

537 .



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Odontología**

**COMPLICACIONES EN LA CIRUGIA ORAL**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P r e s e n t a :**

**DAVID LANGARICA LEBRE**

**México, D. F.**

**1981**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

## I INTRODUCCION

## II COMPLICACIONES INHERENTES A LAS TECNICAS Y DROGAS ANESTESICAS.

- a) Dolor
- b) Edema
- c) Hematoma
- d) Equimosis
- e) Enfisema
- f) Izuquemia por inyección intravascular
- g) Transtornos oculares
- h) Ruptura de la aguja
- i) Diseminación bacteriana
- j) Lesiones nerviosas (persistencia a la anestesia)
- k) Parálisis facial
- l) Síndrome de Horner
- m) Reacciones alérgicas
  - 1.- Edema angioneurótico
  - 2.- Reacciones alérgicas cutáneas
  - 3.- Shock anafiláctico
- n) Lipotimia
- o) Trismo
- p) Mordedura de carrillos y labios

## III INHERENTES A LA CIRUGIA.

- a) Transoperatorias
  - 1.- Lesiones a dientes vecinos
  - 2.- Heridas a tejidos blandos

- 3.- Fracturas Oseas
- 4.- Penetración del seno Maxilar
- 5.- Impactación de una pieza o de restos Radiculares al seno Maxilar
- 6.- Luxación y subluxación de la Articulación Temporo-Mandibular
- 7.- Ruptura de Instrumentos
- 8.- Suturas
- 9.- Hemorragia
- 10.- Shock Hipovolémico

#### IV COMPLICACIONES INHERENTES A LA CIRUGIA

##### B) Posoperatorias

- 1.- Dolor
- 2.- Edema
- 3.- Hemorragia
- 4.- Hematoma
- 5.- Infección
- 6.- Trismus
- 7.- Alveolo seco
- 8.- Desprendimiento y/o necrosis del colgajo
- 9.- Fístula antrobucaal
- 10.- Parestesia, hipoestesia
- 11.- Osteomielitis

#### V CONCLUSIONES

#### VI BIBLIOGRAFIA.

I.-

## INTRODUCCION

En la actualidad la preparación del Odontólogo - de práctica general permite su intervención, en la mayoría de los casos, de la cirugía oral.

Por lo que este trabajo va enfocado a presentar tanto a compañeros como a profesionistas con inquietudes - inclinadas a esta especialidad. Las complicaciones que - pueden surgir antes, durante y después en un tratamiento - de cirugía oral. Así como sus signos y síntomas, de manera que sea posible un diagnóstico rápido y realizar un tra tamiento adecuado a cada una de las complicaciones.

Dado a la amplitud del tema me concretaré a tratar las complicaciones que se presenten en pacientes li- - bres de padecimientos sistémicos. Tampoco trataré complicaciones inherentes a anestesia general ya que la aplicación de ésta es exclusiva del médico anesthesiólogo así como sus complicaciones y su tratamiento.

II.- COMPLICACIONES INHERENTES A LAS  
TECNICAS Y DROGAS ANESTESICAS.

## a) Dolor

El dolor es la manifestación de una lesión tisular; la lesión de los nervios sensitivos, de las células nerviosas o de las terminaciones nerviosas. La lesión de los nervios sensitivos es transmitida por impulsos aferentes al cerebro, en donde estos impulsos son interpretados como dolor. La intensidad de éste depende de la susceptibilidad de la persona y del número y carácter de los estímulos.

A continuación analizaremos las causas principales que nos provocan dolor consecutivo a una inyección de anestésico local.

### 1.- Trauma

La introducción de la aguja en sí, ya es un trauma que ocasiona dolor, por esta causa tenemos que procurar inyectar con agujas afiladas y de calibre no muy grueso - (desechables de preferencia). Evitar movimientos innecesarios, introducir el líquido lentamente, ya que de lo contrario se presentará una presión excesiva en las terminaciones nerviosas provocando dolor.

### 2.- Inyección dentro de un músculo.

Cuando un anestésico local contiene vasoconstrictor y este es aplicado en un músculo, nos puede provocar una izquemia muscular relativa. La causa de dolor por izquemia se desconoce, pero se alivia proporcionando oxígeno a los tejidos afectados. Esto es, al desaparecer los efectos vasoconstrictores del anestésico, desaparecerá el dolor.

### 3.- Inyección de soluciones irritantes no isotónicas.

En la administración de soluciones irritantes en contramos una destrucción celular que nos provoca la liberación de enzimas proteolíticas, que desdoblan casi de inmediato las globulinas del líquido intersticial, siendo estas las posibles estimulantes de las terminaciones nerviosas del dolor.

La inyección de cualquier solución que no sea isotónica con la sangre y los tejidos, puede producir lesiones. Cuando ésta solución sea hipertónica, ejerce una presión osmótica más intensa que la isotónica, provocando una absorción de agua de las células de los tejidos, esto produce la contracción de las células, que permanecen en éste estado hasta que la solución hipertónica sea reducida a solución isotónica, en estos cambios se produce el dolor.

Cuando se inyecta una solución hipotónica, se realiza un efecto contrario al anterior, esto es, se dilatan los tejidos provocando dolor.

El dolor también puede ser producido por la inyección de soluciones deterioradas o que contengan medios-preservativos tales como: ácidos, timol, etc., o por ser inyectados muy calientes o muy frías, esto es a una temperatura no próxima a la corporal.

### 4) Desprendimiento y Desgarre del Periostio por Introducción e Infiltración Brusca.

Uno de los principales efectos en este tipo de lesiones, es el dolor.

En el periostio encontramos que se hallan dispersas terminaciones nerviosas libres como receptores del dolor. Este dolor es intenso y se percibe mientras se está produciendo la lesión, persistiendo en ocasiones hasta que el periostio sea regenerado.

b) Edema

Es una colección de líquido subcutáneo. La piel aparece tensa y lustrosa, y se deprime al presionarla con el dedo. Tras la presión digital se tiene la impresión de que los dedos no desaparecen en seguida una vez retirados.

El edema puede ser producido por una inyección - de solución anestésica en un músculo, en donde permanece - sin ser absorbida durante un tiempo considerable y es causa de acumulación de líquido extracelular.

Este síntoma está en relación directa al grado - de trauma, infección, alergia y hemorragia que puede ser - causada por una técnica anestésica sin previas precauciones.

c) Hematoma

Es una tumefacción producida por acumulación sanguínea, esto es, un área tisular circunscrita que contiene sangre extravasada. Se produce por extravasación de san--gre en los espacios tisulares, lo que produce los signos -de inflamación: color, calor, dolor y tumefacción de los -tejidos afectados.

Es una complicación que ocurre alguna vez al in--yectar en la tuberosidad o en otras inyecciones para blo--queo profundo; Puede producirse por la introducción de la aguja en una vena; Es más difícil que una aguja penetre -en una arteria, que se encuentra rodeada de tejido conjun--tivo y tiende a resbalarse de la aguja. Cuando la aguja -se introduce en un conducto, donde los vasos sanguíneos se encuentran adheridos al periostio por medio del tejido conjuntivo, éstos no escapan de ser perforados por la aguja.

Su tratamiento se puede hacer aplicaciones de -rayos infrarrojos y una posible inyección de hialurini--da. Algunos autores recomiendan como medida profiláctica--mandar antibióticos, para prevenir posibles infecciones.

d) Equimosis

Se produce como consecuencia de la extasis sanguínea ocasionada por pinchar una vena y existe derrame venoso, o cuando se penetra con la aguja en el interior de un músculo, y se crea una inflamación traumática.

Con esto se deriva más sangre al área de inflamación para combatir la amenaza de infección. Los vasos ingurgitados por el aflujo sanguíneo determinan a su vez extasis sanguínea impidiendo el retorno libre de la sangre.

Existe una decoloración facial que va desde el rojo ligero al azul púrpura profundo.

Como tratamiento se dirige a estimular la formación de nuevos canales linfáticos y aumentar el drenaje linfático.

El calor en cualquier forma y el masaje nos ayudarán a nuestros propósitos.

e) Enfisema (Fisodemia)

Es una tumefacción producida por la presencia de aire en los intersticios del tejido conjuntivo.

Se presenta una inflamación en la zona, con crepitación de los tejidos, que al sonido y al tacto dan una impresión de pergamino.

Esta tumefacción tardaría en desaparecer el tiempo necesario en que los tejidos puedan absorber el aire presente. Podríamos acelerarlo un poco aplicando compresas frías y calientes en forma alternada sobre la tumefacción.

## f) Izquemia (inyección intravascular)

En realidad la izquemia no se considera una complicación franca, sino un efecto consecuente a la administración del anestésico con vasoconstrictores, que nos ocasionan áreas de menor irrigación sanguínea, dando como resultado la izquemia localizada en la zona anestesiada.

### 1.- Empalidecimiento cutáneo.

El empalidecimiento cutáneo puede presentarse cuando se inyecta la solución anestésica en el interior de un vaso sanguíneo debido a la acción vasoconstrictora de la epinefrina y se produce en el territorio de distribución del vaso afectado.

Esto puede ocurrir cuando en el transcurso de una inyección suborbitaria posterior o de la tuberosidad, se penetra con la aguja en el plexo venoso pterigoideo, o cuando al tratar de bloquear los nervios alveolar inferior y lingual se hace la inyección acercándose a la línea media.

La solución anestésica, cuando es inyectada accidentalmente en el plexo venoso pterigoideo, puede seguir al trayecto de la arteria facial profunda y desembocar en la arteria facial anterior; la constricción de éste vaso produce empalidecimiento cutáneo en su territorio de distribución, el área de izquemia se encuentra en la zona suborbitaria.

Cuando se hace el bloqueo de los nervios alveolar inferior y lingual puede suceder que la aguja pase más allá del surco mandibular penetrando en la vena facial pos

terior, que está situada en la glándula parótida. A partir de este vaso, la solución anestésica puede llegar a la arteria facial anterior por la vena comunicante o facial transversa.

### g) Transtornos Oculares

Entre los transtornos oculares que resultan de las inyecciones de anestésicos locales están: diplopía (visión doble), la ceguera y los extravismos convergentes y divergentes (Tendencia del globo ocular a mantenerse vuelto hacia adentro o hacia afuera).

Estos transtornos oculares pueden ser producidos por la penetración de la solución anestésica en el interior de la cavidad orbitaria cuando se hace el bloqueo del nervio maxilar superior o cuando se introduce la aguja muy profundamente al hacer una inyección en el conducto suborbitario. Esta complicación es muy rara y cuando ocurre es de corta duración; desaparecen los síntomas en dos o tres horas.

Cuando se anestesia uno o más de los músculos extrínsecos del ojo, los músculos antagonistas no afectados jalán del globo ocular hacia el lado opuesto al afectado.

## h) Ruptura de la aguja

La ruptura de una aguja de anestesia dental es una complicación que se puede presentar hasta al cirujano más hábil.

Encontramos que es más frecuente en la anestesia troncular, esto está dado por la necesidad de penetrar la aguja a mayor profundidad aunado a movimientos innecesarios en la técnica, introducción hasta el casquillo de la aguja, movimientos no controlados del paciente, mal estado de la aguja, etc.

Tomando en cuenta las causas podremos seguir algunos pasos que nos daran un cierto grado de seguridad y prevenir estas complicaciones.

- 1.- Utilizar de preferencia agujas desechables.
- 2.- Por lo menos de calibre 25 y de 30 mm de longitud.
- 3.- Hacer que el paciente abra bien la boca y la mantenga quieta por un momento evitando algún movimiento impulsivo a la molestia de éste estímulo.
- 4.- No introducir la aguja hasta el cono (lugar más común de ruptura de la aguja) procurar dejar de  $1\frac{1}{2}$  a 2 mm por fuera de los tejidos blandos.
- 5.- No debe hacerse ninguna fuerza sobre la aguja, no aplicar presión lateral sobre la aguja para cambiarla de dirección, siempre retirar la aguja, localizar el punto de punción, revisar mentalmente la zona anatómica y la técnica a seguir y volver a insertar la aguja en la dirección correcta.

En el caso de que se presente la ruptura, como primer paso, tenemos que conservar la calma, hacer del conocimiento del paciente lo sucedido, haciendo una descripción completa del mismo.

Si se observa la punta de la aguja, se pide al paciente que no se mueva, manteniendo la boca bien abierta y en éste caso será fácil extraerla con unas pinzas para algodón o unas pinzas hemostáticas.

En caso de que desaparezca de vista la punta de la aguja es mejor no hacer tacto en la zona, pues esto nos provocaría la migración de la aguja a planos más profundos.

Algunos autores escriben que las agujas rotas emigran, se infectan o producen una cicatrización que puede acarrear disfunción masticatoria.

En cambio otros autores citan lo contrario, que las agujas rotas en realidad quedan aprisionadas "in situ" por el tejido cicatrizal que se forma a su alrededor. La infección por ésta causa son raras, y que el tejido cicatrizal es tan mínimo que la posibilidad de que entorpezca la función es sumamente remota.

En lo personal podría hacer una fusión de las 2 corrientes si analizamos lo siguiente:

Una aguja rota podría migrar si se encuentra en un lugar donde existen movimientos continuos (propios de los músculos masticadores). Esto es, la aguja se detendra o estará "in situ" en el momento que no reciba una fuerza o presión que provoque su desplazamiento.

La infección, si tomamos en cuenta que el ciruja no tendrá la precaución de utilizar agujas desechables esteriles o en su defecto, tener el cuidado de esterilizar - su instrumental así como, intentar tener un campo lo más - aséptico posible, y las posibilidades de que se presente - una infección serán mínimas.

En cuanto a provocar una disfunción masticatoria o neuralgia, podremos añadir que si el fragmento de la aguja se encuentra en un lugar que no afecte a la entidad anatómica, podríamos pensar, sin riesgo alguno, y bajo vigi--lancia periódica, en dejar esa aguja rota en donde se en--cuentra. En el momento que por movimientos musculares, o infección, éste fragmento alcance a interferir o afectar - las funciones o la integridad de los tejidos, ésta tendrá- que ser extraída por un especialista.

### i) Diseminación Bacteriana

Esta complicación se presenta si se hace una inyección sobre una área inflamada o supurada. Al aplicarse la inyección en esta zona, por la presión que ejerce el anestésico sobre los tejidos, hace que los líquidos supurativos sean diseminados y absorbidos por tejidos sanos, extendiendo así la infección. Además de que el anestésico no cumple sus funciones, dado el grado de acidez del medio infectado nos neutraliza los efectos anestésicos de la solución.

El uso de agujas y jeringas no esterilizadas, producen también muchas infecciones. Tanto la solución como la aguja, y la jeringa y la mucosa del sitio de la punción, deben estar estériles para mantener íntegra la cadena de la asepsia.

Teniendo precaución de no inyectar en tejidos inflamados o supurados, no hacer una inyección en los tejidos blandos de la cara lingual de los terceros molares inferiores, no solo por el riesgo de lesionar el nervio lingual, debido a su situación superficial debajo de la mucosa, sino también porque es una zona que es fácil que se desarrolle una infección aguda difícil de dominar. Se logrará disminuir los riesgos de diseminación bacteriana.

j) Lesiones Nerviosas (persistencia a la anestesia)

Cuando se presenta una lesión nerviosa nos provoca una persistencia a la anestesia que se denomina "pares-tesia".

En el caso en que al realizar una inyección de anestesia local se encuentren contaminadas ya sea la solución, la aguja o la jeringa, con alcohol, esto nos provocará una deshidratación de las fibras nerviosas dando como resultado una parestesia. Desapareciendo ésta al completarse la regeneración nerviosa.

Si al realizar la inserción de la aguja se presenta una hemorragia a lo largo de la vaina neural, esta nos puede originar presión y anestesia subsiguiente, al desaparecer la presión, desaparecerá la anestesia; en el caso de que esa hemorragia no sea reabsorbida o su proceso sea demasiado lento, y nos llegue a mantener una presión prolongada, puede en muchos casos, llevar a una degeneración de las fibras nerviosas.

El grado de parestesia está relacionado al grado de lesión que haya sido ocasionado por la punta de la aguja o por la solución anestésica, y su duración estará dependiendo del restablecimiento y regeneración de las fibras nerviosas.

### k) Parálisis Facial

La parálisis facial ocasionada después de la anestesia por bloqueo simple, siempre será temporal.

La inyección suborbitaria produce, frecuentemente, ptosis notable del labio superior del mismo lado de la inyección, debido a la anestesia del plexo suborbitario y por consiguiente de la rama terminal del nervio temporofacial, rama del facial que inerva el labio superior.

En una inyección pteriomandibular, cuando la aguja pasó más allá del surco, penetró en la glándula parótida y anestesió el nervio facial o su rama cervicofacial, nos provoca o incapacita al paciente para reírse y para bajar el labio del lado de la inyección. Cuando la inyección se practica a un nivel muy alto, puede anesthesiarse la rama cervicofacial que inerva las fibras motoras al párpado inferior y ésto impide el cierre de los párpados del mismo lado.

Estas complicaciones desaparecen generalmente al terminarse los efectos anestésicos dos o tres horas y en algunos casos excepcionales uno o dos días.

### 1) Síndrome de Horner (Oftalmoplejía simpática)

Este síndrome se puede presentar por anestesia directa al ganglio de Gasser, por una lesión del plexo simpático carotídeo, por afecciones al ganglio de Gasser o una aneurisma de la arteria carótida. Doración facial, así como dolor facial y pérdida interna, pueden generar el típico defecto de la sensibilidad. También se puede presentar este síndrome en la anestesia o lesión al ganglio estrellado, formado por la fusión del ganglio simpático inferior cervical y el primer ganglio simpático torácico. Está situado ligeramente lateral al cuerpo de la séptima vértebra cervical.

Los signos de este síndrome se presentan del lado afectado y son los siguientes:

- 1.- Miosis, o contracción de la pupila del ojo por paresia del dilatador de pupila.
- 2.- Ptosis, o caída del párpado por paresia del músculo elevador del párpado superior.
- 3.- Anhidrosis y vasodilatación en la cara por interrupción de la regulación sudomotora y vasomotora.

## m) Reacciones Alérgicas

La respuesta alérgica implica un tipo de reacción antígeno anticuerpo. Para que un paciente pueda exhibir una respuesta alérgica, tiene que haber recibido antes la droga o un compuesto de origen químico similar.

Podremos definir por lo tanto que alergia es - una hipersensibilidad específica a una droga o agente químico.

La piel, membrana mucosa y vasos sanguíneos pueden ser órganos del shock y podremos encontrar éstas reacciones: Edema angioneurótico, erupciones cutáneas y reacciones anafilácticas.

### 1.- Edema angioneurótico

La aspirina o ácido acetilsalicílico, es un - analgésico y antipirético universal que no solamente es - utilizado por miles de personas para sus malestares, sino también es distribuido por los médicos entre sus pacientes. Generalmente no se tiene o toma en cuenta como posible factor de reacciones alérgicas.

El edema angioneurótico debe ser diagnosticado - lo más rápido posible para evitar una obstrucción de las vías respiratorias, como en el caso del edema de glotis.

Esta alergia también puede ser ocasionada por - la lidocaína (Xylocaína).

Habitualmente tiene poco significado clínico, - pero es necesario explicar su naturaleza para tranquilizar al paciente. Los casos con edema acentuado de la fa-

ringe o la lengua hacen imperativa la traqueotomía para impedir la muerte por asfixia.

## 2.- Reacciones Alérgicas Cutáneas.

El elemento más importante para valorar la gravedad potencial de una reacción alérgica cutánea es, el tiempo transcurrido entre la administración de la droga y la aparición de la erupción, entre más corto sea el tiempo, mayor será la probabilidad de que la reacción sea antecedente a un shock anafiláctico.

El tratamiento dependerá de lo anterior, cuando una lesión se presenta más de una hora después de la administración, por lo general, no alcanzan proporciones de emergencia. El paciente se tendrá bajo vigilancia de menos las 24 horas consecuentes, y si el paciente presenta signos graves, se tratará como ya describiremos en el shock anafiláctico.

En el tratamiento usual de la alergia de comienzo lento se puede emprender con la administración de un antihistamínico administrado intramuscular u oral. (Dimetane 10 mg, Benadryl 25 mg) intraoral (Piribenzamina 50 mg cada 6 horas) y conviene recurrir al médico para tratamiento posterior.

## 3.- Shock Anafiláctico

Anafilaxia. Es un aumento de sensibilidad del organismo hacia una substancia determinada, mediante la introducción de una dosis previa de esa misma substancia.

En realidad este tipo de alergia no es común, -

sin embargo cuando un paciente cita antecedentes de alergia debe aceptarse que es así hasta demostrar lo contrario.

Por lo tanto nunca se debe realizar pruebas intradérmicas o en la membrana mucosa, ya que por mínima - que sea la dosis nos desencadenaría una reacción alérgica grave en un individuo sensibilizado.

Los síntomas al principio es muy difícil diferenciarlos de alteraciones benignas circulatorias, ya que el colapso circulatorio es la primera manifestación más - importante y peligrosa que se nos presenta al inicio de - un shock anafiláctico. Por lo tanto comenzaremos el tratamiento como si estuviéramos frente a una alteración benigna del sistema circulatorio.

En general, la palidez es el primer signo de insuficiencia circulatoria y de aquí partiremos en lo que - respecta al tratamiento.

3a) El paciente se coloca en posición supina

3b) Se controla el pulso siendo más conveniente en la arteria carótida, que se localiza justo por dentro - del músculo esternocleidomastoideo.

3c) Si el pulso no es palpable, se comienza de - inmediato con el masaje cardíaco.

El masaje cardíaco se aplica apoyando la base - de la palma de la mano derecha en dorsiflexión sobre el - apéndice xifoides, y sobre ella la mano izquierda, recar - gando el peso del cuerpo y retirándolo a una frecuencia - de 70 a 80 veces/min. Un auxiliar debe verificar la efectividad del masaje tomando el pulso. Si no se dispone de

auxiliar, el mismo operador deberá de dar respiración de boca a boca de 4 a 6 veces/min.

Si el masaje y la ventilación son eficaces, el operador podrá lograr un flujo de sangre oxigenada de aproximadamente el 40 a 60 por ciento de lo normal.

Si hay pulso se pueden colocar vapores de amoníaco bajo la nariz del paciente, si no hay mejoría, se recurre a la oxigenoterapia.

Si la recuperación da ha sido completa, se controla la presión arterial, cuando la presión sistólica supera los 80 mm Hg. continúe con las maniobras anteriores, hasta la recuperación total.

Si la presión sistólica es inferior a la antes mencionada, o se observan manifestaciones alérgicas, hay que recurrir a medidas complementarias. Se continúa con la administración de oxígeno, se elegirá una droga como puede ser la adrenalina, por poseer 3 acciones deseables como son: vasodpresora, antihistamínica y broncodilatadora. Además de que su comienzo de acción es muy rápida.

La dosis de adrenalina en el adulto en el shock anafiláctico varía desde 0.3 ml de solución 1/1000 (0.3mg) por vía intramuscular o subcutánea, hasta 1mg. por vía intravenosa lenta, si se recurre a esta vía, quizá convenga más inyectarla en forma fraccionada; es decir, se pasan lentamente desde 0.05 mg para una caída mínima de presión sanguínea, hasta 0,2 mg para caída de presión importante, empleando una dilución de 1:10000, y se espera 2 min., para juzgar el efecto.

Este procedimiento se repite, si es necesario, hasta que el paciente mejora o hasta que el estado cardíaco

co sugiera que hay que cesar el tratamiento por que la - frecuencia del pulso se acelera por encima de 150 pulsaciones por minuto o porque el pulso se torna irregular.

Después de inyectar adrenalina puede ser útil - administrar corticoides, que a menudo son útiles en el co lapso periférico. Recurriendo a ellos en segunda instancia porque su acción no es inmediata.

Debe usarse un producto que pueda ser adminis-- trado por vía intravenosa o intramuscular, como la dexame tazona (decadron) en dosis de 4 a 20 mg. La hidrocortisoo na (solu-cortil, flebocortid) a razón de 100-200 mg. o la metilprednisolona (solu-medrol) en dosis de 40 mg.

Los antihistamínicos a veces pueden ser efica-- ces, se puede usar clorotrimetón, en dosis de 10-20 mg. o benadryl, en dosis de 25-50 mg. por vía intravenosa o in-- tramuscular.

## n) Lipotimia

Es una pérdida del conocimiento, sin que se alteren el funcionamiento del corazón y del pulmón.

Es causado por una reducción transitoria del aporte sanguíneo al cerebro, como consecuencia de una caída de la presión sanguínea. Por esto se denomina síncope vasodepresivo.

El paciente experimentará los siguientes signos y síntomas:

Tempranos: palidez, salivación, náuseas y transpiración

Tardíos: dilatación de las pupilas, bostezos, hiperpnea  
bradicardia, inconsciencia, movimientos convulsivos.

Recuperación: Cefalea, debilidad, ansiedad y confusión.

Tratamiento.- Se colocará el paciente en posición de decúbito y elevando las piernas, se aplica oxígeno si se tiene sensación de falta de aire o adormecimiento de brazos y piernas.

El síncope es breve y no deja secuelas. Se recobra rápidamente la conciencia y se restablece completamente en poco tiempo, hay que tener la precaución de no levantar al paciente inmediatamente después, ni bruscamente.

## o) Trismo

Es una contracción de la mandíbula, como resultado de la pérdida de función normal del músculo, o sea, la relajación y la contracción. Puede presentarse consecutivamente a la inyección de la solución anestésica en el interior de un músculo; Esta complicación ocurre más frecuentemente en la inyección pterigomandibular. Cuando se inyecta una solución anestésica en el interior del músculo masetero o en el pterigoideo interno, el músculo pierde la capacidad de contraerse, porque se anestesian las fibras motoras terminales.

Cuando se presenta el trismo, el peso de la mandíbula junto con la acción de los músculos suprahioides-determina la depresión de la misma y por ende la abertura de la boca;

Generalmente no dura mucho tiempo y la función-muscular normal se recupera en unas cuantas horas o en unos cuantos días.

El estado a consecuencia del trauma puede requerir ligeros ejercicios y terapia con drogas para aliviar el dolor si es intenso y ayudar a la relajación muscular (metacarbamol).

p) Mordedura de carrillos y labios

Esta complicación se presenta en pacientes sin antecedentes de haber sido anestesiados o en niños, que es lo más común.

Cuando estos son anestesiados con un anestésico de acción prolongada, el paciente en muchas ocasiones pierde la noción de posición de labios, carrillos y lengua, siendo éstos fáciles de ser lesionados al morder.

La única forma de prevenir esta situación es, explicar al paciente o a su acompañante, del posible riesgo y de las formas en que se puede evitar el morderse.

III    COMPLICACIONES INHERENTES A LA  
          CIRUGIA

A.- Transoperatorias

## INHERENTES A LA CIRUGIA

## A).- Transoperatorias.

## 1.- Lesiones a dientes vecinos.

Cuando se lesiona a un diente vecino por lo general es cuando no se tiene un control absoluto con los forceps y elevadores, ya sea por la proximidad de las piezas o por el uso imprudente del instrumental.

Los grados de lesión van desde provocar una movilidad mínima, hasta la abulsión de la pieza contigua.

El tratamiento dependerá del grado de lesión.

En las piezas afectadas que presentan una movilidad mínima, lo único que se puede hacer es pedir al paciente que no muerda con esa pieza en una semana y sola - recobrará su firmeza original.

En el caso de que las piezas afectadas presenten una movilidad muy significativa, el tratamiento responderá a la ferulización de la misma, mediante barras prefabricadas curvas, donde se fijan las piezas afectadas y una o dos piezas contiguas de cada lado, dependiendo de las fuerzas que vayan a soportar.

Otra forma de fijar esta pieza puede ser mediante el amarre de los dientes vecinos con un alambre ortodóncico delgado, y la ayuda de un respaldo de resina acrílica de Fraguado rápido.

Cuando es provocada la abulsión completa de la pieza vecina, si ésta tiene poca importancia funcional o está afectada por un proceso patológico, éste será extraí

do. Cuando es importante y se encuentra sano, se puede - intentar el reimplante inmediato, se realiza en la pieza - una endodoncia se tratará de tener un ambiente estéril, - se lava la pieza con solución isotónica de cloruro de sodio, se irriga el alveolo y se coloca la pieza en su lugar, se fija mediante la ferulización (antes mencionada). Hay que tener bajo revisiones periódicas para vigilar el reimplante.

Otras lesiones a piezas vecinas son las fracturas ocasionadas a éstas.

Si es una fractura que implique solamente esmalte, éste podrá ser bicelado únicamente.

Si la fractura es más grande se pondrá una obtusión temporaria para hacer la restauración definitiva - en otra ocasión.

Cuando la fractura implica la pulpa se aconseja una pulpotomía parcial o la endodoncia inmediata.

## 2.- Heridas en tejidos blandos.

Las lesiones en tejidos blandos pueden ser ocasionados por: desplazamientos bruscos y sin control del instrumental, no tener un soporte adecuado de la mano con el fin de limitar los movimientos, el no fijarse que no se encuentre ningún tejido aprisionado o interviniendo entre el instrumento y las piezas dentales, con el instrumento mismo, movimientos inesperados del paciente, etc.

Entre estas lesiones podremos encontrar:

Desgarramientos de la mucosa, la mejilla, piso de la boca y paladar. Lo primero a tratar es el dolor, que lo lograremos anestesiando la zona y continuamos a controlar la hemorragia, que generalmente, lo logramos a base de compresión con una gasa, si se encuentra un vasito implicado se tendrá que cauterizar, en el caso de que el vaso sea de mayor tamaño y no seda la hemorragia al cauterizar se tendrá que ligar. Dependiendo del tamaño del desgarre se tendrá que poner una sutura (punto aislado) sin tener que desbridar. Si es muy profunda se tendrá que cerrar las capas profundas con un material absorbible como es el catgut de 000 calibre adecuado para nuestros fines, y se prosigue a suturar por planos para evitar cualquier espacio muerto, se aproxima la submucosa para reducir la tensión sobre las suturas de la mucosa, que pueden ser de preferencia con puntos aislados de seda negra de 000, que serán retirados unos 8 días después.

Las quemaduras térmicas y químicas de que pueden ser objeto los tejidos blandos, pueden variar de grado, y de tal forma será su tratamiento.

Si es una quemadura pequeña se podrá limitar el tratamiento a cubrir la lesión con una capa protectora, - por ejemplo de tintura de benzoina.

Si la quemadura es más grave ésta se podrá tratar con un antibiótico tópico.

### 3.- Fracturas óseas

Las fracturas óseas que pueden ser ocasionadas en un tratamiento transoperatorio, las podemos dividir en tres grupos que son: fracturas alveolares, fracturas de la tuberosidad del maxilar y fracturas en la mandíbula.

Las crestas alveolares se fracturan algunas veces durante la odontectomía. La lámina interna del maxilar inferior puede fracturarse cuando el diente está en posición linguoangular y es forzada en esa dirección por el botador. Evítese aplicar éste en el lado lingual, puesto que la lámina de este lado, tiene por su estructura anatómica, predisposición a romperse.

Cuando el fragmento esté completamente separado del periostio, deberá extraerse, pero si éste si se encuentra unido al periostio y por presión digital se localiza en su sitio, se sutura a tejidos blandos adyacentes o desde el borde lingual al vestibular de la herida para mantenerlo en posición, lo más probable es que se suelde.

La fractura de la tuberosidad del maxilar en la odontectomía de tercer molar superior retenido, se produce cuando es necesario aplicar gran fuerza para que el diente franquee la tuberosidad de la corona del segundo molar. En estos casos la tuberosidad no suele separarse de los tejidos circundantes y se suelda fácilmente.

En ocasiones al ejercer una fuerza excesiva al extraer el segundo molar superior, o por el uso inadecuado de forceps al extraer dientes muy adheridos. El fragmento roto es a menudo muy grande y puede incluir uno o más dientes, así como el piso del seno maxilar y la tube-

rosidad del maxilar. Si éste fragmento se encuentra fusionado a las piezas tendrá que ser extraído, levantamos un colgajo, los bordes óseos tendrán que ser alisados con limas, se coloca el colgajo en su lugar y se sutura.

La fractura completa de la mandíbula es un la--mentable accidente que por fortuna se observa muy raramente. Aunque puede ocasionarse por el empleo impropio de -botadores, también se produce por el aumento de fragili--dad de la mandíbula, posición del molar, edad del pacien--te y en particular por anquilosis alveolodentaria.

En general, la fractura que se produce durante la extracción se acompaña de un crujido audible y la movi--lidad anormal en la zona lesionada, si la pieza se encuentra fuertemente adherida a la mandíbula, ésta deberá de -ser pospuesta y atendida la fractura.

El tratamiento de urgencia puede exigir el apo--yo temporal de las estructuras lesionadas hasta que pueda implementarse la atención definitiva por un especialista. Dentro de la boca, las técnicas de alambrado como la de -Essig, Risdon o Gilmer pueden llevarse a cabo fácilmente y deben proporcionar el apoyo necesario requerido. Si -también se desea apoyo extrabucal, la colocación de una -venda para cabeza de Barton modificada, utilizando una -venda elástica de 5 a 8 cm. de ancho reforzada con tiras--de tela adhesiva puede proporcionar apoyo adecuado con base temporal hasta que sea posible instituir las medidas -para la reducción y fijación finales.

#### 4.- Penetración accidental del seno maxilar.

Las posibilidades de las complicaciones con el seno maxilar aumentan con la edad del paciente, lo que se debe al desarrollo del seno, quedando en el adulto a veces, solamente una lámina papiracea de hueso entre el seno y ápices radiculares. Al realizar una extracción en molares superiores en donde se presenten estas características anatómicas, estando el piso del seno fusionado a los ápices de los molares, siendo imposible evitar la penetración al seno maxilar al realizar la extracción. En este caso se procede a conseguir que el alveolo sea ocupado por un coágulo normal e impedir que la saliva y los gérmenes penetren en el seno, se sutura cuidadosamente la mucosa, cubriendo con el colgajo el alveolo por completo. Generalmente el colgajo vestibular es corto para cubrir la perforación y ser suturado con el borde palatino de la misma, en cuyo caso habrá que efectuar la inserción perióstica del colgajo según Wassmund.

Cuando el alveolo no se ha podido conseguir que el coágulo se forme normalmente se puede proceder a colocar una pequeña porción de gelfoam, surgicel o material similar, en el ápice cerca de la comunicación. Se retira una pequeña porción de hueso alveolar de las placas corticales vestibular y palatino para permitir un cierre más adecuado del colgajo. En ocasiones tendremos que realizar una incisión liberatriz de la mucosa vestibular y palatino para tratar de obtener un cierre de bordes sobre el alveolo.

En estos casos en donde la comunicación del seno es desde la cavidad oral, el paciente deberá recibir protección con antibióticos y en ocasiones antihistamínicos para la descongestión nasal, además, se la dará al pa

ciente instrucciones sobre masticación limitada, manipulación de la lengua, el evitar soplar por la nariz y el estornudo.

En ocasiones como resultado de haber eliminado hueso durante la extracción de molares superiores, se provoca una comunicación al seno maxilar más grande, tendremos que considerar el cierre quirúrgico que es el colgajo vestibular deslizante de Wassmund.

5.- Impactación de una pieza o de restos radiculares al seno maxilar.

Este tipo de complicación es menos frecuente - que la comunicación con el Antro y puede suceder al forzar un ápice radicular y ocasionalmente un diente completo dentro del seno, durante la extracción de piezas posteriores.

Como ya mencionamos la proximidad de las raíces de premolares y molares superiores al suelo antral, y que en ocasiones tales raíces quedan separadas del seno por una tenue capa ósea, es recomendable el efectuar un examen radiológico, previo a la extracción de los dientes ya mencionados y por el mismo se extremarán las precauciones en el empleo de fórceps y botadores durante el acto.

Es más factible de impulsar al interior del seno, un ápice radicular que un diente completo, sin embargo, la pieza que con mayor frecuencia es impulsada dentro del antro, es el tercer molar de raíces cónicas, y el segundo premolar. El intentar la extracción del tercer molar parcialmente erupcionado, con fórceps es muy peligroso.

La raíz que con mayor frecuencia se puede desplazar hacia el seno, es la raíz palatina del primer molar permanente; siendo muy raro que raíces de otras piezas que no sean el primer y segundo molar sean impulsadas de esa manera.

Si durante la extracción de los dientes ya mencionados y bajo circunstancias similares se llegasen a fracturar la o las raíces, no se aconseja el tratar de removerlos a través del alveolo, ya que esto lastaría para-

impulsar la raíz hacia el seno.

a).- Signos síntomas.

Los signos y síntomas inmediatos a una raíz dentro del seno, son los mismos que se presentan asociados a una fístula oro-antral: epixtasis, fluidos que escurren - de la cavidad oral a la ventana nasal correspondiente al lado afectado, incapacidad de succionar, etc.

Los síntomas tardíos son los de una sinusitis - aguda o crónica, con o sin fístula oro-antral, ocasionalmente el paciente está libre de síntomas. En un principio la raíz puede permanecer libre en el seno, pero ocasionalmente puede gravitar hacia el suelo sinusal, quedando fija al ser encerrada en un engrosamiento local del revestimiento antral.

b).- Diagnóstico.

La desaparición del ápice radicular, no supone forzosamente, que ésta se encuentra en el seno maxilar. - El operador deberá proceder de la siguiente manera:

b1.- Palpará los tejidos blandos de la región bucal que se corresponderían con la raíz en su posición original, puesto que es probable que el ápice se haya alojado entre la delgada lámina bucal ósea y la mucosa bucal o palatina.

b2.- Se examinará minuciosamente el piso de la cavidad oral, los bordes del alveolo que alojaba el diente y cualquier otra zona donde se pudiese encontrar el fragmento radicular, todo ello con buena iluminación.

b3.- Se le indicará al paciente que ocluya las fosas nasales con sus dedos y trate de expulsar el aire - a través de la cavidad nasal, con moderada presión. si hubiese una apertura en el piso sinusal, se observarán pe-queñas burbujas en el alveolo o se escuchará la evidente-fuga de aire.

b4.- Si la penetración de la raíz en el seno parece evidente, puesto que ésta no se ha extraído, de la - cavidad oral, parece no estar en el alveolo y además existe una efracción de la mucosa antral, se procederá a to--mar varias radiografías del área, en distintas angulacio- nes, para determinar la situación exacta de la raíz.

Radiografía intraoral retroalveolar

Radiografía de Watters

Radiografía lateral

Radiografías esteroescópicas

Radiografía intraoral oclusal

No obstante un estudio radiográfico completo, - habrá ocasiones en que no se observa dentro del seno, - pues el ápice puede ser muy pequeño y estar oculto en un- receso del seno muy lejano del punto de penetración. Por lo que se pueden practicar tomografías para ubicarlo.

### c.- Tratamiento

Las razones por las cuales un fragmento radicu- lar o diente alojado dentro del seno, deben ser removidas son:

c1.- Por la posibilidad de causar una infec- - ción.

c2.- Para evitar el riesgo de que el cuerpo ex- traño, sea arrojado a través del ostium a la fosa nasal y

éste sea inhalado posteriormente.

c3.- Por razones médico legales.

Sin embargo, algunos autores recomiendan, que un ápice radicular que ha estado presente dentro del seno maxilar, durante tiempo considerable sin causar sintomatología, debe ser mantenido en esta situación.

Si la raíz se encontrase por debajo de la mucosa gingival, se aconseja practicar una incisión en la mucosa vestibular y extraerla a través de ésta; si se encuentra en mucosa palatina, se procederá a disecar la mucosa desde el borde alveolar hasta dar con la raíz.

Remoción por vía alveolar: Cuando la raíz, hecho frecuente, se encuentra en un resaco antral inmediata al techo alveolar, y ésta es visible, se extrae por vía alveolar, se ensancha el orificio reseca sólo el hueso correspondiente a la zona donde se encuentra la raíz. La mayoría de las veces será necesario despegar previamente del hueso la mucosa vestibular con el perióstico, desde el borde alveolar, habiendo practicado dos incisiones verticales auxiliares en los límites de la brecha.

Si la raíz no se deja retirar del sitio, se tendrá cuidado de no impelerla a mayor profundidad en el antro, para ello se le sujeta desde arriba con una cucharilla afilada o con un escavador, hasta acarrearla al alveolo, y se extraerá con pinzas, se procede a suturar íntimamente la mucosa sobre el alveolo.

Si la raíz está definitivamente en el antro y no hay fístula oro-antral, el acceso quirúrgico es a través de una incisión recta en el saco bucal, que abarca desde la región de los incisivos hasta la tuberosidad; y-

por arriba del margen gingival aproximadamente un cuarto de pulgada. Se levanta el periostio y se labra una ventana con cincel, a través de la pared antral en la región de la fosa canina, teniendo cuidado de no penetrar en la mucosa antral.

La apertura es ensanchada con fórceps antral de Ostrom, hasta alcanzar media pulgada de diámetro, a continuación se efectúa un corte horizontal en el revestimiento antral y el acceso al seno se obtiene mediante la inserción de las hojas de pinzas de mosquito curvada entre los bordes cortados y abriendo las pinzas, al finalizar la intervención las hojas del revestimiento vuelven a su lugar, por lo que no es necesario el suturar el revestimiento.

Una vez abierto el seno, es posible observar la raíz o el diente, el cual se extraerá por medio de una cánula de succión, si se trata de ápice se recomienda el empleo de cánulas de diámetro pequeño.

Cuando la raíz ha estado en el antro por poco tiempo, la cavidad sinusal estará limpia, sin embargo, puede haber engrosamiento de la mucosa, pólipos, en la región donde se encontró la raíz, y ocasionalmente puede haber secreción mucopurulenta.

Si se hallasen pólipos se removerán por medio de un fórceps de polipos nasales, pero el revestimiento se deja intacto. En caso de que no se observe la raíz, se agrandará la apertura del seno, y se introduce un dedo para hacer tacto en el interior del antro, y es posible localizar tal raíz, si se encuentra debajo del revestimiento; ya localizada se efectúa la incisión de la membrana sinusal que la cubre y se remueve.

Para terminar se lava el seno con una solución-salina tibia y se sutura el saco bucal con puntos de sutura aislados de seda.

La mayoría de los enfermos con una raíz en el antro maxilar, tienen senos sanos antes del accidente, y si la raíz es removida y la comunicación cerrada, el antro se recupera rápidamente con el cuidado postoperatorio adecuado del enfermo.

Para prevenir infección, es útil el empleo de antimicrobianos por una semana, el ostium antral dentro de la nariz debe preservarse por la acción astringente de inhalaciones nasales y gotas para facilitar el drenaje fisiológico normal del antro.

Si se remueve la raíz del seno el mismo día o al siguiente, no se requiere establecer contraapertura nasal; solo cuando se ha presentado infección antral, después de una larga demora cabe aconsejar tal procedimiento, previa la eventual extirpación de la mucosa afectada, se realiza un empacamiento de gasa lubricada en el antro, la cual va a ser colocada de tal forma que, una de las puntas de la gasa, pase por la comunicación antro-nasal, teniendo especial atención en procurar que el desplazamiento de la gasa por la comunicación naso-antral sea libre, es decir, que ésta sea fácil de ser extraída por vía nasal en un tratamiento postoperatorio. Se sutura el saco bucal con puntos aislados.

## 6.- Luxación y subluxación de la Articulación Temporomandibular.

Esta complicación la podremos encontrar uni o - bilateral y distinguirse tres tipos: anterior, posterior- y superior.

La luxación aguda origina dolor violento, impotencia funcional y gran tumefacción, y puede ocurrir por la apertura forzada de la boca en una intervención. La escasa resistencia del tejido conjuntivo que forma la cápsula, se cree que es un factor predisponente para la luxación. Por lo tanto, ésta es generalmente intracapsular y la cápsula no se desgarran, pero las lesiones articulares-internas o la fractura de la lámina timpánica pueden causar hemartros.

La cápsula puede distenderse hasta el grado de que la luxación sea más fácil una segunda ocasión.

La luxación más común del cóndilo, es la anterior, y se observa por el uso imprudente del abre bocas durante la anestesia. El cóndilo queda enclavado por delante de la eminencia articular de la apófisis cigomática, - que le impide deslizarse hacia atrás. La reducción resulta imposible por la contractura muscular que se establece y que es necesario suprimir con anestesia general.

El cuadro clínico es típico, la boca está abierta y no pueden juntarse los dientes anteriores.

Quando la luxación es unilateral, el maxilar está desviado hacia el lado sano. La cabeza del cóndilo produce una notable tumefacción debajo del arco cigomático.

co, y como el maxilar está trabajo en esta posición, resulta difícil la pronunciación y la deglución. Si no se reduce, la luxación persistirá durante semanas.

Las luxaciones posterior y superior del cóndilo son más raras de que se presenten como consecuencia de una complicación operatoria, ya que éstas son ocasionadas por golpes en el mentón.

La luxación recidivante del maxilar inferior, también se les denomina subluxación habitual, es una luxación incompleta y autorreductible, que generalmente es consecuencia de la distensión de la cápsula y ligamentos articulares. Por lo común es subsiguiente a una luxación primitiva, y las lesiones capsulares han sido causadas por un traumatismo, por abrir excesivamente al bostezar o por abertura forzada de la misma durante la anestesia o traumatismo dental, y a causa de ellas aumenta la amplitud de los movimientos articulares. Las luxaciones sucisas se producen por causas menores, por ejemplo, abertura prolongada de la boca mientras se realiza un tratamiento dental. El chasquido terminal, ruido que hace el cóndilo al chocar con la eminencia articular, acompaña en ocasiones a la subluxación y con frecuencia hay dolor, pero el signo principal es la luxación repetida provocada por ligeros traumatismos, o excursiones extremas del cóndilo.

La reducción de las luxaciones recientes del maxilar inferior, se puede hacer sin anestesia, se administran únicamente 15 mg. de morfina para calmar el dolor y relajar los músculos elevadores de la mandíbula. En ocasiones cuando la luxación es primaria, se tendrá que anestesiar, ya sea local o general.

Con el paciente en decúbito, el cirujano situado a la cabeza de la silla o mesa, toma el maxilar con - las dos manos, una a cada lado, los pulgares se colocan - en las superficies de oclusión de las piezas posteriores, y las puntas de los dedos debajo del m<sup>e</sup>ntón, las manio- - bras para reestablecer la posición normal del cóndilo re- producen en sentido inverso el proceso de la luxación, se presiona hacia abajo mientras se abre bien la boca para - deslizar el cóndilo por debajo de la eminencia articular; entonces se empuja el mentón hacia atrás y la mandíbula - se cierra al tiempo que el cóndilo retorna a la cavidad - glenoidea. La boca tiende a cerrarse rápidamente y, por- lo tanto, el cirujano deberá proteger sus pulgares con ga - sa para que no resulten lesionados durante la maniobra. - Se recomienda la inmovilización del maxilar para favore- - cer la curación de la cápsula distendida, y a veces desga - rrada y prevenir recidivas. En algunos casos se puede - utilizar un vendaje durante 2 ó 3 semanas para impedir - que el paciente pueda abrir la boca demasiado

## 7.- Ruptura de instrumentos.

En esta complicación podremos tomar en cuenta - que todo el instrumental que se ocupa para un tratamiento operatorio, se encuentra estéril.

La ruptura de instrumentos por defectos del metal, se observa algunas veces, pero por lo general, cuando se presenta ésta complicación, es debido ya sea a una fuerza mal aplicada sobre el instrumento, o utilizar instrumentos ya destemplados.

Los instrumentos que con mayor frecuencia tienden a romperse son los botadores, elevadores o fresas de la pieza de mano de alta velocidad.

En estos casos si el fragmento se encuentra en la cavidad bucal sin estar dentro de los tejidos, se retira inmediatamente, y se revisa el estado de los tejidos - para ver si no ha sido dañado ningún tejido.

Si el fragmento se localiza dentro de los tejidos, y este es fácil de localizar, hay que extraerlo; si, en cambio, es pequeño o se ha desplazado a más profundidad en los tejidos, en un sitio donde su remoción resulta ría muy traumática, se le deja donde esta, como mencionamos en el caso de las agujas rotas, se hará del conocimiento del paciente lo sucedido y será retirado solamente en el caso de que éste fragmento nos cause molestias, o nos altere las funciones de los músculos involucrados.

## 8.- Suturas.

Los accidentes que comprenden la ingestión o aspiración de una aguja entera después que ha caído en el piso de la boca, son más frecuentes a ocurrir cuando:

a).- La sutura está siendo llevada a la parte posterior de la cavidad oral.

b).- Cuando la aguja no ha sido anudada seguramente al material de sutura o se utilice sutura atraumática.

c).- Cuando se emplea un porta agujas desdentado, el cual no puede ser asegurado bien a la aguja o se ha adoptado como porta agujas un instrumento sustituto, este problema es particularmente factible de suceder cuando se trabaja con analgesia local, por que la garganta está libre. Aún cuando se use un porta agujas convencional y el material de sutura sea atraumático, o la aguja sea atado a la sutura, la porción larga de la aguja se puede romper y ser inhalada o ingerida.

Es poco probable que un cirujano dental use una aguja vieja o enmohecida, pero se pudiera emplear una aguja doblada que ha sido realineada, y esto hace que la fractura sea muy posible.

Al manejar una aguja a través de tejidos blandos, también es posible que se force el punto de una aguja contra una estructura resistente, como hueso, y se despunte inadvertidamente.

En general, la causa más común, de rotura de -

agujas es la incorrecta posición de los picos del porta - agujas.

La punta del instrumento debería de ser puesta a suficiente distancia de la punta de la aguja para asegurar que después de que la aguja haya pasado el tejido, se empuje lo suficiente para permitir que sea aprisionada.

En todo caso, si los picos del porta agujas, se colocan cerca del ojo de la aguja, esa porción entre la punta y la posición de las hojas del porta agujas, es más larga que lo requerido, y la fractura se incrementa si la laminilla del porta agujas aprisiona la aguja a través del ojo. Esta posición constituye un punto obvio de debilidad y la rotura de un fragmento grande la aguja es casi seguro.

Cuando se usa una aguja curva es necesario igualar el grueso de las puntas del porta agujas a la curvatura de la aguja. Y si es grande, delgada, el porta agujas será ajustado en la parte delicada de la aguja y la aguja será inevitablemente forzada y fracturada. Esto usualmente ocurre en el momento en que la punta de la aguja es introducida al tejido. Una atención escrupulosa deberá de ponerse en la situación anatómica durante la sutura, así que la aguja no pase a través de los grandes vasos sanguíneos, conductos salivales, o nervios con la punta de la aguja.

La incorporación de un nervio en el ámbito de la sutura es posible que ocurra en el área de los terceros molares inferiores, cuando el nervio lingual es lazado por tomar mucho tejido lingual.

La tensión debe ser aplicada a la sutura después de confirmar que están correctamente bien aproxima--

dos los planos; pero las puntadas nunca deberán de ser de masiado apretadas, ya que el tejido corre el peligro de - necrosarse.

Una sutura floja que continúe sangrando, permite la formación de un edema, la formación de un hematoma, la extensión de equimosis y la presión es tan importante en esta zona como en la faringe y la traquea.

La sutura en la boca debe ser relativamente justa para que ningún edema postoperatorio, pueda causar que la sutura corte el tejido.

La pérdida de la suturación, también permite - una extravasación de la sangre en la herida dentro de la boca.

La remoción de la sutura.

Cuando se remueve la sutura, el nudo debe ser sujeto por una pinzas y la sutura cortada abajo del nudo, al raz del tejido, ésto es importante cuando se remueven suturas, al jalar fuera de la sutura a través de la línea de la herida, porque cuando este es extraido hay una tensión de la herida que puede ser causa de que se abra la herida. Una revisión cuidadosa debe realizarse para asegurarse que todas las suturas pueden ser removidas porque es fácil cortar el nudo de una sutura en el sitio donde - se encuentra todavía la herida débil.

Así una revisión evitará la eventual formación de un absceso por costura.

## 9.- Hemorragia.

Cuando un paciente se somete a una intervención quirúrgica, una de las principales preocupaciones que se tienen con respecto a éste, es la hemorragia.

La prevención, es el elemento principal de tratamiento, ya que la mayoría de los problemas hemorrágicos pueden ser superados adoptando medidas preventivas.

En este trabajo nos referimos especialmente a los pacientes libres de padecimientos sistémicos, ya que existen muchas entidades patológicas que nos alteran los mecanismos de la coagulación.

Las medidas preventivas más importantes son: Historia clínica, evaluación del paciente y las pruebas de laboratorio. Realizando lo anterior nos podremos anticipar, hasta cierto grado, a posibles complicaciones.

### Historia clínica.

Siendo éste un factor decisivo en cuanto al tratamiento a seguir, tendremos especial atención en interrogar al paciente con respecto a posibles antecedentes de hemorragias postquirúrgicas o posextracción. Si un paciente nos refiere "yo sangro con facilidad" lo consideraremos predisponente a complicaciones hemorrágicas, hasta demostrar lo contrario.

Cuando un paciente está siendo tratado con medicamentos (quimioterapia), se analizarán las causas por las que reciben éstos, y la composición de los mismos, ya que muchas drogas alteran la coagulación en algunas de sus etapas.

Los estados fisiológicos de la mujer se pueden considerar ya que las metrorragias y las menorragias pueden hacer sospechar una tendencia hemorrágica postoperatoria, que requiere de medidas preventivas.

En general una cuidadosa historia médica es quizá el método más importante para descartar problemas hemorrágicos.

#### Evaluación física.

Se pueden descubrir tenencias hemorrágicas tomando en cuenta datos importantes como son: aspecto de la piel, (petequias), color de los ojos, estado y color de las encías, los labios, los lechos de las uñas. Que nos pueden revelar enfermedades hepáticas, leucemia, anemias, algún tipo de púrpura y telangiectasia.

#### Pruebas de laboratorio.

Cuando se ha realizado una historia clínica y una evaluación física en la cual se pone de manifiesto una proposición hemorrágica, se dispone de pruebas sencillas para descartar una situación hemorrágica posible e identificar a un paciente aprensivo e hipocondríaco que teme de algún problema hemorrágico.

Tomando en cuenta los mecanismos de la coagulación hemostasis, coagulación y lisis, se podrá seleccionar las pruebas a realizarse.

#### Hemostasis

1.- Tiempo de sangría (ivy)

Normal

1a 6 minutos

Prueba de lazo (rumpel-leado  
procedimiento en el consulto\_  
rio

menos de 10 petequias

Coagulación	Normal
1.- Tiempo de coagulación	20 a 45 minutos
2.- Tiempo de tromboplastina parcial activa	menos de 50 segundos

### Lisis

1.- Tiempo de lisis del coágulo de euglobulina	más de 90 minutos
--	-------------------

Con éstas pruebas se reconoceran el 95% de tendencias hemorrágicas y el paciente podrá ser atendido correctamente.

Para llevar a cabo un buen tratamiento, ante esta complicación, podemos clasificar la hemorragia en 2 tipos.

### Hemorragia en napa

Es cuando se presenta ya sea un traumatismo quirúrgico o de cualquier otro tipo, y también se puede presentar espontáneamente. Se caracteriza por un resumiendo de sangre, que proviene de capilares, arteriolas y vénulas. Por lo general, es moderada o leve sin presentar problemas a menos de que se prolongue mucho.

Su tratamiento se puede realizar de varias maneras:

- 1.- Se ejerce presión directa con una gasa provocando la hemostasis de los vasos sangrantes.

2.- Se puede utilizar algunas drogas hemostáticas como: - adrenalina al 1:1000 aplicada con torundas de algodón o gasa directamente en la lesión.

Solución de subsulfato férrico (solución de monsel) también de aplicación tópica.

Veneno de vibora Russell (presentación ampolleta de 5ml). de aplicación similar a las anteriores.

Gelfoam.- esponja de gelatina que se reabsorbe de la 4 a 6 semana y nos ayuda proporcionando una matriz de fibrina en la cual se forma el coágulo firme.

Oxycel.- (celulosa oxidasa) se reabsorbe a las 6 semanas libera ácido celulósico que tiene gran afinidad con la hemoglobina y da origen a un coágulo artificial.

Surgicel.- (celulosa oxidasa regenerada) teniendo mayor ventaja sobre la anterior ya que tiene mayor adherencia y mayor resistencia.

Electrocauterización.- en éste caso, se cauteriza directamente en los pequeños vasos sangrantes, lo que hace que coagule la sangre y las proteínas de la zona deteniendo así la hemorragia en sitios muy vascularizados.

Quando son lesionados los vasos mayores, tanto arterias como venas. Por lo general, rara vez aparece es pontánea.

La pérdida de sangre es siempre seria y puede ser muy peligrosa si no se atiende de inmediato.

En este caso, se puede atender ya sea por tratamiento general o local.

General.-

Plasma.- Siendo su principal fin el reestablecer la volemia en los casos de gran pérdida de sangre.

La aplicación de alguna droga por vía sistémica es esencialmente ante alguna alteración del organismo, la cual tendrá que ser específica a la alteración.

Tratamiento local.

Forcipresión.-

Es preciso reconocer los vasos sangrantes, se pinzan con unas pinzas de hemostasis, en muchas ocasiones éstas dejan de sangrar con la hemostasis ocasionada por la presión de las pinzas.

Ligadura de los vasos.-

Al localizar el vaso sangrante se disecciona, se hace forcipresión con dos pinzas hemostáticas a los lados de la lesión del vaso, se corta entre las dos pinzas, el ayudante sostiene las pinzas con la punta hacia arriba a efecto de que quede visible, el cirujano hace pasar catgut simple de 00 ó 000 alrededor de ellos y efectúa la ligadura. Después de que se hace la primera gasa del nudo se quitan las pinzas y entonces se concluye el nudo llano, al cortar el catgut se dejan muy cortos los cabos del nudo.

### Electrocauterización.-

Se toma el vaso con unas pinzas hemostáticas y se le toca con el instrumento eléctrico, de tal manera : - precipitan las proteínas en la herida y el vaso se ocluye por la acción del calor generado en la punta de las pinzas.

En ocasiones se puede aplicar la corriente coagulante a las mismas pinzas hemostáticas.

No se espera que la cauterización reemplace a la sutura en el caso de un vaso grande, pero sin embargo, hay ocasiones que el método es muy eficaz para controlar la hemorragia.

## 10.- Shock hipovolémico.

El shock hipovolémico requiere de tratamiento inmediato. La pérdida de sangre produce o intensifica el shock cuyos síntomas son: hipotensión arterial, pulso rápido y débil, respiración superficial, cianosis leve, y sudor frío con frialdad de la piel. El estado del paciente en estos casos es grave. Es indispensable mantener el volumen sanguíneo normal para obtener la perfusión tisular y orgánica normal, la presión osmótica, oxígeno, intercambio de  $\text{CO}_2$  y gasto cardiaco. Ya que es mucho más conveniente y simple prevenir el shock a tratarlo una vez comenzado.

Encontramos que el shock hipovolémico puede presentarse después de:

- a) Pérdida aguda de sangre
- b) Pérdida de plasma, agua y electrolitos
- c) Pérdida simple de agua y electrolitos

Estas causas suelen concurrir durante un procedimiento quirúrgico mayor, en consecuencia, como procedimiento de rutina se aconseja la infusión intravenosa de solución glucosada al 5%.

La reposición precisa del volumen sanguíneo es difícil de determinar, por lo tanto, se tomará como guías los antecedentes y las respuestas sintomáticas.

Otra complicación en el shock es, el paro cardíaco cuyo tratamiento vimos en el shock anafiláctico.

COMPLICACIONES  
IV.- INHERENTES A LA CIRUGIA

Posoperatorios.

## 1.- Dolor

Como consecuencia de cualquier agresión quirúrgica, el paciente puede experimentar algunos efectos indeseables, como es entre otros, el dolor.

Como ya mencionamos anteriormente, a consecuencia de las lesiones ocasionadas a terminales nerviosas, - músculos y órganos, se provoca el dolor, y este puede continuar hasta que termine la regeneración tisular.

El grado de dolor va relacionado directamente, - al grado de lesión y al grado de sensibilidad del paciente, lo cual el tratamiento también será en relación al - grado de dolor.

Básandose en una buena historia clínica se podrá administrar el analgésico de elección.

## 2.- Edema.

El edema posoperatorio está ocasionado por la -  
acumulación de fluidos tisulares, y es normal en un proced  
dimiento quirúrgico, el grado de edema va en relación a -  
la magnitud de la cirugía. Un excesivo edema posoperato-  
rio es ocasionado por:

Por encontrarse las suturas de la herida muy -  
apretadas, por el manejo brusco del colgajo, al filtrado-  
de sangre en la herida.

La sutura debe no ser muy apretada ya que nos -  
puede cortar los tejidos y provocar edema.

Para reducir el grado de edema se puede aplicar  
compresas con hielo.

El edema posoperatorio normal comienza a desapar  
recer aproximadamente a las 48 horas.

Cuando el edema es excesivo se pueden quitar alg  
unos puntos de sutura para disminuir la tensión en los -  
tejidos.

También nos podemos ayudar con la administra-  
ción de algún antihistamínico y antiinflamatorios que pued  
den ser a base de enzimas.

### 3.- Hemorragia.

La hemorragia posoperatoria es una complicación frecuente que puede afectar a la salud del paciente, y sobre todo cuando continúa por muchas horas.

La hemorragia excesiva disminuye las defensas - orgánicas del paciente, el cual se vuelve susceptible a - la infección.

La hemorragia secundaria puede ser una complicación muy grave.

Es necesario reconocer las diversas variedades de hemorragia; La arterial, produce un chorro intermitente de sangre de color rojo vivo; La hemorragia venosa se manifiesta por un chorro continuo de sangre color rojo - obscuro; La hemorragia capilar se caracteriza por escurrimiento continuo.

La hemorragia puede presentarse tan pronto llegue el paciente a su casa, o bien en el curso de la primera noche o varios días después de la operación. En el último caso es debido a infección o desprendimiento de tejido esfacelado.

Si antes de la intervención no se realizaron estudios de laboratorio, se determinarán, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, pruebas de torniquete, retracción de coágulo etc.

Basandonos en las pruebas, si está indicado el tratamiento medicamentoso general, se administrará por - Vía intravenosa, si fuera posible, para producir efectos -

rápidos. Si fue muy abundante la hemorragia, se hará una transfusión de sangre.

Se realiza una minuciosa exploración local, para averiguar las causas, que pueden ser, vasos traumatizados, o parcialmente divididos, aflojamiento de ligaduras, irritación causada por esquirlas, infección, o la operación quirúrgica ejecutada en tejido inflamado.

Se quitan todos los coágulos, que a menudo llenan la boca, para que se pueda examinar el sitio de la hemorragia, si esta procede de un alveolo, se taponará con gasa estéril impregnada de solución 1:1000 de epinefrina, luego de transcurrir unos minutos, se quitará la gasa y se determinará la clase de hemorragia y el sitio de donde procede. Si viene del tejido blando y es arterial, por lo general es necesario ligar los vasos sangrantes. En algunos casos se puede contener la hemorragia volviendo hacia afuera el tejido blando para hallar el punto sangrante. Otras veces es posible dar una sutura que abarque todo el espesor de la mucosa y hacer el nudo por fuera. Si la hemorragia viene del hueso del alveolo, se recomienda el taponamiento con espuma de fibrina y trombina o la inserción de conos de trombina y tirotricina. En ambos casos se sutura el borde de la herida tan apretados como sea posible, lo que a menudo se requiere recortar el borde alveolar en los lados externo e interno a efecto se que se puedan poner en contacto. Luego se introduce un tapón entre los maxilares para hacer presión.

Después de una hemorragia prolongada es posible que el paciente padezca desmayo, que el pulso se debilite y sea más rápido de lo normal y que haya descenso continuado de la tensión arterial. En estos casos se atenderán como ya vimos en el shock hipovolémico.

A toda persona que padezcan hemorragia secundaria se les dará reposo en cama y si es posible se internarán en el hospital. La posición sedante o recostada en cama con la cabeza levantada, ayuda a reducir la presión-sanguínea local.

No se dará ningún estimulante y se evitarán los enjuagues frecuentes en la boca. Son útiles las aplicaciones frías (bolsas de hielo) a la cara y al cuello. En los casos extremos, cuando continúa la hemorragia a pesar de todo cuanto se haga, quizá sea necesario ligar la carótida externa.

#### 4.- Hematoma.

Los hematomas que se producen después de realizar alguna operación en la cavidad oral, se absorben gradualmente, pero hay también la posibilidad de supuración si se introduce material infectado en esa zona.

Si el hematoma es el resultado de hemorragia arterial debajo del colgajo mucoperiostico, será necesario localizar la arteria y ligarla.

Una hemorragia difusa desde una herida, como la creada en la extracción de un tercer molar inferior, puede dar por resultado, un edema difuso en la región y lado de la lesión en vez de ser un tumor localizado.

El tratamiento será reposo, aplicaciones frías las primeras 24 horas y posteriormente compresas calientes húmedas para facilitar la absorción de la sangre, en algunos casos es conveniente la aplicación de antibióticos, con el fin de prevenir la infección, y en el caso de que ya exista ésta, combatirla.

## 5.- Infección.

La infección puede seguir a una intervención y puede no ser la causa el acto quirúrgico en sí, sino mala elección del momento para efectuarla, también podemos tomar en cuenta una mala atención posoperatoria, o malas medidas de higiene bucal.

El tratamiento a seguir es: Instrucción dietética; descanso, analgésicos y sedantes; incisión y drenaje tan pronto como sea posible y el empleo de antibióticos - de elección.

Cualquier infección que no ceda al tratamiento local, deberá ser considerada como potencialmente grave, ya que el progreso de la infección a través de los espacios faciales, así como por el drenaje linfático de la cabeza y cuello, nos pueden producir flemones submaxilares, angina de Ludwig, trombosis del seno cavernoso, mediastinitis. En estos casos el paciente tendrá que ser hospitalizado, de manera que se le pueda proporcionar el tratamiento de sostén que no se le podría dar en su domicilio ni en el consultorio.

## 6.- Trismus.

El trismus residual que sigue a un procedimiento quirúrgico, puede ser debido a la contracción del tejido por cicatrización o reflejar un espasmo muscular precipitado por un bajo grado de infección o inflamación en el tejido blando.

El impedimento mecánico de un edema posoperatorio o un hematoma en formación puede también contribuir a la restricción de apertura.

Una cicatriz en los tejidos, puede estar causando limitación de movimientos de la mandíbula que pueden requerir corrección quirúrgica.

El espasmo muscular usualmente puede ser corregido mediante medidas de conservación como son pequeñas ondas de diatermia, calor infrarojo, y la práctica continua de ejercicios de la mandíbula realizados por el paciente.

El trismus debido a un daño en la articulación puede ser tratado bajo fisioterapia y ejercicios regulares por parte del paciente, pero si una anquilosis completa sigue a la de una artritis traumática, tendrá que ser necesaria una condilectomía.

La articulación temporomandibular tiene un poder de recuperación notable y aún cuando ha sido inmovilizada deliberadamente por largos períodos por ejemplo por-

fractura ósea el movimiento completo mandibular es restablecido en cuanto la fijación sea retirada.

## 7.- Alveolo seco.

Existen muchos sinónimos de alveolo seco, como son: alveolitis, osteitis alveolar, alveolo necrótico, - síndrome osteomielítico posextracción; todos estos están encaminados a nombrar una situación posoperatoria en la - cual se encuentra el alveolo desprovisto de un coágulo - normal, intenso dolor, mal gusto u olor que emana del alveolo, y en ocasiones infección local.

Al no existir el coágulo normal, quedan expuestas al medio bucal las terminaciones nerviosas lo cual - produce un dolor de variable intensidad. Las bacterias - encuentran en esta situación un medio favorable de cultivo, lo cual nos provoca el mal olor y sabor instalándose así una infección local.

La prevención es la solución ideal a este problema, procurando vigilar la formación normal del coágulo sanguíneo, evitando enjuagues excesivos, y una alimentación no irritante, son las medidas que nos ayudaran a prevenir esta complicación.

Cuando se nos presenta un paciente con un alveolo seco, el tratamiento estará encaminado a evitar el dolor, y a estimular la reparación de la herida. Nosotros colocamos un tapón que contenga un analgésico y un anti-- séptico, previa limpieza con suero, irrigado en el alveolo, evitando el raspado que es descartado por provocar un traumatismo excesivo y no resolver nuestro problema.

Se puede colocar un apósito, procurando que solamente aisle el alveolo, de la cavidad bucal, esto es, - evitando que el apósito entre el alveolo, para que no in-

tervenga con el procedimiento de reparación..

Podemos repetir este procedimiento cada 3 ó 4 - días hasta lograr la recuperación completa del alveolo.

## 8.- Desprendimiento y/o necrosis del colgajo.

Esta complicación nos puede llevar al fracaso - de nuestro tratamiento.

Para mantener la vitalidad del colgajo debe impedirse la infección. Se recomienda los lavados frecuentes con solución salina tibia y un antiséptico o el empleo de pastillas de antibiótico. Debe evitarse todo tipo de succión, como usar popotes para beber, aspirar en una pipa, sonarse y todo lo que pueda causar presión positiva o negativa. Si la zona de procedencia ha sido cubierta con un apósito, se retira esta a los 3 ó 4 días, cuando el colgajo ha tenido posibilidades de curar y la zona donante se ha cubierto de granulaciones, las cuales se epitelizarán gradualmente.

Si el colgajo se desintegra, es por escaso riego sanguíneo a causa de lo inapropiado del diseño o por la excesiva tensión de los puntos de sutura.

Sin embargo, la causa más común de esto es la infección originada en la boca o procedente de la nariz o del seno maxilar.

## 9.- Fístula antrobuca.

Cuando ha existido una comunicación bucoantral y esta ha sido cerrada existiendo sinusitis crónica, se forma una fístula antrobuca por la cual drena el material purulento.

Una fístula no deberá cerrarse antes de haber curado la sinusitis existente y la infección del antro.

Esto suele lograrse mediante irrigaciones reiteradas del seno y la administración del antibiótico que corresponda.

En ocasiones esta medida no es suficiente por lo cual será necesario el tratamiento quirúrgico del seno para eliminar la infección.

Para el cierre de la fístula se realiza la excisión completa del epitelio que cubre la fístula.

Eliminamos todo el tejido necrótico. Los colgajos deberán ser diseñados de tal forma que aseguren nutrición adecuada.

Deberá haber una incisión limpia, precisa y deberá levantarse el colgajo periostico intacto, existir mínima tensión en los colgajos, procedimientos asépticos durante todo el curso de la cirugía.

Bajo estos procedimientos lograremos el cierre de la fístula sin complicación alguna.

## 10.- Parestesia, Hipoestasia.

La causa más común son los traumatismos de los nervios; pueden ser desgarrados, pellizcados, seccionados o infectados que nos provocan una sensación de adormecimiento en la zona de distribución del nervio lesionado.

En algunas ocasiones cuando se realizan determinadas técnicas quirúrgicas es inevitable la sección de nervios, por lo general se presenta ésta, en el dentario inferior, en enucleación de quistes, extirpación de tumores, osteotomía en acortamientos de mandíbula, hemirresección de la mandíbula, etc.

A menudo aunque hay anestesia de la zona de distribución del nervio afectado, el paciente siente ardor, hormigueo, sensaciones que no se originan en la zona que se perciben sino que se producen por irritación del nervio en el lugar de la lesión o un neuroma desarrollado en el cabo central del nervio seccionado.

El tratamiento va desde la administración de vitamina B difenilhidantoina (Dilantil) y carboinazepina (tegretol).

## 11.- Osteomielitis.

Es la infección de la médula ósea.

El procedimiento se extiende a lo largo de los espacios medulares y produce necrosis y destrucción de grandes cantidades de hueso.

De las causas nombraré únicamente las inherentes a técnicas quirúrgicas, ya que existen muchas más y no son complicaciones posoperatorias:

Cuerpos extraños en los tejidos, intervenciones quirúrgicas en casos agudos primarios, y que crean un mecanismo para la diseminación de la infección, (curetaje de alveolos infectados). Uso indiscriminado de las fre--sas quirúrgicas, que producen un sobrecalentamiento del hueso y la subsiguiente necrosis de la zona, daño en el periostio con la consiguiente infección.

En la etapa aguda hay dolor intenso, hipertermia e induración de los tejidos blandos adyacentes.

La osteomielitis ya no es tan frecuente como era antes de existir los antibióticos, sin embargo, aún se ven casos muy serios originados por gérmenes resistentes a los antibióticos.

El tratamiento se basa en procedimientos de incisión y drenaje, y en el cultivo y antibióticograma del material extraído, para realizar una buena antibioticoterapia.

En los casos crónicos se tendrá que extirpar el hueso necrótico y los tejidos blandos adyacentes. En casos muy serios la terapia se realizará con el paciente-

hospitalizado.

V.-

## CONCLUSIONES

Después de realizar un análisis de lo expuesto, podemos observar que tomando las medidas necesarias, en primer lugar el realizar una buena Historia Clínica que nos permite conocer el estado general del paciente, tanto física como emocionalmente, siendo el segundo tan importante como el primero, ya que el estado de estrés de un paciente, nos puede hacer fracazar un tratamiento en el cual se haya tenido todas las precauciones posibles, lo cual nos lleva a buscar una relación paciente-cirujano de confianza. Procurando tener un instrumental en perfectas condiciones de trabajo, así como un medio lo más aséptico posible, y hacer una revisión mental de la zona anatómica a intervenir, así como la técnica a realizar, llegaríamos a reducir considerablemente el número de casos en los cuales los pacientes se ven involucrados en una complicación quirúrgica.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- L. Kraeer Ferguson, Louis Kaplan  
"Surgery of the ambulatory Patient"  
J.B. Lippincott Company Fourth Edition  
Philadelphia and Toronto 1966  
pp - 63, 64.
- 2.- Kurt H. Thoma  
"Cirugía Bucal" Tomo I y II.  
UTEHA 2a Edición  
México 1955.
- 3.- Sterling V. Mead  
"La anestesia en Cirugía Dental"  
UTEHA 2a. Edición  
México 1957.
- 4.- Harry Archer  
"Cirugía Bucodental y Atlas detallado de Técnicas -  
Quirúrgicas"  
Editorial Mundi, 2a. Edición  
Buenos Aires, 1958  
Tomo I y II.
- 5.- Edward C. Hinds  
"Cirugía Oral en el Consultorio"  
Odontología Clínica de Norteamérica serie III  
Editorial Mundi  
Buenos Aires 1961  
Vol. 9.

- 6.- Leonard M. Monhein  
"Anestesia Local y Control del Dolor en la Práctica -  
Dental"  
Editorial Mundi  
Buenos Aires 1959.
- 7.- Daniel E. Waite  
"Cirugía Bucal Práctica"  
Compañía Editorial Continental, S.A.  
México 1978.
- 8.- Progresos en la Práctica Odontológica  
"Cirugía" Vol. II  
Editorial Mundi  
Buenos Aires 1957  
Serie VII.
- 9.- H.C. Killey; L.W. Kay  
"The Prevention of Complications in Dental Surgery"  
CHURCHILL LIVINGSTONE, Second Edition  
London and New York 1977.
- 10.- Frank, M. Mac Curthy  
"Emergencias en Odontología"  
Librería "El Ateneo" Editorial, 2a. Edición  
Argentina 1976.
- 11.- Arthur C. Guyton  
"Tratado de Fisiología Médica"  
Interamericana, 4a. Edición  
México 1974.
- 12.- Patricia Rebolledo Fonseca  
"Antro de Highmore"  
UNAM. 1976  
México.

 **Impresiones Lupita**

MEDICINA NO. 25  
FRACC. COPILCO UNIVERSIDAD  
CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.  
TEL. 540-40-70