

247 550



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN LAS
EXTRACCIONES DENTARIAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

HILDA LUZ MARTINEZ HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

- I **Introducción**
- II **Complicación de la Anestesia Local**
 - a) **Contaminación bacteriana de la aguja**
 - b) **Rotura de la aguja**
 - c) **Reacciones locales a tópicos y soluciones inyectables**
 - d) **Trismus y dolor**
 - e) **Dolor post-inyección**
 - f) **Hematoma**
 - g) **Parálisis facial**
 - h) **Isquemia en la piel de la cara**
 - i) **Infección en el lugar de la punción**
 - j) **Mordedura de los labios**
 - k) **Enfisema**
 - l) **Complicaciones sistémicas**
 - m) **Reacciones tóxicas**
 - n) **Reacciones psíquicas**
- III **Lesiones de los tejidos blandos**
 - a) **Desgarramiento de la mucosa gingival, lengua carrillos, labios etc.**
 - b) **Infecciones**
- IV **Lesión de los dientes**
 - a) **Lesión de los dientes adyacentes**
 - b) **Desalojamiento de obturaciones y prótesis vecinas**
 - c) **Lesión o extracción de los folículos permanentes**

- V Lesiones óseas
 - a) Fractura del alveólo
 - b) Fractura de la mandíbula
 - c) Luxación de la mandíbula
 - d) Perforación de las tablas vestibular o palatina

- VI Lesiones de los nervios
 - a) Lesión en el nervio mentoniano
 - b) Lesión en el nervio lingual
 - c) Lesión en el nervio nasopalatino

- VII Lesión de los vasos sanguíneos

- VIII Complicaciones Post-operatorias
 - a) Hemorragia
 - b) Dolor
 - c) Fiebre
 - d) Alveolítis
 - e) Periostitis
 - f) Osteomielitis
 - g) Adenitis
 - h) Edema
 - i) Absceso
 - j) Septicemia
 - k) Sinusitis
 - l) Tétanos
 - m) Angina de Ludwig

- IX Conclusiones

- X Bibliografía

INTRODUCCION

Presento un breve resumen de los accidentes y complicaciones, que en la práctica odontológica pueden presentarse en el momento de realizar una intervención quirúrgica o cualquier otro tratamiento.

Con el fin de elaborar un trabajo que sirva de guía en la práctica de mi profesión así como también conocer la actitud que se debe asumir ante estas complicaciones y accidentes post-operatorios; la forma de prevenirlos y la conducta a seguir .

Enumero las complicaciones y el breve tratamiento para cada una de ellas. Y así poder transmitir la importancia que reviste un buen estudio del paciente, y la capacidad tanto teórica como práctica para llevar a cabo ciertos tratamientos sin poner en peligro el mismo.

Explicaré en forma ordenada no todos los problemas que pueden surgir durante la exodoncia y la cirugía bucal pero si las emergencias quirúrgicas que se encuentran con mayor frecuencia.

En la práctica odontológica muchas de estas emergencias y complicaciones carecen de importancia, pero otras pueden tener consecuencias muy graves.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

CONTAMINACION BACTERIANA DE LA AGUJA

Esta complicación es debida a la incorrecta esterilización de las agujas y al manejo inadecuado por parte del odontólogo o de sus auxiliares en el cuidado de las soluciones antisépticas provocando depósitos de productos en las mismas.

Otro factor de contaminación tenemos la mala utilización de los procedimientos de esterilización con vapores químicos.

Para evitar este problema es recomendable usar agujas desechables, y que la persona encargada en la esterilización de el instrumental, deben tener el mayor cuidado posible, manejando correctamente las soluciones, y sumeramos a todo lo anterior el cuidado que debe tener el odontólogo en la aplicación de las inyecciones.

ROTURA DE LA AGUJA

El material con el que actualmente se fabrican las agujas hacen de este accidente poco común en nuestra práctica dental pero se puede presentar en el trabajo de las anestesijs troculares y en el uso de las agujas de sutura.

Este accidente de fractura de una aguja le puede ocurrir hasta el operador más experimentado.

Para prevenir este accidente es conveniente usar agu

jas nuevas, no oxidadas y de buen material.

Como el sitio de menor resistencia de la aguja en el límite entre esta y el pabellón al cual está soldada, será, una buena práctica, usar agujas un poco más largas que lo necesario para llegar al lugar convenido teniendo por lo tanto la cánula fuera de los tejidos por el cual puede ser tomada para retirarse en caso de fractura.

Dos causas de la ruptura de la aguja son: El movimiento intempestivo de el paciente y la contracción del pterigoideo interno.

En este caso la infiltración a nivel del músculo estimula su contracción y como su fascia externa es rígida actúa como punto de apoyo para doblar y romper la aguja.

Tratamiento del accidente. - No debe de eliminarse la aguja en caso de que esta origine problemas posteriores se decidirá su eliminación.

Al extremo anterior de la aguja fracturada se traza una incisión vertical que llegue a el objeto y se disecan con un instrumento como los tejidos vecinos, cuidando que no penetre más la aguja rota. Localizando visiblemente el extremo anterior se toma con una pinza de Kocher y se le retira, tratandola de llevarla en dirección anterior, permitiendo que salga a través de la mucosa de la cara interna del maxilar.

Cuando aparece el extremo se toma este con otra pinza y se retira el cuerpo fracturado. La herida se cierra con dos puntos de seda ó nylon.

REACCIONES LOCALES A TOPICOS Y SOLUCIONES INYECTABLES

Esta reacción generalmente es provocada por una aplicación demasiado prolongada del tóxico anestésico, a veces se produce por hipersensibilidad de los tejidos .

Algunos de los anestésicos provocan alteraciones tóxicas pero transitorias en la piel que se manifiestan bajo la forma de una descamación epitelial .

Las reacciones tóxicas se acompañan con manifestaciones sistémicas cuando los fármacos o drogas son administrados en cantidades excesivas se absorben con demasiada rapidez .

Y aumenta cuando se administra rápidamente en un tejido muy vascularizado como es la boca.

La formación de pápulas y vesículas son síntomas de alergia local y una advertencia para cambiar anestésico de diferente grupo químico.

Como una nota podremos añadir que el odontólogo también puede producirse dermatitis de contacto.

TRISMUS Y DOLOR

Este accidente es común después de la punción de músculos y tendones y provocará una inmovilidad de los mismos acompañada de dolor. En parte este dolor se atribuye a la operación de la inyección pero que acompañada con una administración incorrecta de anestésicos complica más este problema.

Una complicación adicional también provocada por errores de técnica es la aparición de parestesias y neuritis con

secutivos a la punción accidental de un nervio.

El Tratamiento correcto del trismo y la neuritis es la irradiación infrarroja, la parestesia que puede acarrear la lesión del nervio desaparece en pocas semanas.

DOLOR POST -INYECCION

Este dolor se debe a las aplicaciones de inyecciones con aguja sin filo que desgarran los tejidos, y la introducción de las soluciones anestésicas que son aplicadas o muy calientes o muy frías o demasiado rápidas.

El desgarre de los tejidos gingivales y sobre todo de periostio es causa de molestias post-operatorias.

HEMATOMAS

Ruptura accidental de un vaso que sucede, generalmente durante la anestesia.

Es común en la arteria alveolar superior, y en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios o mentoniano. Sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo.

Causa dolor y tumefacción.

El tratamiento de un hematoma en la región de la tuberosidad maxilar se realiza comprimiendo con gasa en el vestíbulo, para controlar la hemorragia y ejerciendo presión e tracción sobre la zona tumefacta.

PARALISIS FACIAL

Se llama parálisis cuando un nervio motor queda completamente privado de la función.

Este accidente se nos presenta en la anestesia trocualar del nervio dentario inferior ; cuando se ha llevado la aguja por atrás de la glándula parótida.

Los síntomas son parecidos a la parálisis de Bell: Caída del parpado e incapacidad de oclusión ocular y proyección hacia arriba del globo ocular y la caída y la desviación de los labios.

El odontólogo es el primero en observarlo y aunque el paciente no se da cuenta, no deja de ser un accidente alarmante. La parálisis afortunadamente es temporal y dura el tiempo que persiste la anestesia .

No necesita ningún tipo de tratamiento.

ISQUEMIA EN LA PIEL DE LA CARA

En ocasiones es posible que en el momento de anestesiar, se marque sobre la piel de la cara del paciente, zonas de intensa palidez, debido a la isquemia sobre esta región.

La isquemia es ocasionada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina, en la luz de una vena ocasionando vasoconstricción.

No requiere de tratamiento.

INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN

Como mencionamos anteriormente uno de los factores - que intervienen provocando problemas serios infecciosos es la falta de esterilización de la aguja, o en el sitio de la punción. Cuando se presenta pericoronitis con exudado purulento en la - superficie lingual de un tercer molar inferior, parte de el material purulento puede forzarse por medio de la inyección a los tejidos más profundos, por lo que está contraindicada la anestesia de esta área.

El odontólogo debe examinar escrupulosamente el aspecto lingual de la mandíbula, al igual que el vestibular, en - busca de síntomas de absceso.

Síntomas de la infección

- 1.- Trismo, parcial o completo
- 2.- Dolor
- 3.- Elevación intermitente de la temperatura
- 4.- Diversos grados de tumefacción, según la duración de la infección.
- 5.- Somnolencia
- 6.- Disfagia (Dificultad a la deglución)

El pronóstico es favorable en la mayoría de los casos, mientras el tratamiento sea pronto y eficaz.

MORDEDURA DE LOS LABIOS

Este tipo de complicación es común en los niños ; el uso de los anestésicos de acción prolongada después de una intervención.

Es conveniente que el operador use anestésico de acción prolongada premedicar a el paciente, si se considera que regresará a su casa antes que desaparezca el efecto de la inyección.

Si se utiliza anestésico de acción corta es conveniente colocarle a el paciente un trazo de gasa entre los labios y advertir a el acompañante de los posibles riesgos.

ENFISEMA

Accidente poco común y consiste en la introducción de aire en los tejidos celulares subcutáneos de la cara.

Provoca un aspecto edematoso, a la palpación se obtiene una sensación crepitante debajo de la piel .

Este penetra por los mecanismos de la extracción, o bien directamente en la inyección con la jeringa.

Los principales síntomas del enfisema traumático son: aparición rápida, el aumento de volumen en la región, la crepitación gaseosa y la consistencia remitente.

No necesita tratamiento.

COMPLICACIONES SISTEMICAS:

Reacciones alergicas.- Es la manifestación más grave por ser de evolución rápida que puede ocasionar hasta la muerte si no es atendido rápidamente. Afortunadamente es rara en la aplicación de anestésicos, pero no deja de ser una complicación peligrosa.

Los síntomas que presenta este colapso circulatorio son: Palidez, circulación inadecuada, pérdida del pulso, caída de la presión sanguínea.

TRATAMIENTO.- Se coloca al paciente boca arriba, se toma el pulso en la arteria carótida; si no es palpable se realiza masaje cardíaco. Se elevan los pies por encima del tórax del paciente para facilitar la circulación.

Se coloca vapores de amoníaco bajo la nariz de el paciente si no hay mejoría se recurre al oxígeno.

Si la presión sistólica es menor de 80 mmHg se administra adrenalina. En un adulto varía desde 0.3 ml al 1x1000(0.3) miligramos. Por vía subcutánea hasta 1 mg por vía intravenosa lenta. Después de inyectar adrenalina es útil administrar corticoesteroides que se recurre en segunda instancia por su acción inmediata. Corticoesteroides como Dexametasona(Decadrón) 4 a 20 mg, Hidrocortisona (Solu-cortril) 100-200 mg ó benadryl en dosis de 25-150 mg por vía intramuscular o endovenosa.

Los anéstesicos que se utilicen en tratamientos posteriores a un paciente que ha sufrido alergia tendrán que ser de estructura química distinta para prevenir y evitar esta complicación.

Reacciones Tóxicas.- Esta complicación es provocada cuando la droga es administrada en cantidades excesivas y se absorbe con gran rapidez y principalmente en tejidos muy vascularizados como es la región peribucal. P.ejem Si el dentista inyecta accidentalmente una ampollita de procaina por vía intravenosa en 5 seg la velocidad de absorción supera en 15 veces al máximo considerado como segundo y la droga se hace 200 veces más tóxica.

La aplicación tópica de anestésicos.- La aplicación ya sea en forma de pasta o vaporizador produce efectos similares a los de la inyección intravenosa.

La reacción tóxica se puede manifestar por fases sucesivas de estimulación, convulsiones y finalmente depresión.

Reacciones Psíquicas .- Estas reacciones son debidas en el consultorio en la mayoría de los pacientes por el stress emocional provocada por el dolor y la ansiedad. Generalmente el el dentista lo advierte observando los signos y síntomas que preceden inmediatamente al síncope.

Se denomina síncope a la pérdida transitoria de el Conocimiento causada por una reducción transitoria de el aporte sanguíneo a el cerebro, como consecuencia de una caída de la presión sanguínea.

Síntomas y signos del síncope

1. npranos :Palidez, salivación, náuseas a veces regurgitación -
transpiración.

Tardíos: Dilatación de las pupilas, bostezos, hiperpnea (respiración de profundidad anormal). Bradicardia (pulso lento) inconsciencia, movimientos convulsivos.

Recuperación. - Cefalea, debilidad, ansiedad confusión.

TRATAMIENTO. - Cuando el paciente presenta signos de síncope, el sillón debe colocarse de inmediato en posición horizontal con la cabeza algo más baja del cuerpo para aumentar la circulación cerebral, también nos ayudan las aplicaciones frías sobre la cara y la frente, o la inhalación de vapores de amoníaco.

Puede darse oxígeno si el paciente no responde en 2 o 3 min. Debe permanecer el paciente acostado hasta la recuperación completa.

Si no reacciona el paciente y no presenta pulso y respiración perceptible debe de iniciarse respiración de boca a boca con masaje cardíaco externo por existir el peligro de un paro cardiorrespiratorio.

Las crisis agudas de asma. - Son producidas por los anestésicos locales como consecuencia del stress emocional o de una reacción alérgica.

El tratamiento es adrenalina subcutánea o con aminofilina (Intramuscular o intravenosa) en inyección lenta.

La incidencia de Hepatitis Sérica. - Esta enfermedad es contagiada o transmitida en odontología únicamente por inyección parenteral de el virus. Es ocasionado por el uso de agujas y jeringas que no han sido esterilizadas en forma correcta.

Es aconsejable después de usar alguna aguja con un paciente con problemas hepáticos desechar la aguja.

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

DESGARRAMIENTO DE LA MUCOSA GINGIVAL, LENGUA, CARRILLOS - LABIOS ETC.

Accidente poco frecuente que se produce cuando el operador trabaja con brusquedad sin medida y sin criterio quirúrgico.

Después de extracciones laboriosas y fatigantes los instrumentos en ocasiones pueden deslizarse y herir la encía o las partes blandas vecinas. Después de terminar la extracción, las partes desgarradas serán cuidadosamente suturadas.

Las lesiones traumáticas de la comisura le sucederán herpes que son bastante frecuentes, en el curso de extracciones laboriosas.

La hemorragia que es de diferente magnitud dependiendo de la gravedad del desgarramiento y se controla ejerciendo compresión digital sobre un pedazo de gasa en la zona sangrante.

El restablecimiento de la mucosa lo lograremos con sutura eliminando cualquier espacio muerto. Generalmente se usan hilos absorbibles para suturar los vasos y cerrar las capas profundas, también es posible emplear hilos no absorbibles de algodón o seda que son tolerados por los tejidos de la boca.

INFECCIONES

El odontólogo debe de tomar las medidas necesarias - para evitar una infección secundaria.

La boca es una zona contaminada en donde se producen colonias de gérmenes dependiendo de la limpieza que tenga el paciente. Al producirse una herida debe de evitarse cualquier tipo de infección que siempre debe de tenerse en cuenta.

Las medidas preventivas comprenden :una esterilización de el instrumental riguroso .Limpieza minuciosa de la herida hemostasis completa y cierre apropiado.

Si la herida es superficial, los antibióticos no son necesarios. Están indicados cuando abarca heridas más profundas. Si las lesiones punzantes son producidas por objetos contaminantes capaces de introducir materiales sucios en la herida se debe de tomar medidas de protección contra el Clostridium Tetani.

LESIONES DE LOS DIENTES ADYACENTES

El mal uso de forceps o elevadores puede luxar, arrancar o fracturar las piezas adyacentes. Los movimientos que debe hacer el operador en una extracción se deben de realizar tratando de evitar lesionar los dientes vecinos y aflojarlos evitando toda presión sobre las piezas adyacentes, sacandolos de su posición habitual.

Si la fractura se presenta en fragmentos pequeños de la corona adyacente, se podrá pulir o restaurar. Cuando los fragmentos son grandes deberán cubrirse temporalmente, dejando para otra la oportunidad la restauración permanente .

Cuando la fractura afecta la pulpa se recomienda una pulpotomía o la endodoncia.

El tratamiento es dependiendo de la gravedad del traumatismo; cuando una pieza tiene movilidad mínima, el diente adquirirá nuevamente una buena adherencia. En cambio si la movilidad es severa se necesita estabilizarlo con una tablilla adecuada -

Si no encontramos que tenga funcionalidad o se encuentre afectado por algún proceso patológico se deberá extraer.

Cuando el diente adyacente es sano, se le repondrá inmediatamente con ayuda de un tratamiento endodóntico y la aplicación de tablillas para lograr la nueva readhesión.

DESALOJAMIENTO DE OBTURACIONES Y PROTESIS VECINAS

Esta complicación puede suceder en cualquier pieza de la boca por el uso inadecuado del forcep o elevadores.

En la pieza adyacente que sea lesionada por este de-

salojamiento, se le coloca una obturación temporaria. La restauración final se realizará posteriormente.

Se deberá evitar que las obturaciones rotas y cuerpos extraños se puedan caer el alveolo, para evitar problemas posteriores. No es necesario extraer fragmentos metálicos como amalgama de plata que aparezcan en radiografías de rutina en un hueso normal, pues al tratar de recobrarlos produciríamos problemas por lo demás traumático y destructivo.

LESION O EXTRACCION DE LOS FOLICULOS PERMANENTES

Al atender a niños principalmente entre la edad de 7 a 10 años si no se toman las medidas necesarias puede existir el peligro de lesionar o extraer los folículos permanentes.

Antes de hacer la extracción se calculará dependiendo de la edad del niño, la reabsorción de las raíces y prevenir este accidente .

La reabsorción de las raíces comienza para el incisivo central a los 4 años, para la lateral a los 5 años, para el canino a los 9 años, para la Primera molar temporal a los 7 años y para la 2a molar a los 8 años.

Es por lo que al hacer la extracción de una pieza temporal no hay que profundizar demasiado, los bocados del forcep que al estar reabsorvidos las raíces temporales llegan hasta el folículo lesionándolo y muchas veces llegar a extraerlo siendo una pérdida irreparable.

LESIONES OSEAS

FRACTURA DEL ALVEOLO

El hueso alveolar en ocasiones se fractura en extracciones en que las piezas a tratar están muy destruidas u osificadas y es necesario para facilitar la extracción hacerla por disección y evitar traumatismos en la luxación.

A veces al extraer la pieza dentaria se viene adheriendo a la raíz una porción de alveólo ya sea debido al aplicar una fuerza excesiva al hacer una extracción siendo la causa de un estado patológico, osteomielitis, sinusitis crónica en el maxilar superior.

Para evitar este foco patológico es conveniente remover todas las esquirlas que puedan quedar y establecer una canalización por medio de una gasa en forma de acordeón para facilitar su extracción.

Estas esquirlas son importantísimas su extracción, pues se necrosan y no cesa el padecimiento hasta que se expulsan totalmente.

Cuando el hueso se fractura y sale con el diente, el que se queda en la maxila se presenta como una superficie áspera y dentellada. En estas circunstancias se debe despegar una pequeña banda de periostio para ganar acceso a la zona y suavizar o limar los bordes con el instrumento apropiado.

FRACTURA DE LA MANDIBULA

La fractura de la mandíbula es una complicación rara aunque no excepcional. Se le debe considerar como riesgo natural de la exodoncia. El hecho de ocurrir no implica necesaria -

mente negligencia por parte del Cirujano Dentista.

Se le puede considerar común en personas de edad, cuando los maxilares son delgados y atroficos pero puede ocurrir en cualquier tipo de paciente.

Es causado por el uso inadecuado de forceps. La fractura que se produce durante la extracción va acompañada por un crujido audible y de movilidad anormal en la zona lesionada.

Si el diente se mantiene firmemente adherido al hueso; se deja a un lado la extracción y se tratará la fractura.

Para evitar este problema se deben de tomar en cuenta los principios quirúrgicos establecidos; abriendo una vía adecuada, que permita un acceso sin obstáculos y controlando la fuerza que se ha de emplear.

Las causas que predisponen a las fracturas se presentan en la extracción de los terceros molares incluidos, pues ocasionan un punto de menor resistencia en la zona al hacer una palanca excesiva, se puede producir la fractura en la rama ascendente .

Los puntos más debiles en que se ocasionan las fracturas de la mandíbula son: A nivel del agujero mentoniano, en el cuerpo maxilar y en la rama ascendente del mismo.

También aunque raras veces al nivel del cuello del cóndilo y apofisis coronoides.

LUXACION DE LA MANDIBULA

Es la dislocación parcial o total del cóndilo de la fosa mandibular, esta puede ser anterior, superior, posterior y lateral. La que se presenta más frecuentemente es la anterior y puede complicarse con fractura.

Causas de la luxación del cóndilo.- Abertura exagerada de la boca, como sucede al bostezar, al reirme al vomitar, durante una operación dental, al introducir el abre bocas, o por un traumatismo.

La luxación se produce generalmente completa y bilateral, la luxación unilateral es rara.

Síntomas de la luxación bilateral.- La boca esta ampliamente abierta y no se puede cerrar, la barbilla sobresaliente y el enfermo tiene dificultad de hablar.

Puede ser dolorosa o indolora, en la dislocación unilateral :el mentón se desvia hacia el lado contrario de la luxación. La luxación superior se conoce en la recesión de barbilla, algunas veces hay hemorragia. El cóndilo se palpa en posición anormal y en una radiografía muestra la desviación.

En la luxación posterior unilateral la barbilla esta desviada hacia el mismo lado.

Luxación lateral.- Se puede ver y palpar el cóndilo afuera de su posición normal.

La luxación Temporomandibular.-Se presenta con más frecuencia en los casos en que se somete al paciente a anestesia general ya que se provoca relajación muscular.

PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR O PALATINA

En el curso de una extracción en piezas postero-superiores como premolar o molar superior; una raíz vestibular ó palatina puede atravesar las tablas óseas ya sea por debilitamiento del hueso a causa de un proceso previo o esfuerzos mecánicos ; el caso es que la raíz se halla en un momento dado debajo de la fibromucosa, entre esta y el hueso, en cualquiera de las dos caras, vestibular o palatina.

La búsqueda y extracción de tales raíces por vía alveolar es generalmente engorrosa . Resulta menos problemática y más sencilla práctica una pequeña incisión en el vestíbulo o en el paladar . Y previa separación de los colgajos, por esta vía se extraen las raíces .

Un punto de sutura cierra los bordes de la herida.

LESIONES DE NERVIOS O DE VASOS SANGUINEOS

El uso imprudente de el instrumental de exodoncia en las intervenciones quirúrgicas pueden lesionar los nervios de la cara y de la cavidad bucal.

Los nervios maxilar inferior y mentoniano son los pero puede ocurrir en ocasiones en el nervio lingual.

Algunos de estos accidentes pueden ser inevitables, mientras que otros pueden prevenirse usando técnicas cuidadosas. En las extracciones de los terceros molares; algunas veces las raíces pueden desarrollarse y crecer alrededor del nervio maxilar inferior de tal manera que puede resultar dañado durante las técnicas de la extracción.

Para prevenir este accidente las radiografías previas a una extracción nos ayudan enormemente para demostrar las relaciones entre el nervio maxilar inferior y las estructuras adyacentes y evitar consecuencias lamantables como, la parestesia . En la mayoría de los casos de lesión de nervio mandibular no es seria ya que por lo general se regenera y los síntomas desaparecen en un lapso que varía entre 6 semanas y 6 meses .

Si la alteración continúa por más tiempo, un examen cuidadoso podrá demostrar el desplazamiento de las paredes óseas del surco mandibular, que comprime al nervio en su trayecto. En este caso la extirpación del hueso permite decomprimir el nervio, facilitar su regeneración y recuperar la sensibilidad perdida.

LESION EN EL NERVIO MENTONIANO

Esta lesión es ocasionada como se mencionó anteriormente por el uso imprudente de instrumentos próximas a la región del agujero mentoniano. Esto se debe de tomar en cuenta - cuando se planean operaciones a nivel de las bicúspides de la mandíbula.

Cuando es necesario separar colgajo de tejido blando el odontólogo procurará que el nervio mentoniano quede incluido en ellos. Porque si este método puede causar una pérdida de sensibilidad esta es habitualmente transitoria y se normaliza en poco tiempo si se corta el nervio mentoniano las probabilidades de recuperación son remotas.

LESION EN EL NERVIO LINGUAL

Este nervio puede ser dañado durante las intervenciones a nivel de tercer molar inferior o de la glándula submaxilar. Este nervio se localiza justo por debajo de la mucosa del piso de la boca, inmediatamente por dentro del tercer molar inferior.

Cuando el accidente es por traumatismo se regenera pero las posibilidades son pocas, si la sección ha sido completa a menos que se consiga suturar sus extremos.

LESION DEL NERVIO NASOPALATINO

Este tipo de lesión no tiene importancia y no altera la sensibilidad. Ciertas operaciones de extracción de dientes impactados en el paladar y de quistes de los incisivos, requieren a menudo la avulsión de dichos nervios, y los pacientes rara vez se quejan de pérdidas de sensibilidad.

LESION DE LOS VASOS SANGUINEOS

Emergencias frecuentes que se nos presentan en las intervenciones quirúrgicas.

La hemostasis puede efectuarse espontáneamente, cuando la hemorragia proviene de vasos pequeños que se obliteran al retraerse , o por acción del coágulo que obra de manera de tapón cerrando su luz siempre y cuando el tiempo de coagulación sea normal.

Pues si es lo contrario se recurrirá a medios terapéuticos modificadores del factor que impide la coagulación.

Si la hemorragia se origina por la sección de vasos de mayor calibre, la hemostasis no se efectúa espontáneamente y por lo tanto tendrá que ser logrado mediante el empleo de diversos procedimientos de acuerdo con la intensidad de la hemorragia; tales procedimientos pueden utilizar medios químicos biológicos o físicos.

Los Medicos Químicos..- Basado en el empleo de fármacos químicos llamados hemostáticos que se clasifican en: Coagulantes y vasoconstrictores.

Los primeros favorecen la formación y retracción del coágulo entre estos encontramos Percloruro de hierro, el ácido oxálico, el ácido tánico etc.

Los segundos disminuyen la luz de los vasos y favorecen su obliteración entre ellos pueden citar: la adrenalina, la epinefrina, la antipirina etc.

Los Medios Físicos .- Son los más importantes y los más empleados. La aplicación de bajas temperaturas provoca la vasoconstricción y es por esto que se utiliza como un medio - hemostático. También el termocauterio, la electrocoagulación y - la electrodesecación son medios físicos en los cuales se aprovechan las altas temperaturas.

La presión es el principal agente físico el cual - utiliza la técnica quirúrgica para lograr la hemostasis se - puede realizar por compresión digital directa sobre la herida o en el trayecto del vaso que sangra o bien mediante el empleo del torniquete, del garrote hemostático.

El taponamiento es otra forma de aplicar presión - sobre las paredes vasculares con fines hemostáticos, y en ella frecuentemente se asocia a la acción mecánica la de un agente químico o biológico.

Estos medios son considerados como de emergencia y de hemostasis temporal.

La forma definitiva y propiamente quirúrgica de conseguir la hemostasis es por medio de la ligadura del vaso que sangra y sólo en casos muy especiales, como en las hemorragias en capa, se aplica la presión directa para cohibirla.

HEMORRAGIA

Consideraremos a la hemorragia como accidente pos-- extracción que puede ser inmediata o mediata.

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

Las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, focos de osteítis, pólipos gingivales, lesiones gingivales ocasionados por paradentosis, gingivitis, lesiones gingivales ocasionados por paradentosis, herida y desgarros de la encía, esquirlas o trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival. En ocasiones, es un grueso tronco óseo arterial que sangra o la hemorragia se debe a los múltiples vasos capilares lesionado por operación .

El tratamiento de esta hemorragia inmediata se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante , (pólipo, osteítis, granuloma, trozo de hueso).

La extirpación se hace con cucharilla filosa cuando el foco es gingival. Un taponamiento y compresión del alveolo-sangrante, dará cuenta de la hemorragia.

Un taponamiento es un metodo preciso ;se realiza con un trozo de gasa(yodoformada o xeroformada).Que se puede usar impregnada de medicamentos hemostaticos, tales como el agua oxigenada, adrenalina, sueros, tromboplastina, percloruro de hierro.

(no se debe aplicar este último en la proximidad de grandes vasos).

El tapón se coloca dentro del alveólo que sangra permitiendo que su extremo libre cubra el alveólo. Sobre el se aplica un trozo de gasa proporcional al sitio en que se actúa, es mordido por el paciente que mantiene de este modo el taponamiento durante un tiempo variable (15 min. a 1/2 hora). El trozo de gasa de la superficie se retira con las precauciones debidas; si la hemorragia ha cesado puede retirarse el paciente, con tapón medicamentoso dentro del alveólo.

La Hemorragia Mediata.— Si la hemorragia se produce varias horas después de realizada la extracción se procede como sigue:

Se realiza un enjuagatorio con una solución de agua oxigenada tibia con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar de la operación. Se seca cuidadosamente la región con una torunda de gasa.

Si el vaso sangrante es gingival puede practicarse la hemostasis aplicando el galvanocauterio. Cuando la hemorragia es profunda el taponamiento de la cavidad se realiza con una tira de gasa con medicamentos. Sobre este tapón se realiza la compresión con otra gasa, todo bajo la mordida de el paciente.

En casos de persistencia de la hemorragia a pesar de los tratamientos locales habrá que recurrir a medicamentos generales como la transfusión sanguínea, las inyecciones de sustancias que aceleran la coagulación. Medicamentos como la Vit. k coaguleno sueros de caballo etc.

DOLOR

La responsabilidad de más importancia que tiene el odontólogo es el de mitigar el dolor.

El dolor después de la extracción puede estar causa da por una infección previa del área o por trauma operatorio.

El dolor tardío es síntoma de una infección o de una alveolitis. Los factores psicológicos pueden influir considera blemente sobre el dolor como la causalgia que es una forma de neuralgia que puede aparecer de 2 a 3 semanas después de hecha la extracción caracterizada por dolor quemante y pulsátil sen sación de pinchazo, acompañado de hiperestesia general y nervio sismo. En este caso el tratamiento conveniente es evitar las situaciones de stress.

Tratamiento.- Es aliviar el dolor que es uno de los grandes objetivos de el arte de curar. Las drogas calmantes del dolor son los analgésicos.

PIEBRE

Posteriormente a una extracción en ocasiones puede presentar fiebre. Se presentan 2 tipos: La producida por infección local y la fiebre aséptica.

Principalmente los individuos debilitados son los más sensibles a presentar las reacciones.

Aunque el tratamiento haya sido insignificante la temperatura se eleva 5 décimos de grado a 1 grado sobre lo nor mal y desaparece de las 24 a las 48 horas espontáneamente . Así mismo en individuos en quienes hemos przacticado varias ●

tracciones en una sola sesión aunque no sean débiles se presenta bacteremia ocasionada por las eliminaciones de sustancias que han liberado los tejidos lesionados o traumatizados, como la anterior cesa sin ninguna intervención disminuyendo poco a poco a medida que el proceso de cicatrización avanza.

Esta elevación térmica constante y poco elevada se acompañan de dolores en el sitio de nuestra intervención, dolores que son debidos al traumatismo ocasionado.

ALVEOLITIS

Llamado también osteítis alveolar, alveólo seco, alveolo necrótico .

Definición.- Estado post-operatorio doloroso causado por la pérdida del coágulo sanguíneo que hace las veces de barrera protectora del tejido óseo subyacente. Al no presentarse el coágulo, sus terminaciones nerviosas quedan expuestas en la cavidad bucal, originando un dolor extremadamente agudo.

La alveolítis esta caracterizada por la descomposición pútrida del coágulo, encontrando las paredes alveolares sin tejido de granulación, sensibles al tacto, no hay supuración pero si un olor fétido característico.

Los síntomas se presentan del segundo o al tercer día, persistiendo algunas veces hasta 30 días.

La alveolítis es una complicación post-operatoria muy común y molesta, afortunadamente podemos evitarlo procurando realizar nuestra operación con toda la precaución y la limpieza posible.

Las medidas preventivas que evitan la alveolítis son: Inserción de conos antibióticos o quimioterapéuticos en el alveolo, la perforación del hueso cortical que rodea el alveolo para tratar de lograr un sangrado más adecuado, un tratamiento de apoyo general vitamoterapia, antibioticoterapia sistémica etc. Pero a pesar de todo aún ocurren casos de alveolítis que deben tratarse para aliviar al paciente de el persistente dolor.

Tratamiento.- El tratamiento está encaminado a aliviar el dolor y estimulación a la reparación de la herida de la extracción.

El tratamiento consiste en limpiar el alveólo para que no queden restos del coágulo desintegrado para que la medicación que es un tapón con analgésico para quitar el dolor y quede en contacto con el hueso. El tapón también contiene un antiséptico que combate la infección que pudiera haber.

El tapón deberá aliviar el dolor en contados minutos y mantener comodo al paciente más de 24 horas. Este mismo se cambiará cada 2,3 ó 4 días; pues si se cambia diariamente, el manipuleo impide la proliferación de tejidos de reparación y prolonga la recuperación.

El tapón que satisfaga estas normas esta preparada con los siguientes medicamentos:

Eugenol	46	%
Balsamo de Perú	46	%
Clorobutanol	4	%
Benzocaina	4	%

La medicación se aplica sobre yodoformo o gasa común. Hay que volver a rellenar el alveólo con toda la frecuencia que sea necesaria hasta que el hueso quede cubierto por los tejidos de reparación que proliferan sobre él.-

PERIOSTITIS

Es un estado inflamatorio piógeno del periostio. Esta 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 observa la presencia de osteoblastos y osteoclastos.

La periostitis primaria.-Es muy rara y se presenta algunas veces como resultado de lesiones traumáticas, tales como contusiones, heridas, fracturas, etc.; sin embargo se presenta como frecuencia asociadas con la osteítis, osteomielitis de origen piógeno, a la tuberculosis o la sífilis, la invasión del periostio puede producirse por extensión del proceso infeccioso desde los tejidos adyacentes, o por vía hematológica.

Periostitis Aguda.- La variedad más sencilla de periostitis es la exudación aguda, que se observa a veces en adultos o en niños débiles o mal nutridos y que se presenta como consecuencia de lesiones leves. El dolor localizado en el borde inferior de la mandíbula o en la cara externa del maxilar, que sobrevive al traumatismo, con frecuencia no es sino una periostitis moderada la cual desaparece sin producir mayores trastornos. La periostitis aguda puede ser localizada o difusa, siendo más frecuente la primera, las alteraciones patológicas varían según si la infección es séptica o aséptica.

Periostitis Traumática aséptica .- Presenta hipere-
mia e inflamación en el periostio y la resolución es rápida.
Algunas veces al estado agudo le sucede la periostitis cróni-
ca, que se caracteriza por la formación de nuevo tejido óseo .

Periostitis séptica.- Da por resultado la inflama-
ción y la necrosis. El periostio se desprende del hueso en el
área afectada, se vuelve más delgada y finalmente cede, dando sa-
lida a la secreción purulenta. Si la evacuación de pus se hace
oportunamente por medio de una incisión, sólo se producirá una
necrosis moderada, sin formación de sequestro, el cual se forma
cuando hay una gran destrucción de tejido. A la extirpación --
del sequestro sobreviene la granulación y osteogénesis.

Periostitis Crónica.- Hay cuatro clases de periosti-
tis crónica; la fibrosa, la osificante, la sifilítica y la tuber-
culosa.

La periostitis crónica puede suceder al estado agudo
producido por alguna lesión traumática y en este caso se ca-
racteriza por la formación de nuevo tejido óseo. Algunas veces
la celulitis aguda rebelde al tratamiento se vuelve crónica ,
en virtud de existir un estado piógeno cerca del periostio,
que ha tenido una larga duración, estableciéndose entonces la-
periostitis crónica.

En algunos enfermos que presentan síntomas de infla-
mación crónica supurativa, en los cuales no se descubre ningún
estado patológico en la radiografía.

El Diagnóstico se basa en la anamnesis y en la evolu-
ción de la enfermedad.

Por lo general la periostitis crónica puede ser diagnosticada por la irregularidad del periostio que se observa en la radiografía y que consiste en el abultamiento del hueso o - una línea irregular del borde perióstico.

Prógnosis.- Casi siempre favorable.

Tratamiento.- El descanso y las aplicaciones húmedas en la parte lesionada suelen ser suficientes en la periostitis simple.

Si hay infección deberá hacerse el drenaje por incisión deberá eliminarse los cuerpos extraños si los hay.

OSTEOMIELITIS

Es una inflamación piógena de la médula ósea, puede ocurrir en forma aguda o crónica.

Los microorganismos que producen esta enfermedad son: Estafilococos, estreptococos, el neumococo y rara vez el bacilo - communis.

La osteomielitis lo puede presentar tanto en personas que gozan de aparente buena salud y sin que hayan tenido ninguna lesión traumática, ya que los microorganismos pueden penetrar en el torrente circulatorio por medio de las amígdalas del oído medio, de los senos nasales accesorios de los dientes o por los aparatos respiratorio digestivo o genitourinario.

En algunos casos comienza la enfermedad después de una contusión o de cualquier otra lesión traumática.

Las bacterias pueden penetrar por una herida como en las fracturas complicadas o bien extenderse la infección desde los tejidos contiguos, o por el torrente sanguíneo. Las infecciones localizadas que suceden a los abscesos alveolares o las lesiones traumáticas del hueso con frecuencia ocasionan una osteomielitis. También es provocada por medio de una inyección de anestésico durante el período de una inflamación aguda.

La osteomielitis de los maxilares es un padecimiento que ataca generalmente a las personas cuya edad oscila entre los 20 y 30 años y en mayor proporción al sexo masculino - que femenino también se desarrolla en la infancia.

Las vías de infección pueden ser por una extracción aguda, en este caso el peligro se inicia desde la infiltración de cualquier líquido anestésico, la paradentosis, cuando en las

extracciones se deja una raíz por un período más o menos largo se desarrolla la osteomielitis crónica por vía sanguínea.

Síntomas de la osteomielitis.- Comienzan con vivos dolores en el punto de origen, dolores que no ceden a los analgésicos común y corrientes y que influyen en el estado general, aumenta considerablemente la secreción salival, se dificulta la movilidad del maxilar, la sensibilidad de los dientes se exacerba especialmente a; la presión, movilidad de los dientes cercanos, la temperatura aumenta en las noches y se presenta formación de fistulas.

Inflamación de la cara que impide abrir la boca, dolor a la presión tumefacción y supuración.

La osteomielitis no es tan frecuente como en la era preantibiótica. Sin embargo aún hoy se encuentran casos muy serios que son originados por gérmenes resistentes a los antibióticos.

Tratamiento.- Basado en procedimientos de incisión y drenaje y en el cultivo y antibiograma del material extraído

Durante la fase crónica puede acelerarse la curación extirpando el hueso necrótico y los tejidos blandos adyacentes

En casos serios la terapéutica se realiza con el paciente hospitalizado.

ADENITIS

Es una inflamación de tejido linfoideo, al penetrar a las vías linfáticas los gérmenes infecciosos, se encuentran en los ganglios que son verdaderas barreras que impiden el paso de estos gérmenes quedando la infección en la zona ganglionar.

Generalmente se va a producir el infarto en el ganglio o grupo ganglionar donde desembocan las ramas eferentes de la región.

Se presenta el ganglio duro, doloroso al tacto y aumento de volumen, si la resistencia no es suficiente para atacar a la infección el ganglio se reblandece y comienza a supurar, por consecuencia aumentando el dolor y la tumefacción.

La supuración se puede extender trayendo a consecuencia ulceración y perforación de órganos vecinos.

En el período agudo está indicada la intervención quirúrgica se debe administrar al paciente antibiótico, sólo hasta que comience la supuración se deberá desbridar de lo contrario, implica un grave peligro.

Se ayuda la desbridación con curaciones revulsivas y antiflogísticas y aumentar las defensas generales.

EDEMA

Se define como la infiltración de un líquido o sero en el tejido subcutáneo. En ocasiones después de una extracción y sin previo aviso, no reacción glandular, se inflama la cara del paciente en forma alarmante, la piel se pone tensa y

brillante, primero se edematiza el párpado inferior, después el superior, en ciertos casos sucede lo mismo con el lado opuesto y llega a ocultar el ojo.

El proceso se resuelve a menudo en un período de 48 a 72 horas pero puede suceder que el edema evolucione hacia el flegmón.

ABSCESO

Los abscesos son otra complicación de la extracción dentaria los abscesos pueden situarse en lugares distintos, ya sea en el maxilar superior o en la mandíbula; pueden ser abscesos mucosos, gingivales o cutáneos o subperiosticos, según fistulicen sobre la encía o sobre la piel.

En el maxilar se forman abscesos palatinos y del seno maxilar y en la mandíbula se forman abscesos en el piso de la boca, submaxilares o submentonianos pudiendo ser benignos o graves como el flegmón séptico.

Los abscesos se dividen en: Submucosos o subperiósticos, dependiendo esta clasificación del lugar donde se encuentre el pus, en el primero la infección parte del borde libre de la encía, propagándose a la mucosa y respetando los tejidos óseos, alveolar y el periostio, siendo la mucosa la única que separa el pus de estos abscesos.

La colección purulenta en el absceso subperióstico se encuentra en la cara profunda del periostio, alveolar y la mucosa, y el periostio separa el pus del exterior.

Tratamiento.- La incisión y el drenaje constituyen el tratamiento para la infección purulenta odontógena.

Cuando el absceso no ha penetrado el hueso, la administración continua de antibióticos combinada con la extracción del diente enfermo y seguida por la irrigación diaria y el drenaje del alveólo suelen detener el proceso. En casos en que han progresado más es necesaria la incisión del absceso.

SEPTICEMIA

Es una infección febril caracterizada por la presencia de bacterias o de sus toxinas en la sangre, se presenta como complicación de varios de los accidentes descritos anteriormente .

La septicemia puede durar varios días o meses y llegar también a la etapa llamada culminante que nos provoca un desenlace fatal.

Síntomas.- Principia por un fuerte calosfrío o por varios pequeños, la temperatura se eleva y se mantiene entre 39.5 y 40.5 grados, durante 5 a 20 días y aún más, la forma de fiebre es remitente, hay postración, indiferencia, delirio nocturno, lengua seca y terrosa, orinas escasas concentradas, y a veces con albúmina, vómito, infarto del vaso y estado de coma.

SINUSITIS

Complicación provocada por una infección o inflamación de la mucosa que tapiza el seno maxilar como consecuencia al hacer extracción de los caninos, premolares y molares superiores en el que tengan en una de sus raíces un quiste radicular, no es raro que con la pieza venga adherido un fragmento de la lámina ósea y aún una porción de mucosa que recubra el quiste y que corresponda al piso del seno, dejando una entrada a los gérmenes.

En otros casos no es necesario que la pieza por extraer tenga un quiste, la longitud de sus raíces y sobre todo la palatina, hace que estas estén alojadas dentro del antro y recubiertas sólo por la mucosa, al hacer la extracción como en el caso anterior, queda una comunicación con la cavidad bucal, comunicación que puede obturarse por medio de los alimentos, convirtiéndose en una cavidad cerrada, aumentando la virulencia de los gérmenes que se propagan al seno depositando ahí sus gérmenes, cuando las raíces de que se trata corresponde a una caries de cuarto grado. Otra causa pueden ser los traumatismos golpes en la maxila, en el que se rompa alguna de sus paredes penetrando por ahí la infección. Otras de las causas que pueden provocarla son, las complicaciones de una caries de cuarto grado en el primero y segundo premolar y en los molares superiores, una causa frecuente de infección pero que a menudo pasa inadvertida es la parodontoclasia crónica.

Sintomatología .- El paciente siente el carrillo - tenso, pesado el ojo, algunas veces doloroso, la región suborbitaria sensible a la presión, no tarda en aparecer la supuración, el enfermo siente que le escurre pus por la nariz y al sonarse o cambiar súbitamente de posición .Lo confirma saliendo un pus fétido y lo escupe con frecuencia, dolor intenso a la palpación a la altura del surco nasogeniano por el engrosamiento perióstico de la pared anterior del seno, el dolor es siempre agudo porque el estado inflamatorio produce lesión sobre los nervios.

En el estado crónico los síntomas pueden pasar inadvertidos por algún tiempo para el paciente, el síntoma patognómico puede ser la salida de colección purulenta del seno infectado, sobre todo cuando se encuentra en estado de reposo.

Por medio de un interrogatorio nos daremos cuenta si hay comunicación con el seno o no , con ayuda de los rayos x - y los métodos de laboratorio.

Se requiere muy poco tratamiento en el primer período, pues en ese tiempo la sinusitis tiende a resolverse favorablemente, cuando persiste se procederá al tratamiento quirúrgico, por lo pronto, se concretará a aliviar la sintomatología y evitar complicaciones . El dolor se alivia con sedantes , analgésicos y antibióticos.

TETANOS

Cuando al hacer una extracción hemos hecho una herida infractuosa y nuestro paciente es hombre de campo, o bien - trabajo en lugares poco salubres, en contacto con el polvo, podemos sospechar la aparición de tétanos, enfermedad producida por el basilo nicolaeir caracterizada por contracciones musculares y convulsiones que tienden a generalizarse y que pueden terminar con la vida del enfermo.

El tétanos representa entre las infecciones quirúrgicas el tipo de las enfermedades como intoxicación .

El básiilo tetánico segrega un veneno soluble que tiene acción selectiva sobre las células nerviosas.

Esta enfermedad puede presentarse en todos los períodos o fases de la herida, algunas veces se anuncia por prodromos muy vagos, cefalalgia, sensación dolorosa que irradia desde la herida hacia los centros nerviosos y una contractura limitada en el sitio de la herida.

Habitualmente el primer síntoma es el trismus de la mandíbula, luego rigidez de los músculos de la cara que hacen cambiar la fisonomía del enfermo y por último invade la rigidez la región dorsal y la lumbar de manera que el cuerpo se pone en tensión forzada y en el momento de la crisis de la primera vertebra se le ve encorvarse en arco, apoyándose en la cama por los talones y la cabeza.

Por fortuna con los medios de la antisepsia moderna y la práctica del suero preventivo el tétanos quirúrgico es una complicación cada vez más excepcional y menos grave.

ANGINA DE LUDWING

La angina de Ludwing se define como una forma especial de flegmón de la región intermandibular, descrita por primera vez por Ludwing en 1826.

Causada frecuentemente por infección dental, principalmente en los molares inferiores con infección periapical o periodontal. Esta complicación puede ocurrir antes o después de la extracción del diente enfermo.

Síntomas.—En el piso de la boca provoca una tumefacción dura y rígida que invade los espacios faciales profundos y con frecuencia se extiende hasta la epiglotis. Puede llegar a extenderse al espacio submaxilar y llegar a la parte anterior del cuello.

A la palpación se encuentra un aumento en espesor. A la presión causa dolor y las estructuras individuales de la región son inmóviles. La localización de la infección es difusa.

El paciente no puede abrir la boca y tiene dificultad para respirar, deglutir y tragar los alimentos.

La piel enrojecida, lengua grande, aliento fétido y en casos graves edema del paladar blando y de la glotis.

Cuando se presenta edema de la glotis la traqueotomía a tiempo puede salvar al paciente. La muerte ocurre por asfixia a causa de la tumefacción de la lengua o glotis o por descenso de la infección al mediastino.

Tratamiento.— Es base de antibióticos como la penicilina. Que resulta lo más eficaz.

CONCLUSIONES

En síntesis la mejor manera de prevenir complicaciones locales es el conocer ampliamente la anatomía regional así como estrictamente los principios básicos de la asepsia y antisepsia.

Es importante que el operador realice una cuidadosa Historia Clínica y en esa forma poder evaluar adecuadamente a nuestro paciente.

La evaluación debe de incluir una historia cuidadosa exámen clínico completo, un estudio radiográfico y los analisis de laboratorio necesarios.

Las intervenciones realizadas a ciegas pueden provocar la fractura de raíces o de alveólo, traumatismos en los - senos, maxilares, lesiones nerviosas etc. ; que se habrían evitado con la ayuda de un buen estudio clínico y radiográfico.

En cuanto el material que utiliza el especialista y el instrumental debe de estar en óptimas condiciones y de la - mejor calidad para evitarnos problemas.

En Odontología una de las misiones más importantes es aliviar el dolor. El profesional debe asumir esta responsabilidad y saber distinguir y reconocer las enfermedades de órganos vecinos, capaces de provocar dolor facial. Así como evitar traumatismos provocados por alguna imprudencia del operador - que podían ocasionar laceraciones, desgarramientos y otras le - siones en los tejidos blandos o duros.

Para concluir mencionaré un andaxio que es importante congocerlo : " La mejor manera de tratar una urgencia es impedir - que se produzca "

BIBLIOGRAFIA

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

Frank W. Mc Carthy

Editorial El Ateneo

Segunda Edición 1972

PATOLOGIA BUCAL

Thoma H Kurt

Editorial Hisoaneamericana

Segunda Edición 1959 2 Tomos

TRATADO DE ODONCIA

Winter Lee

Editorial Pubul

Segunda Edición 1930

TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO

Palacios Gómez Alberto

Editorial Interamericana

Primera Edición 1965

CIRUGIA BUCAL

Archer W. Harry.

Editorial Buenos Aires

Segunda Edición 1978

PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA

Guillermo A. Ries Centeno

Editorial El Ateneo

Septima Edición 1973