar anterior se eleva inmediatamente una distancia de 1
cm. al lado del centro del conducto maxilar posterior situado a la el-
tura del segundo molar, 1 cm. por encima del rebaje alveolar.

d) El nervio maxilar inferior se eleva inmediatamente una distancia de 1
cm. al lado del centro del conducto maxilar inferior situado a la altura del
tercer molar inferior.

TÉCNICA OPERATIVA

La punción se hace en el punto donde el borde inferior del hueso ciliar cruza el borde anterior de la masa del maxilar inferior.

La punta de la aguja se dirige un poco hacia arriba y algo por detrás de la tuberosidad del maxilar. Todavía en contacto con la tuberosidad, se introduce la aguja más profundamente hasta sentir contacto con ella en su posición convexa y detenerse con un alfiler del esfenoidal.

PROCEDIO INTRACRAN DEB NERVIO ALVEOLAR INFERIOR .

Por el dedo índice se localiza la línea oblicua , es decir , el borde interno de la rama del maxilar inferior .

Se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm . por encima del plano oclusal del tercer molar . La jeringa debe mantenerse paralela al plano mastoideico de los dientes de la mandíbula inferior . Desde este punto , la punta de la aguja se introduce lentamente 2 cm . llegada a la curva interna de la rama del maxilar al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los meandros del lado opuesto , manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal , la punta de la aguja se mantendrá en contacto con la rama .

Si el paciente mantiene la boca bien abierta , se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo .

Si es necesario bloquear también el nervio lingual , se inyecta una pequeña cantidad de anestesia cuando la aguja rebasa la línea rílichio - cleso aunque libremente este nervio queda bloqueado indirectamente ya que cuando se introduce la aguja casi siempre se inyecta un poco de anestésico .

Una vez que se haya alcanzado el punto deseado con la punta de la aguja se inyecta la solución en cuestión .

ESTRUCURA EXTERNA

La punción se hace en la apertura correspondiente en el arco cigomático y la escotadura simétrica inmediata ante por delante del punto donde el cóndilo se detiene después de la apertura máxima de la boca .

La aguja se dirige perpendicularmente al plano cutáneo hasta el fondo de la fosa infratemporal .

El nervio se encuentra a una profundidad de 2.3 cm. cerca de 1 a 1.5 cm por delante del foramen oval . Allí se inyecta la solución anestésica .

FORAMEN DEL NERVO MENTONIANO .

TECNICA INTERCRAL .

El foramen mentoniano se encuentra en el pericoste inferior del vestibulo oral por dentro del labio inferior e inmediatamente por detrás del primer premolar . Con el dedo índice izquierdo se palpa el punto vasculonervioso a su salida del agujero mentoniano .

El dedo se fija allí ejerciendo una presión moderada mientras la aguja se introduce hacia dicho punto hasta que la aguja esté en la cercanía inmediata del plexo vasculonervioso , allí se inserta , con esta técnica se evita producir lesiones vasculares .

AGUJA DE WILSON

En la técnica de la aguja el plexo vasculonervioso , que sale a través del agujero mentoniano , se fija antes que salga fuera .

Por lo tanto , la técnica utilizada es la de la aguja de Wilson .

"ACCIDENTES EN LA ESTOMACIA Y EN TRABAJO BUCALE"

A las operaciones realizadas en la cavidad bucal, pueden ocurrir complicaciones inmediatas o remotas.

Accidentes inmediatos son los que se presentan desde la presentación del paciente hasta el fin de la intervención. Los remotos, son los secuelas a posteriori de las operaciones bucales.

Actualmente para la cirugía bucal, se cuenta con sofisticados aparatos y un completo instrumental para lograr los mejores resultados en las intervenciones de cualquier tipo odontológico. Indistintamente esto - deben tenerse los siguientes cuidados para evitar accidentes: su calidad, su estado y el uso correcto de cada instrumento.

Los accidentes se dividen en: Inmediatos y Remotos.

Inmediatos (de tipo Instrumental)

- Por mala calidad de los instrumentos.
- Por su falta de limpieza adecuada.
- Por su uso incorrecto.

Se refieren a los dientes:

- Extracción del diente en el nivel de la corona.
- Heridas con punta de los dientes radiográficos.
- Extracción accidental de dientes.
- Extracción accidental de hueso.
- Extracción accidental de nervios.

Movimientos Del Paciente .

- Falta de técnica .
- Fractura o luxación de un diente vecino .
- Extracción de un diente sano .
- Lesión o extracción de los folículos permanentes .
- Desarrollo lento de obturaciones o aparatos protésicos .
- Luxación y fractura de uno o más dientes al colocar el abre bocas .

Sobre Los Maxilares :

- Fractura de los rebordes alveolares .
- Fractura de la tuberosidad del maxilar superior .
- Fractura de la mandíbula .
- Luxación de la mandíbula .
- Abertura del seno maxilar .
- Penetración de raíces o dientes en el seno maxilar o fosas nasales

Accidentes sobre Las Lemas Elásticas .

- Desgaradura y desgarramiento de la goma .
- Interrupción de los hilos .
- Herida en labios , lengua y carrillos .
- Penetración de un cuerpo en los tejidos .
- Penetración de dientes o raíces en las vías digestivas o fosas nasales .
- Infección .

Accidentes Anestésicos .

- Éxito .
- Fracaso .
- Intoxicación por novocain .
- Intoxicación por éter .

Inyección en un músculo .
Fractura de la cadera .
Erisipela .
Escarlatina .
Anestesia Profunda .
Terapéutica Lesión del Nervio Vagante .

Accidentes inmediatos .

Hemorragia .
Dolores postoperatorios .
Fiebre .
Infecciones .
Alveolitis .
Empiema .
Absceso .
Celulitis .
Flegmon .
Fístula .
Ectasia .
Erisipela .
Escarlatina .
Escarlatina, síntomas del tipo de la infancia .

Accidentes tardíos .

Hemorragia .
Trastornos en los órganos de la respiración .
Accidentes tardíos de la anestesia .
Accidentes tardíos de la cirugía .
Accidentes tardíos de la cirugía .

Accidentes de la anestesia .

Dolor local por la introducción de la sonda .

Dolor agudo en la región lumbosacra .

Isquemia de la piel de la cara .

Lipotimia .

ACCIDENTES INSTRUMENTALES

Accidentes imprevistos relacionados con el instrumental. — Los accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples, algunos interesan directamente al diente, otros al hueso o bien a las partes blandas que lo rodean.

También puede haber fractura de algún instrumento, esto puede suceder por su mala calidad o por el estado en que se encuentre o bien por su uso incorrecto.

No es difícil que instrumentos empleados en gran medida se fracturen como pinzas o elevadores si se aplican con fuerza excesiva que se fracturará la parte activa del instrumento y queda enclavada en el hueso de los maxilares, en este caso se puede extraer con una pinza de poder.

Insuficiente el forceps debe aplicarse correctamente de lo contrario al efectuar los movimientos de levación puede fracturarse la corona o parte de la raíz.

La fractura de hueso puede producirse en la anestesia infiltrativa — submucosa y troncular.

La importancia del accidente depende de la parte en que la lesión se produce.

Debe tenerse cuidado al usar cualquier instrumento que pueda atravesar el alveolo. El uso excesivo de fuerza puede ocasionar una fractura de la parte activa del instrumental, éste se extraerá con una pinza de poder.

Cuando el fragmento queda entre la mucosa y puede retirarse, se extraerá mediante una incisión, si no es posible deberá hacerse uno de los tipos X.

Para evitar que el bisturí o las curetillas se fracturen, debe procurarse que sus bordes no estén demasiado delgados.

Debe tenerse en cuenta la resistencia del explorador porque cuando su punta es muy fina tiende a partirse o fracturarse al aplicar algún movimiento de luxación.

Fractura en el cuello de la cava de la perra.

En esta especie, ésta es una de las afecciones que con más frecuencia se presenta. La fractura del cuello, puede ser ocasionada por varias causas:

Es frecuente que las cunas invadan la porción coronaria de la dentina dejando en ocasiones intacto el esmalte de tal manera que en el momento de aplicar los fórceps y efectuar los movimientos de extracción, se produce la fractura que puede localizarse en la corona, en el cuello, en la parte media de la raíz o bien en su tercio apical.

Toda laher fractura, cuando una pieza está debilitada por alguna anomalía retilular, al ejercer presión sobre ella, se produce la fractura de la corona de dent en ocasiones, cuando las piezas son multirradiculares, los raíces también.

Deber del cirujano es evitar hasta donde sea posible, todo tipo de — complicaciones : en este caso se hace necesario un previo estudio radiológico para aplicar las mejores técnicas de avulsión que cada proceso requiera .

Dientes con Tratamiento Radiológico :

La anatomía de los dientes según su situación en el seno alveolar , es diferente , por otra parte , el grado de resorción de la raíz , varía de acuerdo con la edad del paciente y por lo tanto , la proximidad de los maxilares al borde alveolar mediante el estudio radiológico se conoce la forma de las raíces , el grado de resorción y sobre todo , el grado de relación de ellas con relación con los dientes horizontales .

Conocer estos factores es de suma importancia , sobre todo en la extracción de las raíces de los dientes temporales para no lesionar los permanentes durante la operación .

Tanto los dientes horizontales como los maxilares o con un declive o anguladas radiaciones , es importante saber muy bien como efectuar una correcta extracción por alveoloplastia o por odontocisión .

Después de haber visto la estructura de dientes y raíces en los que se ha insertado una corona de goma y en aquellos cuyo mal uso se ha ocasionado lesión con gran importancia .

La raíz es la porción que se inserta en el alveolo y que se encuentra en contacto con el hueso . La corona es la parte que se proyecta por encima del nivel del hueso .

tipo de fracturas .

Estructura especial del Diente :

Para extraer un diente o una raíz del seno maxilar , es necesario determinar con precisión su posición practicando un estudio clínico y radiográfico . Cuando se observa que la raíz está cerca del alveolo abierto para hacer la extracción debe hacerse una precisa exploración en el orificio de entrada antes de realizar la extracción: observar si los dientes están debilitados por la caries o por una oclusión particular , en este caso hay peligro de fractura del diente en el punto de mayor resistencia , además de separarse de la encía o desplazamiento de esmaltes frías , las fracturas tienen formas muy diversas .

Dientes Superpuestos :

En este caso la extracción es difícil por el peligro de lesionar los dientes vecinos por lo que se debe extraer con precisión sobre ellas (cuando sea posible evitar la caída de uno u otro diente vecino, éste debe ser restaurado o pulido : cuando la fractura es afectada la fractura a afectada la raíz deberá verificarse la pulpometría .

Dientes Inclinados o Separados . Estos son dientes que están del mismo normal . El tipo de inclinación se refiere a dientes que se separan de una manera y el de sus raíces se separan por inclinación por inclinación de la corona . Estos tipos de dientes se separan por inclinación por inclinación de la corona . Los dientes que se separan por inclinación de la corona , los dientes que están del mismo normal .

La extracción de los dientes arriba citados siempre se debe hacer por la extracción por el pulso en los casos en que la raíz es simple y si -
vergente deberá hacerse una odontosección .

Será conveniente obtener una radiografía periódica y anual antes
para saber cuanto si los dientes están viables, en este caso, se
hará extractos al necesario .

Colares de Nera :

La forma de los dientes colares permanentes se altera de un 10 % a
un 35 % en los pacientes con sífilis, las superficies de oclusión
son mucho más estrechas que lo normal y la dentadura es un poco
to comprimida . También presentan hipoplasia del esmalte . Estos son
esos dientes difíciles por contraindicar cirugía y constituir ade -
más un peligro para el operador salvo en el caso de sífilis congénita.

Genivación :

Tanto un diente dentario se divide en dos y forma dos coronas con rle -
tas o parcialmente copuladas , en los tener un diente completo particular
y un diente raíz .

Rotación :

Tanto los órdenes dentarios se usa para formar un diente con una cor -
de. Este como se observa en la radiografía de los incisivos, la corona ó -
nica, puede tener dos raíces o una raíz única con doble . En otros
igualmente requiere estudio previo radiológico para saber si solo hay
una raíz o si es doble .

Dilatación :

Significa cambio de dirección , flexión o desviación de la raíz . Cuando las raíces son divergentes , su extracción está sujeta a varias técnicas , la alveolotomía que consiste en la supresión de parte de la tabicula alveolar que protege al diente objeto del tratamiento , hay que incidir la fibrosa gingival , eliminar el tejido óseo de la tabla externa y practicar la enucleación del diente volviendo el tejido gingival a su primitiva inserción usando para esta operación bisturí de hoja corta y filosa , espátula de Freer , estos instrumentos no lesionan las estructuras de la encía y para osteotomía , escoplos a mano o martillo neumático y fresas para hueso . Para la extracción propiamente dicha , elevadores y forceps .

Estructura Especial del Hueso :

Cuando dentro de la esponjosa , se encuentra un depósito de Hueso , hay enostosis de maxilares .

Este crecimiento óseo se halla circunscrito al interior de la corteza y no hay expansión de hueso .

Estas concentraciones de hueso también reciben el nombre de "osteoscleróticas" , hueso esclerótico , osteosclerosis o osteitis condensante . Este hueso es más denso que el circundante , de contorno irregular y marcadamente radiopaco . Obteniendo buenas radiografías oclusales , puede diagnosticarse la enostosis , si se encuentra que la zona radiopaca surge de la corteza interna bucal o lingual o de la lámina dura .

En la enostosis , los dientes conservan su vitalidad . Cuando la osteitis condensante se debe a infección periapical , los dientes carecen de vitalidad . Cuando se trata de dientes carentes de vitalidad con osteitis condensante , está indicada su extracción o de ser posible un tratamiento endodóntico .

encima de estas la corona queda . Entre cualquier nivel del vértice la
línea cervical que , se muestra rodeada por una capa fibrosa .

El crecimiento en la vida adulta del quiste paradentario el cual se o
riginó a expensas de los restos parodontales de la corona de una denta
ción reciente que se erige de la corona . A causa de la reacción ósea , puede
ser asintomática o transferirse en quiste paradentario .

Está formado por restos epiteliales de la corona de la corona .

Quiste :

Patológicamente , es difícil distinguir a diferencia de un quiste
de un quiste paradentario que a las lesiones tienen igual origen .

La diferencia es el quiste paradentario posee características
de un intenso radiolucidez y bordes más sólidamente trazados , por lo
tanto , como una evidencia proceso patológico , no se puede llamar a
al diagnóstico por el sólo autor a radiológica se requiere un estudio
clínico . Estas sostiene que el exacto diagnóstico solo puede obtenerse
mediante el examen histológico .

La medicina general y local anti-inflamatoria , los tratamientos qui-
rúrgicos , las técnicas anestésicas deberán ser específicas para cada
proceso , una de las principales finalidades es conservar y hacer úti-
les dientes portadores de quistes dentarios .

Los dientes coronas sueltas con raíz soldada al diente vecino , dien-
tes con radiolucidez temporal que por falta de espacio en las arcadas
dentarias han hecho erupción en la pared palatina o vestibular del pro-
ceso alveolar , dientes cariados y en general todos los dientes con
exposición a postul . Dirección dar un buen índice de fracturas den-
tarias .

El Cirujano:

Constituye un ejemplo de sacrificio de un individuo por el bien de la humanidad.

Los estados distásicos, el estrés, las distrofias y la herencia a menudo son causas de fracturas por descalcificación.

Falta de Técnica:

El cirujano debe actuar con absoluta certidumbre respecto al instrumento utilizado para el resultado de sus procedimientos y experimentos.

Las condiciones laborales y ambientales inevitablemente ocasionarán fracturas o lesiones que constituirán un nuevo problema. Para evitar esto, debe tenerse en cuenta la siguiente información: (según el caso) del paciente respecto al dolor, el bienestar, del instrumento utilizado, la posición en los movimientos de instrumentos de precisión, aplicación de las técnicas más adecuadas para evitar la ruptura de lo que el paciente requiere para su recuperación.

Una técnica correcta es esencial en todos los aspectos de la fisiología para un cirujano. Cuando se logran resultados los errores técnicos de la manipulación del paciente hasta la inducción de anestesia y el inicio de la cirugía.

Fracturas o Luxación de un hueso largo:

Esta puede ocurrir ante por la fuerza ejercida por el cirujano sobre el hueso de la articulación, esta fuerza puede ser de tracción, compresión o torsión. Las fracturas ocurren al recibir el hueso una fuerza excesiva. Las consecuencias de un error de este tipo pueden ser fatales o por alguna obstrucción o lesión de algún sistema vital por una mala manipulación.

Para evitar frotar el terreno contra el eje, utilizar un lienzo adyacente como punto de apoyo, a menos que este lienzo también sea por extraído.

El cirujano deberá tener los dedos en forma adecuada para proteger al paciente en caso de que el elevador realice cualquier movimiento del control en cuanto a la dirección por el elevador para no lesionar la raíz del diente al moverlo.

Los pasos del Tratamiento:

En el ejercicio de la evolución, tanto el paciente como el operador, deberán mantenerse en posición de relajación con el objeto de facilitar los movimientos operativos.

En el sillón dental, se deberá efectuar la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas. Dentro del gabinete de la silla dental se debe proporcionar la luz favorable y la relajación de las inserciones bucales.

La maniobra del operador con respecto al paciente variará según el tipo de extracción o el proceso, en vez de ser para facilitar el uso correcto del instrumento que se emplea para el primer sencillo, tanto en el primer tiempo en evolución.

El control periódico del paciente al operar el sillón dental, se realiza durante el ejercicio del cirujano para proteger al paciente con un control de confianza y seguridad, el momento del primer movimiento por el operador deberá ser el momento en que el operador para el control de las condiciones de tener acceso a los dientes.

El paciente debe estar en posición y confortables que permitan acceder al área de la silla dental en cualquier momento, el operador debe estar

tar siempre que el paciente se dé cuenta de que el instrumental está preparado para su intervención.

Todas estas precauciones, además de las indicaciones que el cirujano va dando al paciente, harán que este se sienta seguro de la intervención y así se evitarán movimientos bruscos que pueden ser de graves consecuencias.

Un movimiento de cabeza en el momento menos oportuno puede ocasionar la desviación y hasta el desalojamiento del instrumental que está siendo utilizado.

Un movimiento de cuerpo o manos igualmente puede dar margen a lesiones con los aparatos como elevadores, forceps, o aparatos rotatorios.

Extracción de un Diente Sano :

Con frecuencia se presenta el caso de que el paciente a consulta médica por sentir una molestia más o menos intensa pero sin saber determinar exactamente que pieza es la que produce, esto sucede por la acción refleja del dolor no solo en la arcada enferma sino también en la antagónica, de tal manera que no puede localizar con precisión el punto clave en tal caso, el cirujano deberá un diagnóstico correcto, ayudado de ser necesario por un estudio radiológico para mayor seguridad, de lo contrario, se puede llevar a un lamentable error.

Lesión o Extracción de los Folículos Permanentes :

Los folículos permanentes están más desarrollados y más próximos al borde alveolar, de los siete a los diez años de edad, por lo tanto al practicar en un niño la extracción dentaria, es muy importante conocer su edad para calcular el estado de reabsorción de las raíces, la cual comienza para el incisivo central a los cuatro años; para el lateral, a los cinco años y medio de edad, a los nueve para el primer molar temporal

ral, a los siete y para la semana a los ocho días.

Estos datos son muy importantes, si se va a practicar una extracción de una pieza temporal debe tenerse cuidado de no profundizar demasiado los hoces del forceps porque al estar reabsorbidas las raíces temporales, pueden llevar hasta el folículo lesionándolo y a veces llevar a extraerlo produciéndose una pérdida irreparable.

Desalojamiento de Obturaciones o Aparatos Protésicos :

Siempre se recomienda antes de llevar a cabo cualquier proceso bucal, hacer una correcta exploración para conocer todos los aspectos que presente el campo operatorio, sin este consentimiento ocurre que al hacer la extracción de una pieza, pueden ser removidos algunas obturaciones o aparatos protésicos, debido a una técnica defectuosa o al uso incorrecto del instrumental, este accidente también se ocasiona por tener como punto de apoyo dientes con coronas obturadas, en algunas ocasiones sucede por causas inherentes a la propia restauración o por exceso de material en los puntos de contacto y que al mover la pieza se desalojan al exterior la salida de la pieza por extraer.

Cuando hay restauraciones que obturan las cavidades de dientes próximos que se va a tratar, la exploración clínica y radiográfica son de gran utilidad.

Exposición - Fractura de una o más Dientes al Intento de Movilizar :

En términos generales, una operación de cirugía bucal se considera al inicio, llevar hasta al límite, practicar una incisión a él y mover la pieza al exterior al objeto de la extracción (una pieza, un tumor, un quiste, etcétera). Inmediato al objeto, se evalúan los tejidos que se van a mover al exterior por medio de la exploración.

La defensa necesaria de las operaciones de cirugía bucal, se hacen sin intervenir la piel de la cara y para estas operaciones se utiliza material quirúrgico y el instrumental apropiado.

El abrebocas, es un instrumento necesario para el operador para observar con claridad las condiciones del campo operatorio pero es de suma importancia el cuidado que debe tenerse al colocarlo, siempre deberá ser sobre un diente sano ya que si se coloca sobre una pieza o piezas movibles se produce el accidente y pueden ser desalojados.

También debe tomarse en cuenta que el paciente en un movimiento brusco puede llevar a desalojar el abrebocas lesionando los tejidos vecinos y aun piezas dentarias sanas.

Accidentes sobre los Maxilares :

Rebordes Alveolares :

Pueden afectar la lámina externa, la lámina interna o todo el espesor del proceso alveolar y pueden corresponder a uno o varios alveolos.

El más frecuente es el de la lámina externa por ser el que recibe al máximo de presión durante la masticación y además por ser la más voluminosa está a nivel de los caninos superiores, consecuencia de su voluminosa raíz.

Generalmente estos accidentes son casi inevitables hasta para los más hábiles operadores si se trata de evulsiones de volutas por la marcada divergencia que éstos tienen en sus raíces ya que por máxima que sea la elasticidad del hueso, no permite la salida de raíces con facilidad. Las fracturas del rebord alveolar, son relativamente frecuentes, de esas las que pueden ocurrir con las que resultan por brusquedad o por fuerza aplicada de los luxadores.

Fractura de la Tuberosidad del Maxilar :

Esto ocurre generalmente en la extracción del tercer molar , ya sea por movimientos exagerados o bruscos , o porque se presiona demasiado con el botador , si es la fractura extensa y abarca toda la tuberosidad , no debe extraerse el fragmento .

Esto puede ocasionar graves consecuencias , es conveniente esperar a que solde por sí solo o que el organismo desaloje .

En caso de que la fractura sea solo de la table externa y si ésta ha sido derajada grande y dejara al descubierto el seno maxilar, se deberá suturar la mucosa para cerrar la comunicación bucosinusal .

Esta es una de las fracturas más peligrosas de la boca , por las relaciones que tiene la tuberosidad con la arteria maxilar interna , con el pterigoideo y con los nervios dentarios posteriores .

Fractura de la Mandíbula :

Este tipo de fracturas pueden clasificarse en tres grupos :

- 1.- Fracturas en donde hay uno o más dientes en cada fragmento .
- 2.- Fracturas en las que hay fragmento posterior desdentado .
- 3.- Fracturas en dientes edentulos .

La pérdida de continuidad en las raíces , en las apofisis coronales y en el alveolo constituyen las fracturas mandibulares . La fractura bilateral es la más frecuente y puede ser el fórceps , la tablea etc. El lugar más frecuente de fracturas mandibulares es la unión del condilo con el cuerpo.

La estabilidad del hueso mandibular por la presencia de los ligamentos...

no, y por el alveolo del conino. También se produce la fractura en la
región del fémur distal por el tipo de mecanismo de torsión o tensión en la cadera.

Si la fractura se sitúa en la región del fémur, la reducción es con-
tinuada es casi siempre en la porción exterior de tipo de la cadera
con frecuencia de un ángulo de 40° en relación al horizonte.

Las fracturas del codo generalmente son producidas por un golpe en
el lado opuesto de la bordilla.

Desviación :

La acción de los músculos que se insertan en la condra, produce
la desviación de los fragmentos sólo cuando la desviación

Indicaciones que deben observarse cuando ocurren estas fracturas :

- 1.- Se practicará un estudio clínico con un estudio radiológico para un
mayor diagnóstico.
- 2.- El tratamiento será inmediato y tan pronto como los miembros del
paciente lo permitan.
- 3.- De acuerdo con cada tipo de fractura será el tratamiento a seguir
para su correcta reducción y fijación, siempre que sea posible
intervenir quirúrgicamente.
- 4.- Cuando hay dificultad para obtener una reducción normal, nunca se
usará la fijación externa para reemplazar a la cirugía.
- 5.- Una vez reducida y fijada la fractura, se realizará el estudio radiológico
normal del paciente así como el estudio de la desviación.
- 6.- El tratamiento de la fractura, se continuará con la fijación in-
terveniente en posición funcional hasta que se haya curado.

7.- Hay que tener en cuenta que la consolidación de la línea de fratura varía fundamentalmente con la edad del paciente .

En un niño la calcificación requiere un tiempo menor que en un adulto , y en éste , será más rápida que en un anciano .

Luxación de la Mandíbula :

La luxación o dislocación de la mandíbula , es la salida parcial o total del cóndilo , de la fosa mandibular (Cavidad glenoidea) . La luxación puede ser hacia adelante (anterior) , hacia arriba (superior) , hacia atrás (posterior) o hacia afuera (lateral) .

La dislocación más frecuente es la anterior y puede estar complicada con fractura . Las otras tres formas son muy raras y se observan casi siempre en complicaciones con las fracturas .

La dislocación del cóndilo se debe a las siguientes causas: Abertura exagerada de la boca como sucede al bostezar , al reírse con exasperación al vomitar , durante una operación dental, al introducir incorrectamente el alfiler o bien por traumatismo : La artritis crónica que sobreviene algunas veces a la oclusión normal , puede tener como consecuencia la luxación habitual de la articulación temporomandibular .

Luxación Anterior: La luxación de la mandíbula se produce casi siempre hacia adelante , siendo por lo general una luxación completa y bilateral. La dislocación unilateral es rara.

Los síntomas de la luxación bilateral son : La boca está ampliamente abierta y no puede cerrarse , la barbilla está elevada y el enfermo tiene dificultad para hablar , puede ser dolorosa e indolora . En la dislo-

cación unilateral , el mentón se desvía hacia el lado contrario a la luxación .

Luxación Superior: En esta luxación se observa un acortamiento aparente de las ramas .

Luxación posterior: En la mayoría de los casos , la reducción se produce sola . Lo más indicado es poner al paciente sentado lo más bajo posible con la cabeza apoyada en el cabecero ; el operador deberá estar colocado por delante del paciente , colocar los dedos índices sobre las ramas oclusales de los molares y los demás dedos sujetando el borde inferior de la mandíbula .

Primero se forza la apertura de la boca haciendo presión hacia abajo para salvar el obstáculo que la cavidad elenoidea del temporal ofrece al cóndilo del maxilar .

Otro movimiento hacia arriba y hacia atrás , reducirá la luxación .

En esta luxación se observe una resaca en la barbilla , algunas veces hay hemorragia , el cóndilo se palpa en posición anormal , la radiografía muestra la desviación. En la dislocación posterior unilateral , la barbilla se desvía hacia el mismo lado .

Luxación lateral : En esta clase de luxación puede observarse y palparse el cóndilo , y fuera de su posición normal .

La Luxación Disparamandibular : Se presenta con más frecuencia en los casos en que el paciente es sometido a anestesia general , ya que se produce la relajación muscular .

Tales es el punto de las cuales a efectos durante la extracción accidentalmente en terceros: el uso de elevadores y fórceps. El uso inadecuado de elevadores es la causa de muchas de estas fracturas mandibulares.

Cuando se utilizar elevadores o fórceps se oye un ruido y junto con la movilidad del diente se percibe la movilidad de la tuberosidad del maxilar, no se deberá seguir con la extracción, el dentista debe planear otra técnica ya sea retirando el hueso vecino, seccionando el diente si presenta varias raíces, según el caso, emplear la mejor técnica para terminar la extracción sin fracturar al la mandíbula ni al piso del seno maxilar si se trata del maxilar superior.

Apertura del Seno Maxilar :

Las relaciones de vecindad que existen entre el seno maxilar y las raíces de los molares y molares superiores limitan y restringen esta clase de accidente, por regla general, cuando se practica una operación en la que requiere hacer una abertura en el seno maxilar para hacer una extracción, si no existe ningún estado patológico en el seno o en la pared exterior de este, se debe hacer un orificio en el alveolo y la herida cicatriza sin ningún tratamiento postoperatorio. Únicamente deberá rellenarse el alveolo con gasa esterilizada para que se forme el coágulo y protegerlo de la contaminación de gérmenes que pudieran penetrar al seno maxilar.

Este accidente suele deberse a negligencia del operador, a la aplicación de técnicas inadecuadas o malas, por lo regular se que cuando las piezas dentarias con el seno maxilar, teniendo al punto un relación variable, las relaciones del seno con los molares superiores son muy incógnitas, ordinariamente están en dirección directa con el seno, las primeras y comunes fracturas.

Quando las raíces penetran al seno e están separadas de él únicamente por la mucosa, por muy cuidadosamente que se practique la exodoncia se hará la comunicación; por lo tanto el operador deberá controlar la presión en el botador durante la extracción de una raíz que está en relación con el seno.

Quando se ha hecho la comunicación se nota lo siguiente: La sangre que fluye del alveolo es burbujeante, a veces hay hemorragia nasal del lado correspondiente y cuando el enfermo aspira con fuerza, puede percibirse el ruido que hace el aire al pasar del seno a la cavidad bucal.

Penetración de Raíces o Dientes en el Seno Maxilar o Fosas Nasales:

La entrada de un diente o una raíz en la cavidad del seno maxilar es una complicación que no produce molestias en el paciente y es difícil precisar cuando ha ocurrido tal desplazamiento.

La experiencia demuestra que los fragmentos de raíces u otros cuerpos extraños dejados en el seno maxilar pueden ser tolerados por años sin generar síntomas ni generar tampoco sinusitis a menos que haya una fístula buccentral.

Este accidente aparece cuando las raíces o dientes alojados en el seno maxilar o fosa nasal, con la menor presión son introducidos más profundamente, lo mismo sucede cuando las separa del seno una laminita que se fractura y al introducir el botador se fractura la pared son impulsados al interior del seno. Tan pronto se vea que una raíz ha penetrado al seno y comprobada esta penetración se tomará una radiografía para establecer su posición exacta. Si está hundida o próxima a la perforación se intentará extraerla, habrá que ensanchar la comunicación

si la raíz no puede ser elevada con instrumentos elevadores, se intentará la siguiente técnica :

Se colocará la cabeza del paciente inclinada lateralmente hacia el lado afectado , se introducirá una cánula dentro de la cavidad del seno - se hará un lavado con regular precisión .

Si esta técnica no diera resultado , se hará otro intento introduciendo una tira de gasa estéril y húmeda en forma de horquilla aproximadamente de 20 cm. de longitud , y dándole una ligera torsión , se retirará por uno de sus extremos para sacar la raíz .

De ser necesario el procedimiento se reduce a hacer una abertura en la fosa canina .

Accidentes sobre las Paredes Blandas

Descarradura y Desmenujamiento en la Boca :

Generalmente , esclapando a del control de los instrumentos lo que produce este accidente manifestado por laceraciones , descarramientos y otras lesiones sobre los tejidos blandos.

Los elevadores y forceps , pueden resbalar de la superficie de los dientes dañando los tejidos de labios , carrillos , mejillas , lengua , piso de la boca y paladar durante la extracción , también puede producirse la fractura de algún hueso adyacente .

Similar peligro existe en el uso de instrumentos rotatorios que al resbalar lesionan los tejidos blandos adyacentes .

Esto ocurre generalmente en la mandíbula y sobre todo en la cara distal del tercer molar , en este lugar la mucosa se encuentra fuertemente adherida al cuello de la pieza , y al hacer la extracción se produce el descarramiento de las partes blandas en una dirección más o menos caudal , y principalmente en la superficie del paladar anterior y en ocasiones se presentan casos de descarradura hasta el nivel de la arborización coronaria , el uso del forceps por los raras ocasiones en aperturas -

res poco expertos , son tambien causa de desgarriamiento en las partes blandas . Este accidente ocurrido por falta de precaución produce heridas que puede tratarse inmediatamente mediante una sutura , la hemorragia se controle por compresión y cuando es necesario deben ligarse los vasos principales para el restablecimiento de la mucosa , solo se requiere suturar con puntos sencillos o continuos , el pericostio que se halla separado del hueso , debe ser recubierto sin demora .

Cuando se trate de heridas profundas , la ruptura de vasos importantes provocan hemorragias profusas que hay que detener colocando una compresa en la zona sangrante haciendo una fuerte compresión con los dedos de ambas manos , una que oprima la región hemorrágica por dentro y otra por fuera , si es necesario , se extraerá la sangre mediante aspiración continua suturando los vasos principales .

En las zonas hemorrágicas y bordes de la herida una vez controlada la hemorragia , se suturará por planos obliterando las zonas profundas para eliminar cualquier espacio muerto y aproximar la submucosa para reducir la tensión sobre las suturas de la mucosa utilizando hilo reabsorbible para vasos y capas profundas o bien hilo de seda por ser tolerable por los tejidos de la boca.

Contusión en los Labios :

Al efectuar una extracción de piezas unirradiculares se produce este accidente , las partes del forceps en este caso , quedan perpendiculares al plano de oclusión y es fácil comprimir el labio inferior contra la arcada dentaria en el momento de efectuar la luxación interna , para evitarla , hay que tener la precaución de separar el labio inferior haciendo unido . Esta contusión solo lleva a desmoronar los capilares de la piel y de los límbos celulares adyacentes produciendo una equimosis .

En caso de que el paciente sea insensible a la anestesia local, no podrá acusar dolor, por lo contrario el dolor que experimenta al hacer la contusión nos pondrá sobre aviso sobre la intensidad de la presión. Cuando el paciente está bajo la acción de anestesia general, la contusión provocada será de mayor intensidad produciendo alguna desarradura de vasos de mayor calibre que los capilares, originándose un hematoma.

Herida en Labio, Lengua y Carrillos:

Las lesiones de la mucosa pueden ser traumáticas, térmicas o químicas y por terapéutica de irradiación. Las heridas de la boca pueden deberse a innumerables causas, principalmente a caídas o accidentes que ocurren mientras el paciente tiene en la boca objetos duros y puntiagudos.

Heridas similares pueden ocurrir por punsión accidental de los instrumentos usados por el odontólogo como exploradores, elevadores etc., tales instrumentos llegan a veces a causar perforaciones en listas, cuando la lesión afecta los labios, las mejillas o el paladar blando.

Estos accidentes se pueden clasificar en heridas punzantes y heridas cortantes. Al hacer la síngnoma, el paciente al experimentar el dolor instintivamente hace un movimiento brusco de su cara, en este movimiento puede ocurrir el accidente sobre la encía, sobre la lengua, los labios o los carrillos siendo una herida que puede variar de extensión y de profundidad sobreviniendo la hemorragia que es un síntoma constante de muy variable intensidad y forma, según que se hayan interesado capilares, arteriolas o arterias, debe contenerse por medios físicos, químicos o mecánicos. Las heridas punzantes, se originan por los procedimientos bruscos del botador en la extracción de raíces, también pueden producirse en el paladar, en el pico de la boca, en los carrillos o en los labios.

Tras el inicio de estas lesiones en un vaso de la zona de las afueras del conducto, las paredes de la herida efectuada profunden sus límites o anfractuosa y la separación de ellas varía también según la forma del botador y la elasticidad de los tejidos lesionados, generalmente la separación de los bordes de la herida es poco notoria, al igual es variable como la intensidad de la herida.

Algunas ulceraciones o laceraciones de la mucosa bucal con causa de dientes infectados, estos úlceras suelen ser de tipo crónicas, se presentan rodeadas por una zona inflamada, el centro de un tejido es un tejido blanco amarillento necrosado, son extraordinariamente sensibles y dolorosas. En tratamiento consiste en explorar la herida, lavar con solución antiséptica y dejar que cure por resolución.

En el tratamiento preventivo se emplea una solución esterilizadora del área bucal.

Extracción de un Cuerpo a los Tejidos :

Al tratar de una extracción de un cuerpo, se encuentra el alveolo vacío sin haber hecho la extracción, ésto sucede porque la pieza se ha deslizado entre la tabla externa y la interna con haber efectuado con el botador una acción de presión fuerte y se ha ido por una hendidura brusca del tejedor que mata la raíz.

Para evitar esto se debe procurar el alveolo está completamente vacío y al hacer el estudio radiográfico se localizará la posición exacta de la raíz por eliminar.

Extracción de Raíces o Dientes en los Niños con el uso de la anestesia

Para extraer un diente por una extracción, se emplea una solución de

raíz y la operación va a hacerse con botador , es fácil que la raíz al salir del alvéolo se vaya hacia la parte posterior de la boca y se introduzca en la laringe o en la faringe .

Cuando se introduce en la faringe , pueden suceder dos cosas , que quede ahí alojada o pase al esfínter , lo cual no presenta ningún peligro porque el diente será expulsado por vía natural.

En el primer caso para desalojarla se hace con instrumentos especiales .

Igual sucede si ha caído en la laringe , pueden suceder dos cosas , en un acceso de tos , la laringe tenderá a expulsar el cuerpo extraño hacia el exterior pero en ocasiones éste no sucede , entonces el diente queda clavado en la tráquea .

Accidentes Anestésicos :

Shock :

En el caso de toda anestesia , pueden presentarse complicaciones ocasionadas por la acción del anestésico . Hay varios tipos de anestesia : local , general, loco regional y regional .

En la local , los accidentes son de la incumbencia del operador y en la general , se hace necesaria la intervención de un anestesiólogo responsable para ejecutarla .

Los accidentes de la anestesia general , son inmediatos y mediatos . Los representativos inmediatos son : Shock , afixia y síncope cardiaco . Los mediatos corresponden a lesiones en los centros nerviosos , lesiones cerebrales que pueden ser reversibles o permanentes , esto obedece a la hipoxia y a la anoxia .

Condiciones : 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000.

Toriones :
Algunos síntomas Recurdo
de la expedición

Méjoras : con la intensidad
variable .
No algunos otros determinados
También por uno o varios

Variedades , prurito urticaria
en lengua , ojos y cara .
Exposición de boca seca .
Sensación de opresión o
estiramiento en pecho .
Dolor precordial .
Dientes variables .
Dolor epigástrico .
Mucosidad /o vómito .
Alteraciones visuales .
Urticaria .

Difusos : con la intensidad variable
No algunos otros determinados
También por uno o varios

Difusos en grado variable
Pulso rápido y débil.
Rubor facial seguido de
palidez.
Diagnos.
Hipotensión arterial.
Estertores bronquiales.
Hipertrofia cardíaca.
Tiruitismo.
Inestabilidad primaria
y fecal.
Mucosidad purulenta.
Mucosidad sanguinolenta.
Diagnos.
Pulso rápido y débil.
Mucosidad purulenta.

Estos síntomas suelen preceder a disnea, pulso rápido y débil, cianosis e insuficiencia circulatoria .

Es típico el comienzo de 5 a 15 min. después de la exposición, pero puede ser inmediato, a veces antes de sacar la arja, o presentarse cuando mucho a los 30 minutos.

En reacciones graves la muerte suele ocurrir en el curso de 15 minutos del comienzo de los síntomas, pero algunas persisten durante horas o reaparecen en períodos de días .

Medidas de Emergencia para su Tratamiento en el Consultorio Dental.

- 1.- Tocar al paciente en decúbito dorsal. (aflojar ropa, cinturón etc.)
- 2.- Interrumpir síntomas. (herir dedo, puntito, sensación de boca seca, dolor precordial, opresión en el pecho etc.)
- 3.- Observar y tocar signos. (disnea, rubor facial, palidez, frialdad, cianosis. Toma de pulso, presión arterial, respiraciones y temperatura.)
- 4.- Valorar estado físico del paciente en este momento y la intensidad de la reacción alérgica.
- 5.- Administrar adrenalina (al 1:1000, 0.5 ml. I.V. o S.C)
- 6.- Instalar venoclisis (suero fisiológico, glucosado o Hartman 500 ml.)
- 7.- Administrar antihistamínicos (benadryl), clorotrimetón, avasena etc.) por vía I.V.
- 8.- Valorar estado físico del paciente en este momento interrumpir sobre síntomas y tomar de signos vitales (pulso, presión arterial y respiración)
- 9.- Hipotensión leve, administrar Efedrina 50 mg. I.V. o I.S. 300.
- 10.- Administrar por vía intravenosa cafeína 200 mg.
- 11.- Administrar I.V. hidrocortisona (solucortef, flebocortid o solución de 100 a 500 mg. según intensidad de la reacción).
- 12.- Valorar estado físico del paciente en este momento. Interrumpir sobre síntomas y tomar de signos vitales.
- 13.- Hipotensión arterial muy severa (menos de 60 mm. de Hg. no hay presión) administrar norepinefrina al 1% 5ml. disueltos en el suero y volverlo lentamente. Medir presión arterial cada 2 min. Discontinuar el suero cuando la presión arterial haya alcanzado cifras normales.
- 14.- Administrar oxígeno (4 litros por minuto)
- 15.- Para reanimación. Intubación traqueal, respiración artificial (boca a boca o respirador).
- 16.- Tercer grado. Cardiopulmonar o cefálico o cutáneo (compresión fuerte sobre

el esternón , 70 veces por minuto y temperatura artificial al 38° veces por minuto .)

17.- Administración intracardiaca morfina 0.5 ml, atropina 1 mg. y bicarbonato de sodio (Bicasodio, bicarsol abbot al 7.5 %) 1 amp. (para inyección intracardiaca se utiliza aguja de vacua números 20, 22 y 24 punccionar en 3° espacio intercostal izquierdo perpendicular al borde del esternón , aspirar hasta que entre sangre por la jeringa).

18.- No suspender el masaje cardiaco ni la respiración artificial hasta que haya latido cardiaco de nuevo .

19.- Esperar 5 minutos para ver si hay respuesta cardiaca , en caso negativo , administrar de nuevo por via intracardiaca los mismos medicamentos anteriores.No suspender el masaje cardiaco ni la respiración artificial -

20.- Si después de 10 minutos de la última administración de drogas , y continuando el masaje cardiaco externo y la respiración artificial, no hay respuesta del corazón (no hay presión arterial , no hay pulso carotideo , pupilas dilatadas, no hay ruidos cardiacos).Se considera que el paciente ha fallecido .

Shock Neurogenico:

También llamado primario , se produce por acción del Sistema Nervioso en forma directa o por influencia psíquica . Generalmente lo ocasiona una sensación de terror o miedo al observar instrumentos y aparatos dentales también por la percepción del olor característico del consultorio dental.

Tratamiento . Como el objeto es reducir la ansiedad , el uso de atarácicos aminorará ahora a desaparecer en el momento la sensación de terror , y la administración de algún narcótico o bien un analgésico le aliviará el dolor.

Shock Hemorrágico :

También puede determinarse como shock secundario, en consecuencia por una hemorragia masiva interna o externa consecuencia de un trauma, al una herida o quemadura. En este caso el paciente no manifiesta ningún síntoma hasta que ha comenzado el shock, por lo que es importante aplicar inmediatamente las medidas preventivas para evitar la aparición del shock y restituir la circulación, para esto puede aplicarse una transfusión endovenosa.

Síncope :

El síncope, es un accidente que se presenta súbitamente y le corta la circulación. Presenta signos especiales: el paciente palidece, siente náuseas y le aparece un sudor frío, el pulso es débil y acelerado y pierde el conocimiento por algunos minutos. Las causas del síncope son: manipulaciones dolorosas durante la operación quirúrgica de vías al traumático y a la laceración de los tejidos que han sido bien anestesiados, y trastornos psicógenos, tales como: pánico imitación que produce la vista de instrumentos quirúrgicos, imitación de contramedida a la acción anestésica.

Los pacientes adultos en buen estado de salud, están dotados de cierto grado de resistencia al síncope, pero esta resistencia disminuye en personas de edad avanzada, sobre todo cuando padecen trastornos cardiovasculares e hipertensión. No siendo la causa principal que produce el síncope sino a los trastornos cardiacos que generalmente se encuentran en la edad avanzada.

La vitalidad de una persona depende en cierta forma de la capacidad de la voluntad y esta se fortalece por la experiencia y el conocimiento quirúrgico se efectúan con el fin de evitar el síncope.

Antes de ejecutar cualquier intervención, el cirujano deberá estar completamente seguro de que la anestesia local o general que ha administrado al paciente, ha producido tal efecto.

Procurar que sus manipulaciones sean rápidas y seguras, especialmente si se tiene que usar cincel, martillo o fresa quirúrgica para extirpar porciones de tejido óseo o si es preciso seccionar tejido blando.

El síncope puede sobrevinir después de operaciones prolongadas. Una maniobra ejecutada bruscamente puede producir el síncope, el choque traumático o el colapso aún cuando la anestesia haya sido administrada por conducción o anestesia general.

Algunas personas son en parte o susceptibles a la arsanhina y en ellas se puede presentar el síncope, la tembloración, y el descenso de temperatura o el vértigo inmediata ante después de la inyección. Cuando el paciente presenta signos de desmayo, debe bajarse inmediatamente el respaldo del sillón de modo que la cabeza esté más baja que los pies, debe aflojarse la ropa, aplicarle agua fría a la cara y desificar una inhalación cautelosa de vapor aromático u oniacal para estimular sus reflejos y si el caso persiste, usar éter puro.

Si el paciente no vuelve a la normalidad, será necesario administrar le drogas vasopresoras como neosinafrina, metaraximel, epinefrina o bien, estimulantes como cafeína, benzoato de sodio o metracol.

Intoxicación por Novocaina S:

La novocaina es una droga de las más inocuas, su uso es a muy baja concentración, debe inyectarse con rapidez.

Este accidente es poco común con síntomas semejantes a los del síncope por lo tanto, al observar en el paciente cualquiera de los síntomas, se

debe suspender la inyección y proceder en la misma forma que en el síncope colocándolo en posición horizontal con la cabeza más baja que los pies y suministrar los mismos remedios que se usan para el síncope .

Intoxicación por Adrenalina :

Los síntomas de esta intoxicación son muy parecidos a los originados por anestésicos y son fácilmente confundibles . Sus caracteres principales son : desvanecimiento y depresión circulatoria . Muy raras veces se presenta este accidente , ya que en la anestesia se usa siempre en muy bajas concentraciones .

Intoxicación por Cocaína :

Actualmente , estas condiciones son poco frecuentes ya que la medicina moderna cuenta con drogas más eficaces y menos tóxicas que las suyas .

Por otra parte , para evitarlos deben seguirse las siguientes reglas :

1.- A dosis iguales las soluciones concentradas son más tóxicas que las diluidas .

2.- A dosis y concentraciones iguales , la inyección rápida es más peligrosa que la lenta .

3.- El roce en el torrente circulatorio al depositar la substancia anestésica , constituye el mayor peligro .

Inyección en un músculo :

Al realizar una inyección , la aguja puede tocar un músculo originando un dolor que puede durar horas o días . Este dolor producido por inyección anestésica en los músculos puede deberse a la mala condición de la aguja que cuando el bisel está dañado , causa festraxaduras en los tejidos , también puede deberse a que la introducción de las soluciones

anestésicas sean muy calientes , muy frías no isotónicas o demasiado rápidas.

Para este tipo de inyecciones , hay que tener en cuenta que en el músculo la absorción es lenta y que el anestésico obra como un cuerpo extraño.

Este accidente se presenta cuando se inyecta anestesia regional inferior y no se toman bien las relaciones : Cuando el borde anterior del músculo maestro es muy prominente y puede confundirse en la línea oblicua externa de la mandíbula y se inserta equivocadamente en el borde del músculo y al introducir la aguja alcanza la escotadura sigmoides y deposita ahí la anestesia , sobre viene el accidente .

También es frecuente inyectar los músculos pterigoideos cuando la aguja se inserta demasiado bajo o el paciente no abre bien la boca , cuando la inyección se hace hacia arriba hacia atrás de la tuberosidad entonces se puede inyectar el pterigoideo externo , en la inyección infraorbital cuando la aguja se dirige demasiado cerca del hueso , se puede infiltrar el músculo canino y si se dirige demasiado hacia afuera se inyectará la rama infraorbital del músculo cuadrado de la boca la inyección en los músculos introduciendo la aguja muy alto , alcanzan la escotadura y los músculos trae como consecuencia dolor , edema y trismus .

Fractura de la Aguja :

Una de las causas de las roturas de las agujas , es la mala técnica , otra los movimientos bruscos del paciente causados por el miedo o el dolor . La gran mayoría de fractura de agujas , se produce en anestesia infiltrativa subcutánea , en diploica o troncular , la importancia del accidente es según la parte en que se fracture la aguja y la relación donde haya quedado . Si al suceder la fractura de la aguja se le

en el momento de insertarla y el fragmento sobresale , hay que extraer lo con una pequeña pinza y si sólo se palpa y la mucosa que lo cubre es laxa , bastará hacer una incisión en la mucosa , perpendicular a la aguja , lo que permitirá encontrarla con facilidad si el fragmento estuviera cubierto por fibromucosa resistente habrá que recurrir a los rayos x .

Cuando la fractura ha ocurrido durante la anestesia del nervio dentario inferior , puede tener serias consecuencias .

Cuando la aguja desaparece en los tejidos blandos , después de ubicar la radiolóbica ente estableciendo su altura con la rama ascendente del maxilar y la separación con la rama interna de esta misma , si la aguja ha atravesado algunos haces musculares del pterigoideo , subirá y bajará según el paciente cierre o abra la boca .

Una vez localizada la aguja , se anestesia la región , se hace la incisión de arriba hacia abajo perpendicular a la aguja y con pinzas especiales se extrae ya sea por la incisión o haciéndola salir hacia adelante a través de los tejidos blandos .En seguida habrá que suturar la herida retirando los puntos de sutura tres días más tarde .

Esto puede evitarse si se llevan a cabo las siguientes reglas :

1.- No usar agujas viejas ni de diámetro muy fino .

2.- Conocer exactamente la estructura anatómica a través de los cuales posará la aguja .

3.- Localizar los puntos de referencia con el dedo índice y mantenerlo en contacto directo durante la inyección .

4.- Recomendar al paciente que abra bien la boca y la mantenga quieta

durante la inyección.

5.- Pasar la aguja directa ente al punto de la inyección .

6.- No aplicar nunca presión lateral sobre la aguja para cambiarla de dirección sino volver a insertar la aguja en la zona correcta .

7.- No forzar la aguja a través de los tejidos duros .

8.- Asegurarse de no introducir la aguja hasta la unión con la jeringa en inyecciones profundas .- (La anestesia infiltrativa debe quedar por lo menos 2 cm. fuera de la aguja) .

9.- Colocar al paciente de manera conveniente en el sillón dental .

10.- En el caso de que la aguja se rompa y desaparezca en los tejidos blandos , decirselo al paciente para que ayude con su quietud para efectuar el procedimiento adecuado .

Trismus :

El trismus es la rigidez espasmódica de los músculos que mueven la mandíbula , lo que origina la oclusión hermética de la boca .

Se presenta como reacción analéica o por inflamación directa de los músculos de la masticación (masetras y pterigoideos), por lo general se presenta por inflamación , dolor y tumefacción lo que indica supuración puede localizarse detrás de los terceros molares , en la región paratidea , en la región del esfínter , debajo de la mandíbula o en la faringe .

Las causas más frecuentes del trismus son : infecciones viridocólicas

de los terceros molares inferiores y superiores , irritación subsecuente de los tejidos blandos , una lesión aguda en la boca ya sea inflamación , lesión traumática , infección , tejanos o envenenamiento por estricnina .

El pronóstico es generalmente favorable dependiendo siempre de la causa que lo produjo , su tratamiento consiste en la supresión de la causa , si es necesario se hace la incisión y la canalización del absceso .

La aplicación de compresas calientes de sulfato de magnesio ayuda a combatir la infección facilitando la canalización .

En el periodo agudo no debe intentarse abrir la boca mediante aparatos sólo en el caso de ser necesario para algún tratamiento quirúrgico , el estado agudo puede originar anquilosis crónica o falsa .

Quando cesan los síntomas del estado agudo se llevará a cabo el tratamiento .

Equimosis :

Quando accidentalmente se punciona un vaso , hay extravasación de sangre , esto origina la equimosis , al hacer la inyección de la anestesia la sangre extravasada se estanca tomando una coloración morada o a veces roja oscura . El proceso presenta las siguientes fases : en primer lugar , aparece la inflamación , seguida de extravasación de la sangre y éxudato sanguíneo , luego se reabsorben los eritrocitos y se normalizan los tejidos .

Este proceso puede durar unos días o unas semanas . Puede presentarse también como reacción del organismo a la infección cuando la causa es venenosa o un absceso o bien con una historia antecedente de inyección ,

tiene su origen en el trauma o en el propio de la operación .

Anestesia Prolongada :

Esto sucede cuando la anestesia continúa por horas , semanas y hasta por meses .

Cuando continúa por horas , casi siempre se debe a la deficiente absorción del organismo , cuando se prolonga más es porque el nervio ha sido afectado durante la intervención o por haberse iniciado un proceso infeccioso , por desgarro del nervio puede quedar afectada toda la rama que inerva la terminación o el raíz o nervio que lo origina lesionado .

Parálisis :

Un trastorno en los nervios motores ocasiona este síndrome disminución parcial o privación total del movimiento de los músculos .

La parálisis de músculos mastoideos y faciales puede ser ocasionada por lesiones traumáticas de los nervios , por infecciones , por neoplasias , que invaden la estructura nerviosa o por lesiones intracraneanas .

Los trastornos de los músculos motores de la boca y de la cara pueden clasificarse como sigue :

Parálisis del nervio facial (VII par)

Parálisis del nervio trigémino (V par)

Parálisis del nervio hipoceloso (III par)

Generalmente , la parálisis facial es debida a lesión traumática o a neoplasias , se manifiesta súbitamente con pérdida de un miembro .

La Parálisis Facial :

Puede ser central o periférica , según que la lesión del nervio esté situada antes o después de la salida de la médula oblongata .

La parálisis periférica , es originada por lesiones ramificadas , y en ocasiones se corrige aplicando la corriente galvánica interrumpida .

Parálisis del Nervio Trigémino :

La parálisis del músculo de la masticación , es el resultado de lesiones en la raíz motora del nervio trigémino .

Las lesiones o la resección del ganglio de Gasser ocasiona la anestesia de todos los músculos y demás tejidos de la cara y de la boca , que recibe su inervación sensitiva de los tres troncos de dicho ganglio .

Si la resección del ganglio de Gasser incluye la raíz motora sobreviene no sólo la anestesia sino también la parálisis de los músculos correspondientes .

La parálisis unilateral de los músculos de la masticación generalmente produce pocos trastornos .

La barbilla se desvía hacia el lado paralítico cuando el paciente abre la boca , esto sucede por la falta de antagonista de uno de los músculos pterigoideos externos .

En la parálisis bilateral total siempre se presenta proclividad mandibular .

Parálisis del Nervio Hipogloso :

El hipogloso , es el nervio motor de la lengua los pacientes de este nervio

vio son debidas a traumatismos a a la división del nervio durante una operación quirúrgica en las regiones submaxilar y parotida . Al producir se la división de uno de los nervios hipoglosos , sobreviene la parálisis en la mitad correspondiente de la lengua y ésta se desvía hacia el lado paralizado cuando el paciente intenta sacar la lengua .

En estos casos , una forma de mejorar el estado general del paciente es suprimir todo foco de infección en los dientes , en las amígdalas y en los senos nasales , de este modo se acelera la convalecencia .

Lesión del Nervio Dentario :

El nervio dental inferior , puede resultar afectado , cuando hay fractura del maxilar interrumpiendo sus funciones , también con las maniobras de la extracción , estas afecciones pueden ser : Una simple contusión , un desgarro y hasta su rotura .

En las extracciones del tercer molar y especialmente en el retenido , la lesión sobre el nervio dentario tiene su lugar por aplastamiento del conducto que se realiza al girar el tercer molar retenido .

El ápice se pone en contacto con el conducto y aplasta a éste y a sus elementos .

De la intensidad de las lesiones , dependen el diagnóstico y el tratamiento .

Accidentes más importantes :

Hemorragias :

Hemorragia es la salida de sangre con todos sus elementos , al producirse la ruptura de las paredes de los vasos .

Puede ser producida por traumatismos, carencia o insuficiencia de vitamina F y G, discrasias sanguíneas, operaciones quirúrgicas, carencia o insuficiencia de los elementos sanguíneos requeridos para la coagulación de la sangre, irritaciones causadas por cuerpos extraños o esguince las áreas, sepsis y neoplasmas, o bien insuficiencias agudas y crónicas.

Según el tiempo en que se presenta la hemorragia, se clasifica en:

Hemorragia Primaria, cuando se presenta inmediatamente que se produce la lesión y es de consideración operatoria, produciéndose por ocasión de — por la ruptura de un vaso.

Hemorragia Intermedia o Recurrente, cuando se presenta dentro de las veinticuatro horas después de terminación de la primera hemorragia y puede ser producida por alguna lesión que se repite o que se afecta inmediatamente después de la primera pérdida de sangre ligera o descenso de la presión arterial, que permite la formación de coágulos locales hacen las veces de tapones de los vasos divididos.

Hemorragia Secundaria o Tardía, es la que se presenta después de veinticuatro horas originada casi siempre por la infección que sobre los vasos sanguíneos por ulceración o desintegración del coágulo.

Esta hemorragia puede calificarse más apropiadamente como una complicación postoperatoria.

Según la causa que produce las hemorragias se clasifican en traumáticas cuando es originada por alguna enfermedad.

Esta hemorragia es consecutiva a la infección o ulceración de los vasos sanguíneos o a la distorsión de sus componentes como ocurre en la —

leuceia , anemia perniciosa , leucemia , etc. , etc. , etc. .

Según el vaso sanguíneo de donde proviene , la hemorragia puede ser :

- 1.- Hemorragia arterial , o sea que proviene de una arteria . El escape del líquido sanguíneo se produce en aborro intermitente , la sangre tiene un color rojo brillante al hacer presión en la arteria , a arriba de la herida entre ésta y el corazón , se detiene la hemorragia .
- 2.- Hemorragia venosa , la que proviene de una vena , la sangre tiene un color obscuro y mana de un modo continuo . Al hacer presión por debajo de la herida , se detiene la hemorragia .
- 3.- Hemorragia capilar , se caracteriza por el escape lento y casi inintermitente de la sangre según su situación se clasifica en Hemorragia externa , cuando ocurre en la piel o tejidos blancos adyacentes .

Hemorragia interna , (oculta) cuando se localiza en una cavidad o víscera o en los tejidos profundos sin que la sangre salga a la superficie .

Por la gravedad y su peligro , las hemorragias pueden ser :
Moderadas , cuando sólo se pierde una pequeña cantidad de sangre .

Graves , hemorragias causadas por la ruptura de un vaso de grueso calibre , casi siempre va acompañada de shock .

El derrame súbito de gran cantidad de sangre es más peligroso que la misma gradual , se presenta de un modo torrencial que es difícil encontrar el vaso que la produce para detenerla .

Factores de los cuales depende la hemorragia : Estos determinan la cantidad de sangre extravasada durante la hemorragia .

Presión sanguínea , las personas hipertensas sangran con mayor abundancia que los de presión sanguínea normal .

Otro factor es la índole de la lesión y también , la composición de la sangre . En consecuencia puede haber hemorragia como resultado de cualquier alteración en el mecanismo de la coagulación .

Síntomas y signos de la hemorragia : Los signos locales de la hemorragia externa varían según el vaso de donde provengan , los síntomas generales son : pulso rápido , pulso débil , decaimiento , disnea , sed extenuada , temperatura subnormal , frialdad de las extremidades y debilitamiento físico . Si la hemorragia continúa por largo tiempo y sin atención médica adecuada , sobreviene la muerte por el síncope .

Es muy importante conocer la relación que hay entre hemorragia interna y shock hemorrágico , a los preceden síntomas parecidos .

Por regla general , el paciente que sufre de hemorragia , está insensible , en tanto que la persona que sufre de shock , está insensible , indiferente o talo lo que sucede a su alrededor .

Los síntomas y signos de la hemorragia se deben a la pérdida de los eritrocitos y de hemoglobina que tiene como consecuencia la anemia .

Para evitar una hemorragia , es necesario conocer plenamente las causas y síntomas que las han producido . Para esto último , es necesario conocer la causa y el sitio de donde procede , su cantidad y naturaleza más o menos venenosa , así como el tipo de lesión .

Las hemorragias por la nariz , pueden ser contenidas por medio de la

sión, pero a veces un vaso puede romperse de ligaduras como ocurre en los cráneos vacíos del paladar, una gasea embebida en epinefrina se puede oprimir dentro de las freas en las cuales persiste la hemorragia .

En la hemorragia como al formarse el coágulo, la coagulación constituye un mecanismo completo e integrado con el fin de interrumpir la fisiología del organismo .

En la coagulación sanguínea, las plaquetas circulantes pierden su integridad y liberan ciertas sustancias que en presencia del componente tromboplastínico del plasma (factor cristiano) y los factores I a IV (PTC, APT) dan origen a la tromboplastina en presencia de iones de calcio y los factores V a VIII, convierten a la protrombina en trombina, esta transforma al fibrinógeno en fibrina que es la trama que constituye el coágulo .

El tratamiento de la hemorragia puede ser general, local y mecánico .

General. Transfusión de sangre total. Para efectuar una transfusión total, es necesario que la sangre, sea del mismo tipo y afinidad con el RT, en esta transfusión existe el peligro de reacciones alérgicas o de tener una hepatitis sérica . La transfusión de sangre fresca, es uno de los tratamientos más efectivos contra las hemorragias por deficiencias de los factores de coagulación .

Para restablecer la sangre circulante en casos de gran pérdida, puede usarse el plasma que aunque no contiene elementos sistemáticamente eficaces para la hemostasia, puede servir en ciertas discrasias sanguíneas como la leucopenia .

Expansores del Plasma . Se utilizan para aumentar o reponer el volumen sanguíneo en casos de pérdida sanguínea y no poseen efectos direc-

tor sobre el mecanismo de la hemostasia.

Fibrinógeno. Este factor que puede aislarse con otras fracciones de las proteínas plasmáticas, se ha utilizado con éxito en el tratamiento de enfermos con deficiencia congénita como sucedió en el caso de la hemofilia.

Vitamina "E". Estimula la síntesis hepática de protrombina.

La administración de vitamina "E" por vía oral o parenteral, debe utilizarse en casos en que hay pruebas evidentes de disminución del nivel de protrombina o alteración de la flora bacteriana causada por antibióticos o cuando el apetito dietético es nulo.

Es efectiva en el caso de pacientes bajo tratamiento anticoagulante, en cambio es correcto su uso (administración profiláctica) en pacientes con nivel de protrombina algo disminuido y sin tratamiento anticoagulante. Las diferencias de protrombina pueden ser congénitas o adquiridas, las congénitas, no responden a tratamientos con vitamina "E" las adquiridas sí.

Vitamina "K" Esta vitamina se utiliza para conservar la integridad capilar y con frecuencia se le combina con bioflavonoides.

Tratamiento local:

Adrenalina. La adrenalina deprime rápido, esta la hemostasia, esta acción es transitoria y reversible a cuya consecuencia como para su uso se forma un buen coágulo mecánico en el lugar de un vaso dañado, el paciente debe ser controlado una vez que ha sido aplicado los efectos vasoconstrictores que se le ocasionan del estímulo, para evitar la hemorragia.

También puede emplearse la adrenalina en aplicaciones tópicas mediante el algodón o seda en inyecciones locales , pero debe tenerse cuidado de no emplear inyecciones en pacientes con hipertensión crónica o con enfermedades cardíovasculares , ya que su absorción será peligrosa .

Sulfato Férrico .

Precipita las proteínas y pueden utilizarse en caso de hemorragia capilar , siendo de gran utilidad en tratamientos postextirpación , principalmente a nivel del hueso maxilar .

Troctina .

Actúa como agente hemostático en presencia de fibrinógeno lagrático , en aplicaciones tópicas , actúa fisiológicamente sin alterar la integridad de los tejidos .

Acido Tánico .

El ácido tánico , precipita las proteínas y favorece la formación del coágulo . El agua de gelatina es reabsorbible de cuatro a seis semanas , destruye la integridad plaquetaria para establecer un trauma de fibrina sobre la cual se produce un coágulo firme .

Celulosa oxidada y regenerada .

Se presenta en forma de almidones de masa , es más resistente y se adhiere con mayor facilidad , puede emplearse en superficies epiteliales ya que no interfiere el proceso de epitelización .

Electrocoagulación .

Este procedimiento es eficaz en algunas ocasiones para controlar las hemorragias .

Procedimiento de aplicación .

Con las aplicaciones de cualquier tipo de energía que actúan por vía de transmisión hidroeléctrica dentro de los vasos hasta la formación del coágulo .

Fresión .

La hemorragia se controla generalmente , haciendo pasar al paciente una vaso o esponja colocada sobre la zona sangrante .

Gera ósea .

El hueso está constituido por un material que no puede comprimirse , y las hemorragias , a este nivel , son peligrosas por no poderse colmar el vaso sangrante , por lo que es necesario utilizar cera ósea u otras sustancias viscosas , para obstruir el orificio hasta la formación del coágulo .

Dolores Postoperatorios :

Toda intervención es seguida de algunos o muchas dolencias lógicas causadas por las necesarias aplicaciones del instrumental en o en el dolor postoperatorio .

Estos dolores ocurren especialmente cuando se realiza una intervención , después de múltiples extracciones labiales , por despegamiento del periostio , por exceso de presión en el líquido inyectado , por demasiadas punciones al inyector o por presencia de alguna infección postoperatoria .

Los dolores de las primeras horas , deben ser aliviados con medidas como se recomiendan : antipirina , morfina , anestésicos locales , etc , también pueden administrarse algunas analgésicas por vía rectal (morfina) .

Fiebre :

La fiebre , puede presentarse consecutivamente a una extracción .

Hay dos clases de fiebre , la producida por una infección local y la fiebre o tóxica , ésta aparece cuando el elemento está muy debilitado o por su débil sensibilidad cuando el trastorno por sí solo es significativo .

La temperatura se eleva de cinco décimas de grado un grado sobre la normal y desaparece de los 24 a los 48 horas espontáneamente . En individuos corrientes a varias extracciones en una sola sesión , aún no siendo fébriles , se presenta fiebre transitoria ocasionada por la eliminación de sustancias que han liberado los tejidos traumatizados . Este tipo de fiebre va disminuyendo a medida que avanza el proceso de cicatrización .

La elevación térmica constante y poco elevada , se acompaña de dolores en el sitio de la intervención por el traumatismo ocasionado .

Infecciones :

La infección , es la que sigue a la extracción después de una extracción dentaria cuando se extrae un diente en el alveolo provocando una abscesión , viene en consecuencia invadido el tejido óseo vecino , ya decir , los tejidos adyacentes que se encuentran en el hueso de los alveolos , entre ellos .

Por lo tanto las pruebas de infección , la infección que se presenta en el alveolo , que es , flemas , abscesos , etc .

Alveolitis :

La alveolitis , es un estado agudo que aparece después de ciertas extracciones , es producida por un estado inflamatorio infeccioso , agudo o crónico , o bien por traumas traumáticos , los cuales ocasionan la pérdida o la falta de coágulo en el alveolo , después de servir como una pared física . Normalmente , después de una extracción se coagula la sangre . En la herida sobreviene el proceso de organización en el coágulo , se extienden los vasos y los nervios hacia éste y efectúa la proliferación del tejido conectivo con lo cual cierra la herida rápidamente o bien , se produce la desarterización del coágulo y la herida cicatriza por granulación .

Tras de las extracciones crónicas con indolores , se provoca un estado inflamatorio semejante a la osteomielitis , por lo tanto el alveolo seco , es una osteomielitis localizada .

En estas condiciones , el contacto del hueso con las proyecciones de la boca produce un dolor que a veces se vuelve muy intenso y dura hasta dos o tres semanas .

Además de las extracciones durante una infección aguda , la alveolitis puede ser ocasionada por traumatismo excesivo , uso de instrumentos no esterilizados , entrada de saliva en el alveolo , infecciones purulentas , la sífilis , falta de medicación postoperatoria . Algunas veces se puede renovar el alveolo seco al hacer succión al yacente o colocar la lengua o los dedos en el alveolo .

Entre las causas preferentes , con de mencionarse los estados de debilidad hasta general y la edad avanzada .

Empiema :

El empiema , es un estado agudo que se manifiesta al principio .

En la mayoría de las fases de la osteitis, aunque algunas veces se presenta como una enfermedad distinta, puede ser aguda o crónica, localizada o difusa.

El proceso inflamatorio del periostio, es muy semejante al de cualquier otro tejido con la diferencia de que el periostio contiene una cantidad mucho mayor de tejido conectivo, y que durante la evolución del proceso inflamatorio se observa la presencia de osteoblastos y osteoclastos.

La periostitis purulenta, es muy rara, algunas veces se presenta como resultado de lesiones traumáticas como: Contusión, laceración, fracturas sin abricar o en ciertas frecuencias se presenta asociada a la osteitis, a la osteomielitis de origen purulento, a la tuberculosis o a la sífilis.

La invasión del periostio puede producirse por extensión del proceso infeccioso desde los tejidos adyacentes o por la vía hematogénica, si es que en este caso el resultado de la infección es alguna infección reumática, reumatoide, sífilis, tuberculosis o de algunas formas específicas.

Periostitis aguda: Es una variedad de la variedad de periostitis, es la que cursa con una inflamación aguda que se observa en ocasiones en algunas de las huesos largos de los miembros y que se le asocian con lesiones purulentas.

El dolor localizado en el hueso involucrado se caracteriza por ser intenso y constante, que se refiere al periostio y se acompaña de un aumento de la temperatura local que acompaña con la producción de una tumefacción.

De la Pericarditis crónica, puede ser localizada o difusa, y se caracteriza cuando la enfermedad, las alteraciones morfológicas varían según sea la inflamación con sépticas o asepticas.

De la Pericarditis crónica inespecífica, los cambios de inflamación en el pericardio y la resolución se repite, una y otra vez, algunas veces, al estado crónico de donde la pericarditis crónica que se caracteriza por la formación de nuevo tejido fibroso.

De la Pericarditis crónica inespecífica, cuando inflamación crónica, al pericardio se desarrolla del mismo en el área pleural, se caracteriza por el hecho de que cada cuando se daña el pulmón, se daña el pericardio, el pulmón se abre y se cura por medio de una exudación, el pericardio que se encuentra inflamado sin formación de exudados, al cual se forma cuando se ha una gran destrucción de tejido.

En la destrucción del exudado se produce la transformación y la organización.

Por el hecho de la transformación que se da lugar a una inflamación crónica y que se caracteriza por la formación de una pericarditis crónica inespecífica que se caracteriza por la formación de un tejido fibroso.

De la Pericarditis crónica inespecífica, se caracteriza por un tejido conectivo fibroso, formado y que se caracteriza por la formación de una línea gruesa que se caracteriza por la formación de un tejido fibroso, se nota un aumento de la inflamación crónica, se caracteriza por la formación de un tejido fibroso que se caracteriza por la formación de un tejido fibroso.

El pronóstico será favorable si se hace la intervención oportuna del pus y no existen complicaciones .

En cuanto a la periostitis crónica , se observan cuatro clases : fibrosa , osificante , sífilítica y tuberculosa .

Periostitis Fibrosa . En este proceso , el tejido conectivo aumenta notablemente , hay un espesamiento del periostio que se vuelve denso y se adhiere al hueso . Se presenta algunas veces en la tuberculosis ósea , en la inflamación de las articulaciones o en las lesiones de los tejidos blando adyacentes .

En la Periostitis Osificante Hay formación de nuevo tejido óseo en las capas profundas del periostio , en placas que varían desde pocas líneas hasta capas gruesas conocidas con el nombre de osteofitos

La periostitis Sífilítica , puede ser fibrosa u osificante y en sus formas , es parecida a la periostitis no es específica .

La Periostitis Tuberculosa , es una infiltración purulenta crónica , secundaria a focos tuberculosos en otras partes del cuerpo .

Se forma en abaco en el periostio , con el desarrollo subsiguiente de tejido de granulación que contiene tubérculos miliares .

Por lo general , la infiltración se extiende hasta el hueso adyacente.

La periostitis Crónica , que se sufre al estado crónico producido por alguna lesión traumática y en este caso , se caracteriza por la formación de nuevo tejido óseo .

Algunas veces el osteomielitis agudo cuando el tratamiento se vuelve crónico en virtud de que en una zona existen áreas del periostio que =

La tibia una larga duración, estableciéndose un estado de osteitis crónica .

Hay algunos enfermos que presentan síntomas de inflamación crónica curativa en los que no se descubre ningún estado patológico en la radiografía , el diagnóstico se basa en la anamnesis y en la evolución de la enfermedad . Por lo general , la periostitis crónica puede ser diagnosticada por la irregularidad del periostio que se observa en el roentgenograma y que consiste en un espesamiento del mismo o una línea irregular del borde periostio .

El pronóstico , es casi siempre favorable .

Osteitis :

La osteitis , es la inflamación del tejido óseo y puede ser localizada o generalizada . La osteitis localizada , es la resultante de la acción traumática , o debida a la presión , a un traumatismo químico o a la acción bacteriana , en la que actúa en forma de atrofia o regeneración del tejido óseo , o bien en forma de hiperplasia o hipertrofia .

Algunas veces se observan áreas alternadas de osteolisis y de osteonátesis en la zona lesionada .

La osteitis generalizada , se debe a trastornos o deficiencias de la nutrición , o la acción de ciertas sustancias químicas o por enfermedades crónicas generales .

Osteorriolitis :

La osteorriolitis , es una inflamación crónica de la médula ósea .

Puede ocurrir en forma aguda o crónica .

Los microorganismos que la producen son : el estafilococo , neumococo , el estreptococo , el bacilo de la tuberculosis y algunos esporófitos críptos pero también es producida por el bacilo coliforme .

El microorganismo que con más frecuencia produce esta enfermedad, es el estafilococo dorado .

Las experiencias demuestran que el tejido óseo es esencialmente susceptible a las infecciones estafilocócicas , durante el período de actividad fisiológica , en la época del crecimiento es cuando puede producirse la osteomielitis , cuanto mayor sea la resistencia de los elementos sanguíneos contra el desarrollo de las bacterias , más difícil será que se produzca la osteomielitis .

Esta enfermedad puede presentarse en personas que aparentemente están saludables y que no han tenido ninguna lesión traumática .

Los microorganismos entran en el torrente circulatorio por medio de las amígdalas , del oído medio , de los senos nasales y también por los aparatos respiratorio , intestinal o venitourinario .

En algunas ocasiones el comienzo de la enfermedad va precedido de una contusión o de cualquier otra lesión traumática .

Las bacterias pueden penetrar por una herida como sucede en las fracturas complicadas o bien extenderse la infección a los tejidos contiguos como sucede en algunas fiebres infecciosas particularmente en el tarampión o la escarlatina .

La osteomielitis de los maxilares , ataca con mayor frecuencia a personas que están entre los veinte y treinta años de edad y es más común en el sexo masculino que en el femenino .

En la infancia se desarrolla de manera muy especial , por lo que está considerada como un proceso distinto al padecimiento en sí .

Una extracción dentaria en su período de inflamación aguda , puede ocasionar osteomielitis , el peligro empieza desde la infiltración de cualquier líquido anestésico , la paratenois , la monoartritis apical , cuando en las extracciones se deja una raíz por un período más o menos largo , se desarrolla la osteomielitis crónica por vía sanguínea .

Los síntomas de osteomielitis aguda, se presentan con frecuencia en la parte afectada que no ceden a los analgésicos locales y que influyen sobre el estado general, la secreción de la saliva aumenta considerablemente, se dificulta la movilidad del maxilar y la sensibilidad de los dientes, movilidad de los dientes cercanos, la temperatura aumenta por la noche cuando la abscesión de pus está circunscrita y aun cierta presión, formación de fistulas.

Los síntomas de osteomielitis crónica son: inflamación de la cara y pidiendo abrir y cerrar la boca, dolor a la presión, tumefacción y supuración.

Senusitis :

Senusitis, es la infección de la mucosa que tapiza el seno maxilar. Generalmente sucede cuando al hacer la extracción de un diente superior se encuentra en sus raíces un quiste redondeado, puede suceder que al hacer la extracción con la pieza venga adherido un fragmento de la lámina huesosa o una porción de la mucosa que recubre el quiste y que corresponde al piso del seno.

No es necesario que la pieza por extraer, tenga un quiste, la longitud de sus raíces y sobre todo la presencia de las que están alojadas dentro del seno y recubiertas sólo por la mucosa, al hacer la extracción puede haber comunicación en la cavidad bucal que puede obturarse por los coágulos convirtiéndose entonces en un quiste cerrado aumentando la virulencia de los microbios y sobreviene la infección ocasionada por una comunicación de la extracción de la extracción dentaria.

Otra causa puede ser los dientes en el maxilar superior, si no poseen algunos de sus paredes queda una abertura por donde se introducen los microorganismos que originan la infección.

Las complicaciones de otras de cuarto grado en el primero y segundo grado y en la primera, segunda y terceras pruebas volantes superiores, constituyen también una causa de sinusitis.

Su sintomatología es muy especial, el paciente tiene la sensación de tensión en el carrillo dolor en la región suborbitaria que se hace insensible a la presión; aparece la supuración y el paciente al sonar o cambiar súbitamente de posición siente que el pus le escurre por la nariz siendo un pus fétido y grueso.

Otro síntoma es el dolor intenso que se produce con la compresión a la altura del arco nasoretra no por el empuje lento perióstico de la pared anterior al seno, este dolor causado por la presión de la inflamación sobre los nervios es muy fuerte.

En la sinusitis crónica, los síntomas pueden pasar inadvertidos por el paciente durante algún tiempo, ya que el signo patognómico aparece ya cuando el enfermo siente la salida de la substancia purulenta del seno infectado.

La sinusitis puede resolverse favorablemente ante en sus primeros períodos avanzada la enfermedad se hace más como un tratamiento quirúrgico. El dolor puede calmarse con calmantes, analgésicos y antitérmicos.

Adenitis:

Este proceso es una inflamación del tejido linfático.

Los gérmenes infecciosos al pertenecer a las vías linfáticas, llegan a los ganglios que residen en y se quedando allí atacarán la vena — drenadora, produciendo el aumento en los ganglios que es fuente de abscesos de las partes adyacentes de la región.

En estas condiciones los ganglios se agrandan, su volumen, y la inflamación se va curando para vencer la infección, el gan-

...de la infección...
...de la infección...

Esta supuración puede extenderse y llevar a ulcera y perforar los ór-
ganos vecinos .

En su período agudo está contraindicada toda intervención quirúrgica , -
se deberá administrar antibióticos , solo si esto que se hace la supura-
ción se deberá reducir , se la contraindicará un grave peligro .
La reducción se ayudará con curaciones revulsivas y antiflogísticas
procurando su extirpación lo antes posible .

Diagnóstico:

El diagnóstico se determina cuando la infiltración de un líquido seroso en el
tejido subcutáneo . Después de una punción , rápidamente y sin nin-
guna reacción tendenciosa , se infla la cara del paciente al introducirse
el líquido en el espacio interior , después de un tiempo , se cierra el
orificio con el dedo con el fin de evitar la salida y a resultar el diagnóstico .

Los antecedentes de antecedentes previos los o familiares de este tipo , deben
ser tratados con antibióticos antes de ser sometidos a cualquier tipo de
intervención quirúrgica .

Tratamiento:

Los abscesos , también pueden considerarse como un tipo de infección de la
supuración purulenta .

En su período agudo , cuando se encuentran a temperaturas , se debe
conducir al paciente al reposo , se debe administrar los
antibióticos .

En el seno maxilar y en el maxilar superior , en el piso de la boca o bien en la mandíbula .

Los abscesos pueden ser benignos o graves como el flegmón séptico . Los abscesos se clasifican según el lugar donde se localiza la infección y así tenemos cuando la infección parte del borde libre de la encía , se trata de absceso submucoso , en este caso , la infección se propaga a la mucosa respetando los tejidos base , alveolar y el periostio , siendo la misma mucosa y la que repara el pus de estos abscesos .

Cuando la supuración se localiza en la cara profunda del periostio alveolar , se trata de un absceso subperióstico .

La mucosa y el periostio, separan el pus del exterior ya sea que se trate de abscesos submucosos o subperiósticos , deben ser desbridados y canalizados .

Flegmón Séptico del Piso de la Boca :

Consiste en la inflamación aguda del tejido conjuntivo del piso de la boca . El principio de esta proceso puede ser una pequeña herida en la mucosa bucal especialmente si esta herida la sigue cubren por penetración de un cuerpo extraño , pivote por espin de pescado , por la punta de un lápiz o de un punzón .

Se observa frecuentemente con complicación de una caries (caries con periostitis alveolodentaria , por extracciones hechas sin precauciones de herida , por obstrucción sin mayor desinfección de la cámara pulpárea . También puede ser causa de infecciones salivales , de fractura de mandíbula en relación con disrupción de la mucosa , de intermedios quirúrgicos en la lengua o en el piso de la boca . Frecuentemente se ha encontrado la mucositis de flegmones sépticos en

aqueellos en que la inflamación es crónica, pero también que esta enfermedad tiene también como causa, la inflamación purulenta producida por otros organismos, por lo que se ha intentado un tratamiento específico común a todas las esmirilosis por medio de los arsenicales.

Durante la iniciación del fleumón séptico, los alívoros se atraviesan antes de llegar al músculo milobioideo, están síntele ante adenotomas, con interrupción de los alívoros subaxilares, pero es arriba de este plano donde se encuentra el foco, ahí, las venas están trabadas las fibras musculares disociadas y destruidas, la glandula sublingual abocada en un infiltrado caseoso, no hay colección purulenta sin líquido seroso rosado, en todos los tejidos que constituyen el piso de la boca, estas lesiones se encuentran en todo fleumón difuso y no tiene especificidad anatómica ni tan poco bacteriológica.

Generalmente se inicia por fenómenos generales como fiebre, palidez, signos de intoxicación profunda que aparecen desde el principio, excepcionalmente aparecen con lentitud y en pocas veces se ve el estado general permanecer intacto.

El principio del fleumón, es una rápida tumefacción que aparece invadiendo todo el piso de las regiones cercanas, parte superior del cuello troncoándose en ocasiones hasta los carrillos, alcanza su completo desarrollo a los tres o cuatro días.

En la boca aparece detrás de la mandíbula en forma de abultamiento. Esta tumefacción es una condensación muy dura que es por lo que carece de elasticidad, la palpación es poco dolorosa, la boca del enfermo permanece insensibilizada dejando ocurrir saliva que no puede ser expulsada por la contractibilidad y la derivación. Estas crisis intermitentes, aparece cianosis, además, el cuello suele levantarse, la parte superior de la normal el enfermo siente asfuria y le molestia hasta la boca por inflamación. Cuando la infección es profunda, el estado general es grave, la elevación de la temperatura es del 40° y en pocas horas se produce una crisis.

Por sus signos predominantes y su marcha tan aguda, la tumefacción difusa y la úlcera de los tejidos invadidos, la enfermedad tiene una fisonomía tan definida que no puede confundirse con ninguna otra, se observa en todas las edades pero su frecuencia es mayor durante los veinte y los treinta años afectando más al sexo femenino en una proporción de 25 a 5. Aunque es extremadamente grave, la medicina moderna cuenta con antibióticos para combatirla en sus principios y puede asegurarse que cuando la intervención es precoz, se tiene éxito en más de la mitad de los casos.

El pronóstico lo determina el proceso en relación con el estado general del paciente, diramos que el caso en un diabético, será más grave que un alcohólico y menos grave que éste en un individuo sano.

Septicemia :

Esta infección está relacionada con alguna de las complicaciones ya descritas. En una infección febril que se caracteriza por la presencia de bacterias o de sus toxinas en la sangre.

Empieza por un fuerte calosfrío elevación de la temperatura entre 39.5 y 40.5 grados con oscilaciones continuas durante todo de cinco a veinte días y aún más, este calentura es remitente.

En el paciente es notable su prostración, su indiferencia, por las noches delira, la lengua se presenta seca y terrosa, la orina escasa y albúmina, vómitos.

También se resurta el infarto del vaso, viene el estado de coma.

La septicemia puede ser aguda o fulminante. Cuando es aguda, se presenta con variaciones por unos días, si continúa, se convierte en subaguda y continúa durante varias semanas por último la crónica que evoluciona a través de meses.

La fulminante, representa un caso grave, tanto que en unos casos sí se tiene un éxodo total.

Tetanos:

Esta enfermedad, es producida por el bacilo de Nicolaier.

Se caracteriza por contracciones musculares, espasmos que tienden a generalizarse y no se terminan con la vida del paciente.

Representativa entre las enfermedades quirúrgicas de los enfermeros por intoxicación.

El bacilo tetánico secreta un veneno soluble que tiene acción selectiva sobre las células nerviosas.

Cuando el paciente sufre una herida, se le causa un trauma profundo y el paciente es una persona que efectúa su trabajo en lugares insalubres (consecinos, obreros, agricultores) el vehículo es irremediable, la introducción de polvo y microbios en la herida, producirá el tétano.

La enfermedad puede presentarse en cualquier período de la vida, algunas veces se manifiesta por espasmos muy violentos, espasmos dolorosos que irradian de la herida hacia los centros nerviosos.

Síntomas: Trismus de la mandíbula, rigidez en los músculos de la cara - hasta hacer imposible la deglución del paciente.

La rigidez se extiende hasta los músculos dorsales y lumbares, dando al cuerpo una tensión tan fuerte que un mínimo de crisis, el paciente se arquea al suelo hasta llegar a arquearse en localiza y los tendones.

La trismus o el tétano quirúrgico, es una complicación que casi siempre va acompañada de espasmos muy fuertes.

En este momento se utilizan algunas preventivas y medios antisépticos.

Accidentes del Triángulo .

Neuralgias :

Después de una extracción , pueden aparecer trastornos en los órganos de los sentidos como neuralgia .

Esta, no debe ser considerada como una enfermedad sino es o síntoma reflejo de un trastorno local o general , es un dolor intenso a lo largo del trayecto de un nervio y toma el nombre de la ración afectada como oclotálica , cefálica , etc . Se observa en algunas enfermedades debilitantes como escarlatina , paludismo , fiebre tifoidea , sífilis , diabetes y nefritis .

También es ocasionado por algunos elementos químicos tales como los producidos por cobre , plomo , fósforo " arsénico " .

De todas las neuralgias la más importante por la intensidad de los dolores que produce es la neuralgia facial o neuralgia del triángulo , los dolores localizados se distribuyen en las ramas del triángulo a veces se acompañan con contracción de los músculos faciales .

Principia con un dolor moderado o intenso en la superficie cutánea , después los dolores son más frecuentes , más fuertes y la nueva exacerbación a medida que la neuralgia va progresando en ocasiones el dolor no sólo se localiza en el mismo tronco del triángulo sino que se propaga a secciones inervadas por los troncos nerviosos .

Una extracción dentaria puede ocasionar lesiones de curvatura variable sobre los troncos nerviosos cuando esto las sido interrumpido o cuando el descubrimiento no se libera durante el período postoperatorio .

Después de las infecciones dentarias , la neuralgia puede ser ocasionada por alguna irritación crónica del triángulo , por infección o por cambios en sales o bien en la fósforo .

Algunas veces la neuralgia facial se debe a un accidente reflejo de

los oídos, del oído y también a ciertas adherencias ocasionadas por quemaduras o heridas, a esquivirlas u otros cuerpos extraños y a neoplasmas.

El tratamiento de las neuralgias secundarias o neuralgias faciales, consiste en tratar de extirpar las causas generales o locales que las han provocado.

Transtrornos en los Órganos de los Sentidos :

En las enfermedades locales, ciertos procesos infecciosos cuya propagación se hace por vía sanguínea y linfática.

Las complicaciones de la extracción indirecta, ante mayor o menor otros transtrornos como sucede al producirse una sinusitis o una otitis media que por propagación o vecindad determinan el accidente.

Las afecciones auditivas se deben a varias causas infecciosas por vía venosa, muy raras por los oídos por vía directa.

Las afecciones de los oídos se producen en forma de absceso, fistulas, otitis o contracturas.

La Otitis :

En el estudio del resultado de una neuritis, siempre que se esté en presencia de un dolor de oído no que resulte de un signo objetivo es necesario tener un examen minucioso de los signos sensoriales antes de extraer la causa.

Los Accidentes del Tactilo del Gusto :

Pueden ser causados por lesiones periféricas o centrales, entre las lesiones periféricas se incluyen : enfermedades de la mucosa, de la lengua de la nariz y del oído. Las lesiones del nervio lingual y de la cuerda del tímpano abarcan la parte anterior y el nervio de la lengua, y los trastornos del nervio glosa faríngeo la porción posterior.

La causa del mal sabor de la boca, puede tener cualquiera de las causas que provocan el mal aliento, caries parodontitis o bien lesiones gástricas.

Estos accidentes son pasajeros y desaparecen tratados acertadamente en poco tiempo.

Accidentes Durante la Mastacación :

Los traumatismos psíquicos influyen sobre la cantidad y calidad de secreción en las glándulas maxilares consecuentemente, el dolor tiene su origen en un foco infeccioso dentario al hacer la extracción del diente casual, si hay lesiones oculares o auditivas, desaparece sin embargo esto no siempre sucede, en algunas ocasiones, la reacción del foco infeccioso, repercute en los órganos de los sentidos exagerando los procesos que existen o desvirtuando si es que han estado presentes.

La influencia de los factores psíquicos es innegable, algunos autores afirman que el hecho de que algunas mujeres que han sufrido los accidentes en un momento dado pueden quedar sin ellos o con alteración de su gusto.

Otra opinión es que la secreción que tal vez se relaciona con el frío local por succionada y que la secreción altera su sabor debido por el traumatismo psíquico como se ha visto al niño y en la infancia de otros accidentes : otros autores opinan que la influencia psíquica en los accidentes.

El estado fisiológico durante el parto, es influenciado por la influencia sobre los caracteres de la placenta y el feto, así como por el estado de la madre.

La hipocalcemia es relativamente inocua, su pronóstico es favorable si se sigue una conducta correcta.

Accidentes sobre la Construcción :

Este estado fisiológico, se cita generalmente como una contraindicación para la extracción dentaria por tener la complicación de la retención repentina de la regla debido al choque psicico o al aumento de la cantidad de sangre eliminada, constituyendo una hemorragia uterina.

Algunos autores citan casos de retención de regla después de extracciones dentarias por períodos de 2 a 3 días. Los síntomas de la congestiva, síntomas que desaparecieron después de reestablecido el flujo normal mediante la aplicación de toallas mojadas con agua muy caliente sobre el abdomen.

Accidentes durante el Embarazo :

Las extracciones dentarias no están contraindicadas durante el embarazo, la práctica indica que se hagan sólo lentamente sobre la gestación, menos inconvenientes para la paciente.

Tampoco estos estados fisiológicos constituyen una contraindicación para la administración de anestésicos, una paciente en este estado sólo no sólo se trata sin embargo una intervención quirúrgica similar como es una extracción normal sino que se puede intervenir por cualquier método sin perjuicio para el feto.

De las formas hay que tener muy en cuenta estas situaciones :

1.- La actividad que puede transferirse desde la placenta y feto a la madre.

nar un síncope y tras él otras complicaciones delicadas .

2.- Determinar el mejor anestésico , según el caso , teniendo presente que las reacciones tóxicas sobre las fibras uterinas provocando contraindicaciones .

En todos estos casos , siempre se deberá hacer un balance entre la necesidad de la extracción y el estado general del paciente y de ser caso de urgencia y convencer a la paciente de la inocuidad de la intervención .

Accidentes de la Anestesia :

Dolor local por la introducción de la aguja igual peligro existe de rotura de la aguja en la aplicación de una inyección para anestesia local que en su uso para una anestesia diploica o troncal .

La importancia del accidente la determina el tipo de rotura y el lugar del maxilar o mandíbula donde haya quedado . Este accidente se evitará usando agujas desechables .

Este accidente puede ocurrir durante la anestesia del nervio dentario inferior , a la altura de la Espina C3 .

Dolor en la Región Lingual :

Cuando se va a efectuar la anestesia del nervio dentario inferior , debe tratarse evitando de no tocar con la aguja el nervio lingual pues esto produce en el paciente dolor agudo , sensación de que muerde en la punta de la lengua o en la mitad correspondiente del labio inferior , cuando esto sucede , inmediatamente unas gotas de solución analgésica

en el momento de la aplicación del dolor, cuando el paciente se encuentra en un estado de herido o desorientado, el dolor volverá a aparecer por una forma de la acción de la anestesia.

Dolor en la Región Lumbar :

Comúnmente, después de aplicar una anestesia sin reacción en el nervio sensitivo inferior, el paciente sufre dolor en la región lumbar, esto puede deberse a la acción refleja combinada producida por la estimulación que forma parte de la conducción sensitiva.

Esta sensación dolorosa es casi siempre transitoria y desaparece en unos minutos o tres minutos y desaparece por completo.

Isquemia de la Piel de la Cara :

La isquemia de la piel de la cara, ocurre después de una anestesia regional, es de ida a la reconstrucción de la piel de origen reflejo.

La isquemia de la cara en el cuello y miembros una extensión variable - según la sustancia anestésica utilizada.

Lipotimia :

La lipotimia consiste en la pérdida de la conciencia, inferencia de parte de la circulación y la respiración.

También considerada como el primer grado del síncope. Puede ocurrir que al administrar una anestesia local se produzcan estados anómalos que se refieren al paciente a una lipotimia, la absorción de la localidad de la aguja, la cantidad de líquido anestésico, puede producir en el sistema circulatorio que deben combatirse de inmediato utilizando todas las medidas.

para facilitar la respiración periférica evitando la presión de los vasos .

Debe ponerse al paciente en posición horizontal procurando que la cabeza que a un nivel más bajo que el resto del cuerpo con el objeto de facilitar la irrigación sanguínea y según el caso , deberá administrarsele parenteralmente los analepticos necesarios .

Este estado que se produce , resultado de la anestesia puede ser accionado por una lesión o desarrancamiento de las fibrillas nerviosas que pudieran haber sido afectadas por el filamento bicel de la aguja o por la acción ejercida por el alcohol sobre los nervios cuando se lleva en el primer y no ha sido eliminado cuidadosamente antes de absorber el liquido anestésico .

El cirujano debe prevenir esta situación tan complicada , pues los resultados a quienes se les hace intolerable la sensación de parálisis .

Tratamiento Postoperatorio .

Toda intervención en la cavidad oral , está seguida de complicaciones que pueden ser mínimas cuando han sido debidamente prevenidos .

El postoperatorio como la palabra lo indica , es el periodo que precede a una intervención , periodo en el cual , el paciente debe ser objeto de especiales atenciones médicas para disminuir al mínimo su sufrimiento por la intervención reparando los daños sufridos por la intervención .

Lo primero que debe hacerse después de una intervención bucal , es una higiene rigurosa para eliminar sangre , saliva y restos acumulados en los surcos vestibulares durante la operación , ésta se aconseja verificarse de una intervención general bucal usando una solución tibia de sue-

fisiológico o bien, una solución alcohólica de fenol con un oxidador.

Fisioterapia.

Para mejorar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal, se emplean agentes físicos como frío, calor o irradiaciones ultravioletas.

Generalmente se utiliza el frío en hielo en bolsas de hielo aplicadas sobre la herida, sobre la región operada o también mediante toallas empapadas en agua helada.

El tratamiento indicado es que en los tres primeros días, después de la operación, se aplica frío por períodos de quince minutos intercalando otros quince de abstracción.

Esto, además de aliviar el dolor previene los sangrados postoperatorios. Cuando el dolor persiste a pesar de la aplicación del frío, entonces el tratamiento será por calor cuyo objeto será disminuir las alveolitis, dolores postoperatorios, y los infarctos se aplican después de las operaciones de extracción de los dientes o bien para el tratamiento de las alveolitis.

Cuidados de la Herida.

La saliva naturaliza provee las condiciones más adecuadas para la formación de coágulos en las heridas, evitando en ellas los sangrados e infecciones: después del segundo día, una herida puede ser irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol disueltos en 200 cc de agua y 3 cc de alcohol.

Tratamiento General del Paciente.

El paciente debe ser vigilado respecto al mantenimiento correcto del pulso y tensión arterial , de los emuntorios , de que tenga una alimentación especial para evitar complicaciones postoperatorias , esta alimentación debe de estar de acuerdo con sus posibilidades , ya que se le ha operado la boca .

Su primera comida la hará seis horas después de la intervención y consistirá en una taza de té con leche tibia .

6 horas después sus alimentos pueden ser :

Extracto de carne	Jugo de Tomates
Puré de papa	Fideos (sopa)
Caldo con jugo de carne	Huevos Tibios
Gelatinas	Leche
Compota de manzanas	Dulce de Leche

Esta alimentación se prescribirá siempre que no está restringida por la administración de la anestesia general .

Es muy conveniente que el cirujano de las instrucciones precisas respecto al cuidado que el paciente debe tener en su domicilio para evitar complicaciones postoperatorias.

Estas recomendaciones serán respecto al tratamiento enjueratorias , — alimenticias y medicamentos que deberá usar (antibióticos , quimioterápicos ,

En casos necesarios , deberán darse por escrito , para mayor efectividad .

Conclusiones :

Considerando los peligros a los que están expuestos nuestros pacientes nuestro deber es tener en el consultorio todo lo necesario para su mejor atención y seguridad desde lo más simple que son las cinzas y el cepo , hasta oxígeno , hemostáticos , eyectotorquirúrrico , etc .

Por otra parte utilizaremos en todos los casos , la mejor de nuestras técnicas , experiencia y facultades para evitar hasta donde sea posible un accidente .

Siempre partir del conocimiento clínico del enfermo mediante su historia clínica , para estar seguros de qué es lo que vamos hacer y como lo vamos a hacer , para lograr eficientemente nuestro objeto , más medicamente hablando , no sabemos que reacciones van a tener nuestras técnicas y medicamentos en su organismo .

La experiencia nos muestra que a pesar de practicar los mismos cuidados en varias personas , los resultados siempre difieren , por lo que tenemos que particularizar nuestra intervención , según el caso y el paciente .

Finalmente tenemos la responsabilidad profesional , médica y humana de tomar siempre todas las precauciones para no poner en peligro , ni la salud ni la vida de nuestros pacientes .

BIBLIOGRAPHY.

- 1.- *Siropia Rural* Guillermo A. Ríos Cantena
2 $\frac{1}{2}$ *Revista Histórica de México*

- 2.- *Siropia Rural* W. Harry Fisher
2 $\frac{1}{2}$ *Revista Histórica "México"*

- 3.- *Siropia de Toluca* Gordon L. Fisher
2 $\frac{1}{2}$ *Revista Histórica "Internacional"*

- 4.- *Siropia de Toluca* W. Harry Fisher
2 $\frac{1}{2}$ *Revista Histórica "Internacional"*
I. T. C. C.

- 5.- *Siropia de Toluca* W. Harry Fisher
2 $\frac{1}{2}$ *Revista Histórica "Internacional"*

- 6.- *Siropia de Toluca* W. Harry Fisher
2 $\frac{1}{2}$ *Revista Histórica "Internacional"*