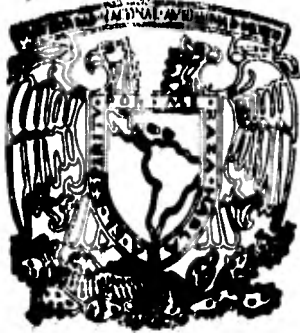


24'157

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CAUSAS DE LOS ACCIDENTES MAS
FRECUENTES EN LA EXODONCIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

MARIA DEL PILAR CARCAMO ONGAY

MEXICO, D. F.

1968



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.

I N D I C E

PAG

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

CAPITULO I

RELACION PSICOLOGICA ENTRE EL PACIENTE Y EL CIRU-
JANO DENTISTA 1

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA 3

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA 7

CAPITULO IV

POSICION PACIENTE - DENTISTA 19

CAPITULO V

ESTERILIZACION DEL CAMPO OPERATORIO 23

CAPITULO VI

BINDESMOTOMIA 24

CAPITULO VII

EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES NORMALMENTE IM-
PLANTADOS 25

CAPITULO VIII

CAUSAS DE LOS ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA EXO
DONCIA 42

SINCOPE
SHOCK
PARALISIS
HEMATOMA
TRAUMATISMO POR INSTRUMENTACION DEFECTUOSA
FRACTURAS DE LA PIEZA POR EXTRAER
FRACTURA O LUXACION DE DIENTES VECINOS
LESION O EXTRACCION DEL GERMEN DENTARIO
FRACTURA DEL INSTRUMENTAL QUE SE EMPLEA
DESALOJAMIENTO DE OBTURACIONES Y APARATOS PROTESICOS
EXTRACCION DE UNA PIEZA SANA
FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR
FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD
FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR
LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR
PERFORACION DE LAS TABLAS ALVEOLARES
PERFORACION DEL PISO DEL SENO MAXILAR
PENETRACION DE UNA RAIZ AL SENO MAXILAR
DESGARROS DE LA MUCOSA Y DESPRENDIMIENTO DE LA MUCOSA
GINGIVAL, LENGUA, CARRILLOS Y LABIOS.
LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS
HEMORRAGIA
AGUJAS ROTAS

CAPITULO IX

EMERGENCIAS POSTOPERATORIAS 68
 ALVEOLITIS
 INFECCION

CAPITULO X

INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS 75

CAPITULO XI

EQUIPO Y MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE EMERGEN -
CIA 78

CAPITULO XII

PLANTEAMIENTOS LEGALES 79

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

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

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

El Cirujano Dentista encuentra su principal motivo de preocupación en las emergencias que puedan presentarse durante el tratamiento del paciente.

Algunas emergencias son de poca importancia, pero otras pueden tener mayor trascendencia y poner aún en peligro la vida del paciente.

Esta es una situación en la que el Cirujano Dentista no desearía verse jamás, ya que al poner en peligro la vida del paciente se pone también en peligro la propia carrera, algunas veces con graves consecuencias legales.

Es por ésto, que el principal objetivo que me llevó a la elaboración de este trabajo, es hacer mención de las emergencias y su tratamiento, basándome en diversas opiniones de profesionales en la práctica, para llevar a cabo el tratamiento indicado.

Los accidentes son muy comunes y aún cuando se haya adquirido los conocimientos necesarios y la práctica suficiente, El Cirujano Dentista no está exento de ellos, sin embargo, nos servirán estos conocimientos para superar con éxito las emergencias que pudieran presentarse.

Es importante realizar una valorización minuciosa y completa del paciente antes de ser sometido a cualquier tratamiento, para que de esta manera se disminuyan las posibilidades de accidentes que pudieran presentarse.

CAPITULO I

RELACION PSICOLOGICA ENTRE EL PACIENTE
Y EL CIRUJANO DENTISTA

RELACION PSICOLOGICA ENTRE EL PACIENTE Y EL CIRUJANO DENTISTA

En una intervención quirúrgica, gran parte del éxito depende de la relación psicológica que tenga el operador con el paciente.

Gran porcentaje de los pacientes en cualquier intervención llegan en estado de stress nada conveniente para intervenirlos, esto se debe a que están llenos de temor, miedo y ansiedad, como consecuencia de sus experiencias anteriores, en un consultorio dental, o que el paciente antes de decidirse a visitar el Odontólogo para aliviar sus molestias, haya sufrido bastante psicológicamente.

El C. Dentista deberá observar a cada momento al paciente y analizar las emociones de éste, ya que él será el responsable de disipar el temor e infundir la confianza necesaria para que el paciente acepte su prueba anestésica y quirúrgica, ya sea que se haya escogido según el caso de anestesia local o general es un factor determinante la personalidad del C. Dentista y la confianza que éste imparta a su paciente,

Hay que resaltar también, un factor importante que influirá en la reacción psicológica del paciente, que es la presentación del consultorio dental, el cual tendrá que ofrecer un ambiente agradable y cordial, puesto que todo esto influirá positivamente en el ánimo del paciente, que a su vez facilitará la intervención ya que disminuye la tensión nerviosa de éste.

El estado de stress del paciente puede en algunos casos efec --

tuar un aumento en la sensibilidad de fibrilación ventricular, éste se debe tener presente para que el Cirujano Dentista regule la cantidad y concentración del anestésico que él haya elegido para producir solamente la narcosis necesaria.

Por estas razones el Odontólogo se debe interesar por el estado mental del paciente y procurar que su comportamiento en la sala sea agradable pero a la vez seguro de infundir confianza en el paciente y así lograr una intervención con el mínimo de tensiones psicológicas posibles.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es una recopilación de datos que el paciente va a proporcionar con respecto a su salud general en relación con su malestar o malestares bucales.

La historia clínica tiene suma importancia pues es una fuente de información para obtener los datos suficientes que orienten hacia las medidas de tratamiento y rehabilitación de la boca.

En general la historia clínica es una seguridad para el paciente y para el operador porque disminuye en un gran porcentaje los accidentes que pueden ser de grandes consecuencias y nos ayuda dando bases para establecer un diagnóstico del padecimiento actual del paciente ayudados a establecer un diagnóstico de exámenes de laboratorio y estudios radiográficos.

Las razones por las cuales se debe efectuar una historia clínica completa son:

- a) La seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente.
- b) Averiguar, si existe una enfermedad y toma de medicamentos.
- c) Detectar alguna enfermedad ignorada.

Conservar un documento gráfico en caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

Una historia clínica deberá reunir los siguientes requisitos:

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

(Ficha de Identificación)

Fecha: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

OCUPACION: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____
Calle y Número Colonia Estado

TELEFONO DOMICILIO: _____ TELEFONO OFICINA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

MEDICO FAMILIAR O ESPECIALISTA: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

ESTADO DE LA CAVIDAD ORAL: _____

HIGIENE BUCAL: _____

EXAMEN BUCAL: _____

TRATAMIENTOS ANTERIORES: _____

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: _____

OCLUSION: _____

En el siguiente esquema marque la letra o letras indicadas en -
la pieza dental correspondiente.

S S	SIN ERUPCIONAR
G	GIROVERSION
R I	RESTAURACION INDIVIDUAL
E	ENDODONCIA
P F	PROTESIS FIJA
P R	PROTESIS REMOVIBLE
P T	PROTESIS TOTAL
A	ABCESO
A D	AREA DESCALCIFICADA
C	CARIES (GRADO Y CLASE)
R R	RESTO RADICULAR
E X	EXTRACCION

ESTUDIOS DE APARATOS Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO: _____

APARATO RESPIRATORIO: _____

APARATO CARDIOVASCULAR: _____

SISTEMA NERVIOSO: _____

SISTEMA ENDOCRINO: _____

APARATO GENITO URINARIO: _____

ALERGIAS: _____

PROPENSION HEMORRAGICA: _____

ESTADOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER: _____

MENSTRUACION: _____

EMBARAZO: _____

LACTANCIA: _____

MENOPAUSIA: _____

PRUEBAS DE LABORATORIO: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: _____

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO PRESCRIPTO: _____

PRESCRIPCIONES OPERATORIAS: _____

COMPLICACIONES: _____

CAPÍTULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA
EXODONCIA

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA

Es importante saber que la extracción dentaria es una operación quirúrgica donde se involucran hueso y tejidos blandos de la cavidad bucal, el acceso de la cual está restringido por labios y mejillas complicado por el movimiento de la lengua y mandíbula.

En la cavidad bucal encontramos un sin número de microorganismos inundados de saliva, por estas razones debemos de tomar todos los cuidados que se aplican a los principios quirúrgicos en la misma forma que se aplican para intervenciones en cualquier otra región del organismo.

El mayor peligro que todo dentista lleva en su práctica diaria son las intervenciones quirúrgicas que corresponde a la extracción dentaria.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES

1.- AFECCIONES DENTARIAS

- a) Afecciones pulpaes para las cuales no hubiera tratamiento.
- b) Dientes que son focos de infección, caries de cuarto grado.
- c) Complicaciones de caries de cuarto grado.

En la actualidad la Odontología dispone de tratamientos para --

evitar las exodoncias.

La Endodoncia o tratado de los conductos radiculares, aún con los nuevos adelantos la exodoncia sigue practicando en aquellos dientes que no reúnan los requisitos para una endodoncia con éxito.

- d) Dientes con pulpa desvitalizada o pulpitis aguda o crónica, cuando el tratamiento de conductos no está indicado.
- e) Casos de periodontoclasias graves en los cuales se ha destruido una gran cantidad del hueso de soporte.
- f) Dientes no tratados con apicectomía.

2.- AFECCIONES DEL PARODONTO

Paradontosis que no puede tratarse.

3.- RAZONES PROTESICAS, ESTETICAS U ORTODONTICAS

- a) Dientes temporales persistentes, cuando su diente sucesor está presente.
- b) Dientes Supernumerarios

En caso de que la permanencia de dientes supernumerarios puedan causar lesiones en la raíz de dientes vecinos o al parodonto es inobjetable la extracción.

- c) Dientes permanentes por razones protésicas u ortodónticas,

La finalidad del Odontólogo es hacer una restauración estética y funcional, en algunos casos por razones económicas al no poder pagar un tratamiento ortodóntico.

Como también se requiere la extracción sin tratamiento protético cuando los dientes no están alineados en su arcada.

4.- ANOMALIAS DE SITIO

Retenciones y semiretenciones sin tratamiento ortodóntico.

Los dientes que permanezcan en los maxilares deben ser extraídos, cuando provoquen accidentes (nervios inflamatorios o tumorales) si con técnica ortodóntica se logran colocar en posición se evitará la extracción.

El dentista debe utilizar todos los medios que la medicina odontológica le provee para tratar de salvar cualquier pieza y mantener una buena salud dental, prevenir cualquier mal posición dentaria.

5.- ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES

Los accidentes de erupción indican la eliminación del diente causante (pericoronitis a repetición, nerviosos o tumorales)

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTARIA

Las contraindicaciones se pueden clasificar relacionándolas con el diente en sí, con los tejidos parodontales o con el estado general del paciente.

- Afecciones que dependen del estado del diente.

Enfermedades locales y estados generales perturbados por la afección dentaria o peridentaria (oportunidad de la extracción dentaria en presencia de accidentes agudos).

- a) Enfermedades cardíacas
- b) Nefropatías
- c) Discracias sanguíneas
- d) Bocio Tóxico
- e) Diabetes
- f) Sífilis
- g) Ictericia
- h) Pacientes con tratamientos de anticoagulantes
- i) Osteoclerosis
- j) Embarazo

A) ENFERMEDADES CARDIACAS

Entre sus síntomas principales tenemos:

- 1.- Insuficiencia respiratoria
- 2.- Fatiga
- 3.- Palpitaciones que antes eran tolerables sin fatiga
- 4.- Vértigo por anemia cerebral

Los pacientes que tengan antecedentes de fiebre reumática se deberá administrar, penicilina antes y después de la intervención, ya que sus válvulas cardíacas son susceptibles de una invasión de streptococcus viridans, que se encuentran presentes en el torrente sanguíneo después de la extracción dentaria estimulando así las endocarditis bacterianas subagudas.

B) NEFROPATIAS

En los casos que se sospeche de algún síntoma de nefropatía como:

- 1.- Oliguria y Disuria
- 2.- Fiebre
- 3.- Escalofríos
- 4.- Dolor de la fosa nasal

5.- Ataque al estado general caracterizado por anestesia

6.- Sequedad y ardor en la boca

7.- Olor urinoso en el aliento

C) DISCRACIAS SANGUINEA

Estas incluyen leucemia, púrpura hemorrágica, hemofílica y anemia.

En el aspecto dental los pacientes que consultan al Cirujano Dentista con este tipo de problemas con síntomas como:

a) Con la lengua dolorosa

b) En la mucosa de la boca pueden aparecer pálidas

c) Frecuentemente aparecen pequeñas petequias hemorrágicas.

Si hay alguna duda con respecto a la atrofia de las papilas de la lengua un rápido golpe con el borde de una espátula a lo largo del costado de la lengua hará que las papilas sobresalgan a menos que estén atrofiadas (como en la anemia perniciosa).

En algunas ocasiones este tipo de pacientes es el primero que acude al consultorio y si el Cirujano Dentista -- sospecha de alguna deficiencia sanguínea, estará indicando un examen del tiempo de sangrado y coagulación y de --

la concentración de protombina.

D) ROCIO TOXICO

Es sumamente importante poder distinguir este tipo de pacientes, es bastante arriesgado realizar algún procedi - miento quirúrgico sin las medidas de seguridad necesa - - rias, ya que con solo el traumatismo se podría precipi - tar una crisis en la cavidad de la glándula tiroides que puede llegar hasta el paro cardíaco o bien los pacientes que se encuentran en estado de crisis están semi-incon - cientes, cianóticos, delirantes y con pulsaciones suma - mente aceleradas, sus síntomas son:

- a) Inestabilidad emocional
- b) Taquicardia
- c) Abundante sudoración
- d) Agrandamiento de la glándula tiroides

E) DIABETES

Enfermedad metabólica crónica, caracterizada por defi - - ciencia en el metabolismo de los carbohidratos y por dis - turbios en el metabolismo de las proteínas y de las gra - sas.

Clinicamente se observan:

- a) Hiperglucemia

- b) Glucosuria
- c) Poliuria
- d) Polidipsia
- e) Polifagia
- f) Pérdida de peso

En una diabetes no controlada está contraindicada la Cirugía bucal, porque la enfermedad predispone al desarrollo de la infección en encías y se extiende en los tejidos vecinos de la siguiente manera:

- a) La circulación periférica está reducida por deposición de colesterol en vasos periféricos (arteriosclerosis periférica).
- b) El gran porcentaje de glucosa en los líquidos del cuerpo que favorece el crecimiento bacteriano proporcionando esta fuente de alimentos.

El paciente deberá estar controlado, ya sea con dieta o con insulina antes de la extracción.

F) SIFILIS

La resistencia de este tipo de pacientes está disminuida por eso es factible el desarrollo de una infección postoperatoria a causa de la curación retardada. Estos pacientes deben estar bajo tratamiento antisifilítico an-

tes de iniciar una operación quirúrgica.

G) ICTERICIA

Sus síntomas característicos son:

- a) Amarillo en piel, conjuntiva, mucosa y líquido del -- cuerpo (causado por pigmentos biliares.

La ictericia comprende varios tipos como:

- 1.- Ictericia obstructiva
- 2.- Ictericia Hemolítica o no obstructiva
- 3.- Ictericia causada por hepatitis infecciosa

Además de la posibilidad de agravar el factor etiológico responsable de la Ictericia y existe el peligro de una prolongada hemorragia subsiguiente de la extracción dentaria. Si la extracción es imperativa el paciente debe recibir grandes dosis de Vitamina "K" antes de la operación, claro que es preferible que el paciente se someta al tratamiento correspondiente antes de cualquier operación.

II) PACIENTES CON TRATAMIENTO DE ANTICOAGULANTES

En este tipo de pacientes que requieren un tratamiento quirúrgico y están bajo terapia de anticoagulantes prolongada, están expuestos a dos grandes problemas,

- a) Que después de habersele intervenido haya una hemorragia prolongada.
- b) Si se le interrumpe el tratamiento anticoagulante hasta que la protombina retorne a su nivel normal está expuesto a sufrir graves y algunas veces fatales accidentes.

En estos casos el Odontólogo que vaya a efectuar intervención como:

Extracciones múltiples, drenaje de abscesos, regularización de procesos, etc., deberá trabajar en forma conjunta con el médico general para que el paciente sin interrumpir su terapia y produciéndole el mínimo traumatismo posible se lleva a cabo la intervención sin temores a una fuerte hemorragia postoperatoria.

I) OSTEOSCLEROSIS

En pacientes con extensas esclerosis de los maxilares la extracción será seguida de una invasión bacteriana del hueso expuesto, muerte de células óseas y gradual disolución de los componentes del hueso expuesto será cubierto por epitelio.

J) EMBARAZO

No debe haber duda en realidad,

- a) Trabajo de emergencia
- b) Trabajo no de emergencia, pero necesario, como el absceso periapical crónico.
- c) Trabajo efectivo

En este caso debe decidirse si la salud general del paciente es adecuada y ver beneficios contra molestias y complicaciones que la operación puede producir o sea tratar a la mujer embarazada con las mismas condiciones que a un paciente cardíaco o diabético ya que su fisiología se encuentra también alterada.

En cuanto al tratamiento en la época mejor es el segundo trimestre del embarazo más tarde la paciente empieza a sentir molestias y en el primer bimestre existe náuseas, vómitos, haciendo difícil el trabajo del operador. También como el 90% de los abortos ocurren dentro del primer trimestre, es preferible evitar tratarla en este período.

Con respecto a los anestésicos la local es la mejor en estos casos.

En caso necesario se consultará y cooperará con el Médico de la paciente, a fin de eliminar dudas que ésta tenga sobre la necesidad de los procedimientos aconsejados.

Contraindicaciones locales para la extracción dentaria,

Entre las contraindicaciones tenemos:

- a) Infecciones gingivales agudas como estreptococos o fusos-espiroquéticas.
- b) Pericoronitis aguda. Estas infecciones deben tratarse y llevar los tejidos a su normalidad antes de intentar la extracción.
- c) La extracción de premolares y molares superiores. Contra indicada en casos de sinusitis maxilar aguda,
- d) La extracción de dientes en zonas con procesos malignos-estimula el crecimiento del neoplasma.
- e) Después de un tratamiento con radium, La actividad celular en el hueso está disminuida y por lo tanto hay menos resistencia de la infección.

CAPÍTULO IV

POSICION PACIENTE - DENTISTA

POSICION PACIENTE - DENTISTA

Al efectuar una exodoncia el operador se colocará de acuerdo -- a la pieza por extraer.

El paciente debe estar sentado cómodamente y la espalda completamente recargada en el respaldo y la cabeza apoyada en el cabezal.

La altura del sillón varía de acuerdo a la pieza y comodidad -- del operador.

A) POSICION PARA OPERAR EN EL MAXILAR SUPERIOR

El respaldo debe colocarse en un ángulo de 45° . La cabeza ligeramente inclinada hacia atrás de modo que la arcada superior forme un ángulo de 90° con el eje del tronco.

La arcada superior del paciente debe encontrarse a la altura de los hombros del operador; de esta manera la visión será más perfecta, las maniobras más sencillas y el esfuerzo y el trabajo realizado más útil.

B) POSICION PARA OPERAR EL MAXILAR INFERIOR LADO IZQUIERDO

El respaldo con el asiento formará un ángulo recto.

La cabeza estará en el mismo eje del tronco, la iluminación y visión sobre el maxilar es más perfecta.

La cabeza del paciente a la altura de los codos del operador

LADO DERECHO

El sillón inclinado hacia atrás 45° para permitir las maniobras. Estando situado detrás del paciente, por lo tanto debe colocarse el sillón en su posición inferior.

POSICION DEL DENTISTA PARA OPERAR EL MAXILAR SUPERIOR

Debe colocarse a la izquierda del sillón dental para efectuar la extracción y en el maxilar superior ligeramente delante del paciente.

Maxilar Inferior del lado izquierdo se situará a la derecha y adelante y un poco más cerca del eje medio del paciente para poder dominar el campo operatorio y no interferir con la iluminación.

Maxilar Inferior lado derecho el dentista logra su mayor eficiencia ubicándose detrás del paciente debiendo dominar el campo operatorio inclinando su cuerpo por arriba de la cabeza del enfermo.

POSICION DE LAS MANOS DEL DENTISTA

La mano derecha está destinada al manejo de los instrumentos quirúrgicos.

La mano izquierda debe ser su colaboradora, sosteniendo el maxilar, separando los labios y la lengua.

Para las operaciones de la región frontal superior, la mano izquierda debe colocarse de manera que con los dedos índice-

y pulgar se mantenga firmemente el maxilar superior, el pulgar apoyado en la cara palatina de los dientes y el índice - cruzando horizontalmente sobre la encía. El labio superior - se separará con este dedo, pudiendo ser ayudado con los --- otros tres dedos en esta maniobra.

Estos últimos dedos deben también estar ejercitados en otras funciones tales como: sostener separadores o ayudar en la -- realización de los puntos de sutura. Esto es útil para los - Dentistas que trabajan solos.

Para la extracción de los molares y premolares superiores -- del lado izquierdo es conveniente colocar el pulgar e índice en la forma recién descrita.

Separando labios y mejilla con los dedos anular y medio, colo cados dentro de la boca, en el surco vestibular.

Para los mismos dientes del lado derecho, pulgar e índice se sostendrán el maxilar dirigiendo la palma de la mano contra la cara del paciente.

El maxilar inferior debe ser sostenido fuertemente para evi tar luxaciones o disminuir la intensa presión que efectuamos para algunas extracciones.

La intensa presión se traduce muchas veces en agudos dolores en la articulación temporomandibular de cada lado en el mo - mento operatorio o durante varios días después de la inter - vención.

Para evitar estos inconvenientes en la extracción de los terceros molares se aconseja usar un aparato de goma sobre el que muerde.

La indicación de la exodoncia múltiple estará dada por el estado clínico del paciente y el tipo de anestesia a emplearse (de preferencia anestesia general).

CAPITULO V

ESTERILIZACION DEL CAMPO OPERATORIO

ESTERILIZACION DEL CAMPO OPERATORIO

La boca del paciente debe ser cuidadosamente irrigada con solución de agua oxigenada u otro desinfectante. Proyectado a chorro con el atomizador momentos antes de la operación.

Los depósitos de tártaro deben ser removidos y los espacios interdentarios correctamente limpios con algodón enrollado en un aplicador; el algodón se impregna con una solución de alcohol yodado u otro producto similar.

Las caries vecinas al diente a intervenir deben ser obturadas provisionalmente.

El diente a extraer y las partes gingivales vecinas, se pintan con una solución de yodo y glicerina o merthiolate. El cuello del diente también debe recibir esta limpieza previa con cualquiera de las soluciones descritas.

En caso de extracciones de los terceros molares, el capuchón y partes vecinas deben ser pintados cuidadosamente en su cara superior y la que está en contacto con el diente introduciendo por debajo del capuchón un trozo de gasa con el medicamento.

La cara del paciente y los ojos deben tener una asepsia con una gasa mojada con jabón líquido y otra gasa con alcohol.

CAPITULO VI

SINDESMOTOMIA

LA SINDESMOTOMIA

La Sindesmotomía es una maniobra que tiene por objeto desprender al diente de su inserción gingival.

La Sindesmotomía constituye una maniobra imprescindible en exodoncia además que facilita la exodoncia por la sección del ligamento circular y de inserción gingival, se evita con este procedimiento, desgarramiento de la encía y permite colocar los mordientes de la pinza a la altura del cuello del diente.

La Sindesmotomía se realiza con instrumentos llamados sindesmotomos (los de Chompret) o con un bisturí fino, con una lanceta o con un periostótomo.

El instrumento sostenido con la mano derecha debe introducirse por debajo de la encía, seccionando circularmente las adherencias gingivales del diente.

Esta maniobra se realiza en la cara lingual o palatina de los dientes, previa sección con el bisturí del rodete gingival y de base de las lenguetas interdientarias proximales de los instrumentos señalados el periostótomo es el que está más indicado.

Empleando el Sindesmotomo, el instrumento, en algunos dientes puede introducirse profundamente en la región apical.

Así es posible disminuir bastante las adherencias del diente a su alvéolo y facilitar la extracción.

CAPITULO VII

EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES NORMALMENTE IMPLANTADOS

EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES NORMALMENTE IMPLANTADOS

En este capítulo trataremos la extracción normal desde todos -- los puntos de vista de cada una de las piezas del aparato masti-
catorio.

Antes de cada extracción es recomendable seguir los siguientes-
pasos:

- 1.- Enjuagar la boca con solución antiséptica
- 2.- Quitar depósitos de tártaro salival que serán rotos por los fórceps y podrían caer en los alveolos.
- 3.- Limpiar los tejidos gingivales y bucales con alguna solu --
ción.
- 4.- Incidir tejido gingival con bisturí utilizando la línea gin-
gival como guía llevando la incisión hasta la cresta inter-
proximal hasta el hueso alveolar,
- 5.- Levantar el mucoperiostio con un elevador perióstico con la
extensión necesaria para no dañar tejido blando con los fór-
ceps.

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

Anatomía de la Corona.- Presenta cuatro planos o cara axiales -
al igual que los demás, anterior o labial, posterior o lingual,
mesial y distal.

Anatomía Radicular.- Es de forma cónica ligeramente aplanada mesiodistalmente en el cuello se encuentra más ancha en vestibular que en lingual está dirigida de abajo hacia arriba de atrás hacia adelante.

Anatomía del Alvéolo.- Es de forma cónica se encuentra separado del alvéolo del central opuesto por tejido esponjoso y por la línea media muy cerca del ápice se encuentra el agujero palatino anterior en palatino el tejido óseo es más abundante.

Examen Radiográfico.- Mediante este examen se podrá conocer, -- forma del diente, la relación de esta raíz con las raíces vecinas, la distancia de la raíz del agujero palatino anterior y -- del piso de las fosas nasales.

Fórceps.- Indicado para la extracción, los bocados de la pinza serán rectos, la parte activa deberá ser introducida y adaptarse por debajo del cuello de la pinza.

Técnica de Extracción.- La parte activa del fórceps se apoyará en zona cervical por debajo de la encía sobre las caras vestibular y lingual hasta que se sujete al cuello del diente apoyando se sobre el cemento, se luxará la pinza con movimientos de lateralidad y rotación mesial,

El movimiento de lateralidad, consiste en llevar las pinzas de atrás hacia adelante, primero se hará hacia afuera y después -- adentro, hechos los movimientos se continúan con los de rota --

ción que consiste en girar el diente hacia la izquierda y luego hacia la derecha, tomando en cuenta la resistencia de la pieza- durante estos movimientos se ejercerá un movimiento de tracción siguiendo el eje del diente.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR

Anatomía de la Corona.- Es de forma trapezoidal con tendencia a hacerse triangular, sus características son semejantes al central pero en dimensiones más reducidas.

Anatomía Radicular.- La raíz es recta y forma cónica mesiodistalmente está más estrecha, en el incisivo central es frecuente encontrar anomalías de forma y dirección.

Anatomía Alveolar.- El alvéolo es de forma cónica es más angosto mediodistalmente, la tabla vestibular es más gruesa que la central y el piso de la nariz está más alejado.

Examen Radiográfico.- Además del estudio de sus relaciones con los dientes vecinos y con el piso nasal veremos la región apical que puede presentar algunas anomalías.

Fórceps Indicado.- Se usará el mismo que el central.

Técnica de la Extracción.- El fórceps, se colocará de igual manera que el central, el movimiento de la luxación hacia afuera será de menor amplitud que el central y el movimiento hacia pa-

latino podrá ser un poco más amplio, los movimientos de rotación serán cortos debido a las frecuentes anomalías radiculares y su amplitud será la que la resistencia permita, el movimiento de tracción se hará de abajo hacia adelante y estará combinado con los de rotación.

CANINO SUPERIOR

Anatomía de la Corona.- Es de forma conoide o piramidal su borde incisal no es recto, mesiodistalmente tiene una cúspide que lo divide en dos tramos y el lóbulo central está más desarrollado el distal y el mesial.

Anatomía de la Raíz.- Es única de forma cónica mesiodistalmente está ligeramente angosta, es la más grande de todas las raíces, es poderosa por su longitud, grosor y anchura.

Anatomía del Alvéolo.- Tiene forma cónica más angosto mesiodistalmente, está muy próximo a las fosas nasales pero nunca se llegan a comunicar, la tabla externa es más delgada que la interna.

Examen Radiográfico.- Se observará la relación que tiene con los dientes vecinos, con las fosas nasales, y se verá también la relación que tiene con el seno maxilar.

Fórceps Indicado.- Será el mismo que con las pinzas ya mencionadas.

Técnica de la Extracción.- El bocado irá igualmente que en las ocasiones anteriores, la luxación hacia vestibular se hará teniendo en cuenta el espesor de la lámina externa, el movimiento hacia palatino. Puede ser más amplio el movimiento de rotaciónes de mucha importancia en esta pieza sobre todo hacia mesial - debe ser más fuerte concluidos los movimientos, con la pieza ya luxada, se hará la tracción hacia abajo y adelante siempre combinando con los movimientos de rotación.

PRIMER PREMOLAR SUPERIOR

Anatomía de la Corona.- Es de forma cuboide, contiene una cara oclusal o cara masticatoria y es la superficie más importante de la corona, reemplaza al borde cortante de los dientes anteriores.

Anatomía Radicular.- Tiene generalmente dos raíces bucal y palatina, cuando se encuentra una raíz siempre está bifurcada en el ápice mesiodistalmente es más angosta y su cuello tiene forma ovoide.

Anatomía del Alvéolo.- Según la raíz, único, doble o bifurcado en el ápice, sus paredes son espesas y el borde alveolar es sólido, guarda una relación muy estrecha con seno maxilar,

Examen Radiográfico.- El examen revelará si la raíz es doble o bifurcada y qué relación tiene con seno maxilar, es de mucha importancia, este examen para poder evitar introducción de la raíz dentro de la cavidad,

Fórceps Indicado.- Para extracción el fórceps está ligeramente curvado, forma un ángulo obtuso la parte activa con la pasiva y esto permite acomodarlo al diente sin lastimar la comisura -- del labio, sus bocados tienen forma de cucharas que permiten la visibilidad del diente en la extracción.

Técnica de Extracción.- Los bocados del fórceps deberán presionar las piezas lo más bajo que el borde alveolar permita, su luxación estará basada únicamente en movimientos de lateralidad, - el arco de las luxaciones es corto. Tanto hacia vestibular como hacia palatino debido a la fragilidad de las piezas, estos movimientos se harán extensos según la sensación de resistencia que el operador advierta en las paredes óseas, una vez luxada la pieza se ejerce un movimiento de tracción hacia abajo y afuera.

SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR

Anatomía de la Corona.- Es semejante a la del primero, haciendo su descripción a diferencia el segundo premolar tiene su corona de contornos más regulares, muy frecuente de menor tamaño, las cúspides son de menor longitud y el surco fundamental es menos profundo y más corto,

Anatomía Radicular.- Es de forma cónica más larga que la del -- primero, mesiodistalmente se acentúa más angosta la tabla extor na se encuentra más gruesa, que la palatina, es uniradicular -- aunque puede haber casos de raíz bifurcada.

Examen Radiográfico.- La relación que tiene el segundo premolar es todavía más estrecha que el primero con respecto al seno maxilar, por esta razón es de gran valor el estudio radiográfico.

Técnica de la Extracción.- Es igual la técnica usada en el primer premolar, a diferencia que los movimientos de luxación son más cortos.

PRIMER MOLAR SUPERIOR

Anatomía de la Corona.- Es convexa, tiene surcos, uno de éstos es transversal de mesial a distal se le llama línea vestibular y otra profunda nace de la foceta vestibular y se dirige hacia oclusal, es paralela al eje longitudinal para entre las dos cúspides separándolas.

Anatomía Radicular.- El primer molar es multiradicular en este caso se trata de una trifurcación, unidos a un solo tronco es un prisma de base cuadrangular, presenta una palatina o lingual y dos vestibulares (una distovestibular y otra mesiovestibular) la raíz palatina es la más gruesa y grande de las tres, su forma es cónica y gancho se dirige hacia palatino de ahí la relación que tiene con la porción palatina del hueso maxilar la raíz mesial es de forma cónica, presenta el lado mesiodistal es más angosto es más delgada y corta que la palatina y se dirige hacia adelante y afuera. Semeja su ápice un gancho, en ocasiones la raíz distovestibular tiene la misma forma cónica que la mesial, es más delgada y corta dirigiéndose hacia atrás y hacia

afuera.

Anatomía del Alvéolo.- El alvéolo tiene tres conos para alojar a las tres raíces del molar, está separado de los dientes vecinos por tabiques proximales esponjosos de espesor variable, la tabla externa es de poco espesor, pero en ocasiones se encuentra reforzada por la apófisis molar del maxilar, la pared palatina es más espesa y de tejido esponjoso, el tabique interradicular, es esponjoso y sólido.

Examen Radiográfico.- Es de suma importancia para conocer la anatomía radicular y la relación que tienen las raíces con el seno maxilar pues frecuentemente solo lo separa la mucosa astral y nos indicará la técnica más conveniente.

Fórceps.- Para la extracción de esta pieza, hay varios tipos de fórceps, pero los más comunes son dos; el primero tiene la punta de sus bocados en forma de bayoneta, que debido a la disposición de las raíces no permite un perfecto control de la fuerza, ya que el punto de aplicación es frecuentemente desplazado en la raíz palatina; el otro tipo es el conocido como tricornio, del que hay dos tipos; para el lado derecho y para el lado izquierdo los brazos de las pinzas presentan las curvaturas necesarias para abordar la pieza cómodamente, los bocados son diferentes, el lado interno está dividido en dos lancetas que se acomodan para que la raíz palatina quede en medio de ellas, el bocado externo también tiene terminación en punta de lanza, la cual debe quedar entre la raíz mesial y distal.

Técnica de la Extracción.- Se coloca el fórceps debajo del margen gingival, tratando que los bocados lleguen a su lugar indicado respecto a las raíces, se hace un movimiento hacia afuera de poca amplitud, ejerciendo una fuerza hacia apical, se hace un movimiento hacia vestibular y sucesivamente se harán otros movimientos semejantes, cuando se hace el movimiento hacia palatino, se dilata la tabla interna para permitir este movimiento, lo mismo sucede cuando el movimiento es hacia vestibular, cuando las adherencias y la elasticidad o sea es frecuente la fractura de una o más raíces.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR

Anatomía de la Corona.- Es semejante al primer molar aunque es más pequeña, en ocasiones se encuentra una prominencia en el tercio cervical sin llegar a ser tubérculo, tiene cuatro cúspides.

Anatomía Radicular.- Al igual que el primer molar tiene tres raíces que generalmente se encuentran fusionadas o pueden estar fusionadas solo las dos vestibulares, cuando éstas se encuentran separadas, son dos vestibulares y una palatina, más chicas y angostas que las del primer molar. La convergencia del tercio apical hacia distal es característica normal de este diente.

Anatomía del Alvéolo.- Según las raíces será el número de alveolos que presente, sus paredes óseas están formadas por un hueso esponjoso, la tabla vestibular es más gruesa debido a la apófisis molar, su relación con el seno es variable, en palatino su-

tercio apical está próximo al agujero palatino posterior.

Examen Radiográfico.- Se considera el número de raíces y la forma en que están dispuestas, su relación con el seno, con el tercer molar y con la tuberosidad del maxilar.

Técnica de la Extracción.- La técnica de la extracción estará dada por la pieza, tomando en cuenta que generalmente es multiradicular se harán los movimientos de luxación igual que en los molares anteriores, solo que en esta pieza serán de menos amplitud ya que la pieza y la zona son muy frágiles.

DIENTES INFERIORES

INCISIVO CENTRAL INFERIOR

Anatomía de la Corona.- Es angosta y alargada su diámetro mesiodistal es solamente tres quintas partes del aporte superior es de forma de cuña.

Anatomía Radicular.- Es única, recta y de forma piramidal alargada, aplanada mesiodistalmente dirigiéndose hacia distal.

Anatomía Alveolar.- Tiene la forma de la raíz, se separa del central opuesto por un tabique óseo sólido y amplio, del lateral por uno menos amplio, la tabla vestibular es sólida y algunas veces bastante alta igual es de menor espesor.

Examen Radiográfico.- Mostrará el tamaño y dirección de la raíz

e indicará la técnica a seguir.

Fórceps para la Extracción.- Este fórceps tiene sus bocados finos para adaptarse al cuello de la pieza que es delgado, sus brazos quedan horizontales en las manos del operador formando un ángulo de 90° con los bocados, el instrumento actuará ascendiendo y descendiendo.

Técnica de la Extracción.- Se presiona la pieza a nivel del cuello los movimientos de lateralidad serán de poca amplitud hacia vestibular y hacia lingual, ya que la raíz es muy frágil, los movimientos de rotación se aplicarán con ciertas reservas, una vez luxado el diente se hace el movimiento final hacia adelante y afuera.

INCISIVO LATERAL INFERIOR

Es muy similar a la anatomía tanto de la raíz como del alvéolo, se diferencia en tamaño, es más grande que el incisivo lateral como en volumen en cuanto a la raíz de forma y posición iguales a la descrita en el incisivo central pero con 2 mm más de longitud.

CANINO INFERIOR

Anatomía de la Corona.- Es de forma cónica, la corona del canino inferior es más angosta de mesial y distal y los contornos son menos marcados longitudinalmente.

Anatomía Radicular.- Es uniradicular generalmente es de mayor diámetro, se inicia hacia distal y un poco a lingual, es sólida aplanada mesiodistalmente.

Anatomía Alveolar.- Tiene forma cónica la tabla vestibular es delgada, la lingual es más espesa, la tabla que lo separa del incisivo lateral es ancha, la que lo separa del primer premolar es más delgada, el ápice está rodeado por una zona ósea compacta.

Examen Radiográfico.- Indicará la forma, longitud y dirección de la raíz, también la técnica a seguir ya que esta pieza es frecuentemente fracturada.

Fórceps para la Extracción.- El tipo de fórceps es parecido al de los incisivos, pero los bocados son más amplios y forman un ángulo obtuso con las ramas.

Técnica de la Extracción.- Los movimientos deberán ser suficientes y eficientes, ya que la tabla externa es frágil, el primer movimiento será hacia afuera, todo lo que la elasticidad de la tabla permita, después otro hacia lingual repitiendo esta maniobra varias veces hasta que los ligamentos no tengan resistencia después el diente se fracciona hacia afuera y adelante,

PRIMER PREMOLAR INFERIOR

Anatomía de la Corona.- Los premolares inferiores difieren en la forma de su corona, el primero tiende a quedarse con una

pide vestibular.

Anatomía Radicular.- Posee una sola raíz larga y adelgazada mesiodistalmente, la parte radicular es delgada contrastando con la corona, éste dificulta la extracción pues hace más frágil la parte cervical de la pieza y es fácil de fracturarse.

Anatomía Alveolar.- La tabla lingual es espesa y sólida, sus caras proximales son espesas y anchas, la cara vestibular es menos compacta y poco elástica, está próximo al agujero mentoniano,

Examen Radiográfico.- Es importante saber la densidad ósea, desviaciones radiculares y su relación con el agujero mentoniano.

Fórceps para la Extracción.- Se puede usar el mismo que para el canino inferior.

Técnica de la Extracción.- Debe ser introducido el bocado lo más profundo posible, pues la fractura de la corona es muy frecuente, se luxará primero hacia vestibular, con poca amplitud en su arco, después hacia lingual donde la tabla es más espesa y por esta razón el movimiento será corto, se harán estos movimientos las veces que sean necesarias, después de luxada la pieza, se traccionará hacia arriba y afuera,

SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR

Anatomía de la Corona.- Aún las diferencias entre este diente y el primer premolar inferior, no son radicalmente distintos los dos coronas de éstos son de menor volumen que la de los superiores,

Anatomía Radicular.- Es parecida a la del primero pero con más diámetro y longitud que la del primero, se tendrá el punto de referencia del ápice de estos dientes con el agujero mentoniano

Anatomía Alveolar.- Son muy semejantes al del primer premolar.

Examen Radiográfico.- Es importante ya que el agujero mentoniano no se encuentra de dos a tres mm un poco hacia abajo del ápice del segundo premolar inferior, aunque es también frecuente que se encuentre en medio de los dos ápices.

Técnicas de la Extracción.- Es la misma que para el primer premolar.

PRIMER MOLAR INFERIOR

Anatomía de la Corona.- Todo lo dicho en la descripción de la corona del primer molar superior puede repetirse adjudicándolo a este diente,

Anatomía Radicular.- Presenta dos raíces, una mesial y otra distal, la raíz mesial es cónica voluminosa y de mayor longitud, la raíz distal es de menor dimensión en todos los sentidos, y es poco más larga que la mesial, su dirección también es variable aunque generalmente se encuentran paralelas.

Anatomía del Alvéolo.- La tabla externa es ancha, más en la región apical, la tabla lingual es más ancha que la vestibular,

una porción ósea separa las dos raíces, y sus caras proximales son gruesas y espesas.

Examen Radiográfico.- Es de suma importancia ya que frecuentemente éstas piezas presentan clasificaciones óseas, el examen también mostrará la disposición radicular.

Fórceps para la Extracción.- El fórceps indicado presenta su parte activa y pasiva formando un ángulo recto, la parte activa presenta sus dos bocados iguales, que son por fuera convexas y por dentro cóncavas, su borde termina en ángulo agudo que se adapta al espacio inter-radicular, sus ramas quedan paralelas al plano de la arcada dentaria y se activan girando la muñeca.

Técnica de la Extracción.- Se introducen los bocados entre las raíces del molar, el primer movimiento de lateralidad es hacia vestibular, el segundo hacia lingual, trazando un arco cuyo centro imaginario estará entre las dos raíces, estos movimientos se hacen a expensas de la elasticidad de las paredes alveolares se harán estos movimientos hacia la pieza hasta que se luxe, después se traccionará hacia afuera y arriba desalojándola del alvéolo.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR

El segundo molar inferior guarda características semejantes al primero, tanto en la anatomía de sus raíces como en la anatomía del alvéolo, el fórceps y la técnica son semejantes,

TERCER MOLAR INFERIOR

Anatomía de la Corona.- Todo lo dicho en relación con el tercer molar superior se puede repetir para el inferior.

Anatomía Radicular.- El tercer molar inferior al igual que el superior varía en el número de raíces, en su tamaño y dirección generalmente tiene dos raíces, pero puede presentar tres o más.

George Winter, hace una clasificación de las raíces según su dirección.

- a) Raíces inclinadas distalmente,
- b) Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta,
- c) Raíz mesial inclinada hacia distal y raíz distal inclinada hacia mesial.
- d) Raíces rectas.
- e) Raíces fusionadas
- f) Raíces mesial recta y raíz distal dirigida hacia mesial
- g) Raíces inclinadas hacia mesial
- h) Raíz mesial dirigida hacia mesial y raíz distal dirigida hacia distal.

Anatomía del Alvéolo.- El alvéolo se encuentra formado por tejido compacta, la tabla interna es sumamente delgada a diferencia de la externa que es ancha, espesa y sólida, sus conos son irre-

gulares, tienen la forma y número de las raíces que en él están implantadas, se encuentra con una relación muy estrecha con el conducto dentario inferior.

Examen Radiográfico.- En este tipo de molares la radiografía es indispensable, pues se estudiará la forma y dirección radiocul - lar, el número de éstas y su relación con el conducto dentario inferior, también indicará el procedimiento indicado para la extracción.

Técnica de Extracción.- La Técnica estará dada por la posición de las raíces, en estos casos el elevador recto es de gran ayuda ya que con él se puede ejercer una fuerza capaz de hacer girar la raíz siguiendo su curvatura, con esto se logra luxar la pieza y se termina la extracción con un fórceps para molares inferiores, en otras ocasiones se deberá hacer un seccionamiento previo de la pieza, como ya se mencionó, la radiografía nos indicará la técnica a seguir.

CAPITULO VIII

CAUSAS DE LOS ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA

EXODONCIA

CAUSAS DE LOS ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA EXODONCIA

Las extracciones de la cavidad bucal, pueden ser seguidas de -- complicaciones múltiples y de distinto grado de complejidad, -- unas carecen de élla pero otras adquieren importancia dadas las graves consecuencias que pueden tener.

PSINCOPE (ANEMIA CEREBRAL AGUDA) PRIMARIO

Es generalmente pasajero, los signos del Psíncope son: Coloración gris de la piel, transpiración fría, pulso disminuído, una sensación de vértigo y náuseas.

TRATAMIENTO

Colocar al paciente en posición de trendelenburg (la cabeza en plano inferior al resto del cuerpo) las ropas ajustadas deben aflojarse, los estímulos deben asegurarse aplicando agua fría en la cara y vapores de licor aromático amoniacal, si el paciente presenta dolor de cabeza se dará ácido acetil salicílico, pero si el Cirujano Dentista no se ha dado cuenta para impedir el psíncope y el paciente ha perdido el conocimiento, y las pupilas estén dilatadas y con movimientos convulsivos, debe hacerse inmediatamente las indicaciones anteriores además administrar oxígeno 100% y 1 cm de adrenalina o una ampolleta de metazol.

SHOCK

Es el síndrome "autofarmacológico" que frente a reacciones anti

geno anticuerpo, puede llegar a producir shock. Esta reacción - anafiláctica por ser la más grave, requiere tratamiento inmediato con el fin de evitar el colapso cardiovascular o respiratorio.

Esta reacción es más intensa que la anterior, desciende súbitamente la presión y el volumen de sangre circulante, se pierde la conciencia, y el pulso se hace rápido y débil. El shock pasa por varios períodos.

- 1.- Shock Primario.- Resultante de reflejos y causas emocionales.
- 2.- Si el shock primario es rápidamente controlado el paciente vuelve a la normalidad.
- 3.- Al estado de shock secundario, la piel se torna pálida, fría y viscosa por el sudor, las uñas, los labios también se encuentran de color gris azulado, la pupila dilatada, el pulso débil, la temperatura subnormal (ésto es ocasionado por la inyección intravascular de la anestesia).

No es posible obtener una anestesia eficaz si no se emplea una técnica adecuada para lograr una anestesia completa hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va a anesthesiarse, las variaciones de la aguja, se compensan en cuanto a profundidad y difusión que son características de las buenas soluciones anestésicas, Puede lograrse que la solución sea depositada correctamente en el ápice si se

preocupa que la posición de la aguja tenga la misma dirección - que el eje longitudinal del diente en el que se va a intervenir

En la anestesia por infiltración, el volumen limitado de la solución que se utiliza, tiene que difundirse desde el sitio de la inyección a través del periostio y del hueso compacto hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la pulpa, el periodonto y el maxilar.

Bloqueo de las ramas del nervio maxilar superior:

- a) Bloqueo del nervio alveolar inferior
- b) Bloqueo del nervio mentoneano

TRATAMIENTO

El tratamiento inmediato es básicamente el de disminuir y bloquear la reacción anafiláctica. El tratamiento de elección es la adrenalina que posee tres acciones deseables:

Es vasopresora, antihistamínica y broncodilatadora. La adrenalina se administra por vía intramuscular o subcutánea en dosis de 0,3 ml al 1:1000 repetida cada 5 minutos si la anterior no basta y si es por vía intravenosa en dosis hasta de 1 mg administrada lentamente,

Algunos autores recomiendan usar la Mefentermina ya que ésta no suele elevar la presión sanguínea más allá de lo normal. Esta se administra por vía intramuscular o intravenosa en dosis de 15 a 30 mg,

Después de inyectar Adrenalina o Mefentermina, puede ser útil - la administración de corticoides, que en la mayoría de los ca - sos son beneficiosos al colapso circulatorio, la acción de es - tos demora hasta una hora. Recomiendan la Dexametasona en dosis de 4 a 2 mg la Hidrocortisona o la Metil-prednisolona.

Algunos autores recomiendan después de la administración del va - sopresor (adrenalina) algún antihistamínico, según la gravedad - del caso.

Debe mantenerse buena ventilación con la administración de oxí - geno si es necesario y si en algún momento se produce pérdi - da completa del pulso, o de la presión arterial, se debe dar masa - je cardíaco externo y proceder a la respiración artificial. Es - te tratamiento puede efectuarse mientras se espera al Médico In - ternista para trasladar al paciente al Hospital como caso de -- emergencia.

PARALISIS

Es un trastorno en el que se produce una parálisis aguda del - nervio facial (VII par craneal); y que a su vez provoca una pa - rálisis de los músculos de la expresión, esto se debe general - mente más a la falta del movimiento muscular que sigue a la -- transmisión de impulsos sensitivos que al efecto real en el ner - vio motor. Dice Hickey que se puede atribuir a la misma causa, - la falta de reflejo después de anestesiar el paladar blando.

Stoy y Gregg, sin embargo, hicieron notar que la parálisis pue - de presentarse después de una inyección pterigomandibular con -

la inserción demasiado profunda de la aguja, que hace que la solución se deposite en la glándula parótida, por la cual pasa el nervio facial. Estos autores dicen que otras veces es la consecuencia de un reflejo vascular que produce parálisis isquémica en la región del agujero estilomastoideo.

TRATAMIENTO

La primera clase de parálisis dura solo mientras persista la -- anestesia. La segunda dura mucho más tiempo, aunque este fenómeno es pasajero, son de gran ayuda los Antineuríticos y según la gravedad del caso se remitirá al paciente con un especialista.

HEMATOMA

Se puede producir por la punción inadecuada de la aguja o por el desgarro de un vaso sanguíneo. Y consiste en la difusión de sangre que se desparrama por los tejidos formando un hematoma - (aumento de volumen) dolorosa casi inmediata o equimosis de formación lenta, y hay un cambio de color en la piel.

TRATAMIENTO

Se trata el hematoma con fomentos para facilitar la resorción, o colocar una bolsa de hielo para disminuir el dolor y la tensión, y antibióticos si el caso lo amerita.

TRAUMATISMO POR INSTRUMENTACION DEFECTUOSA

Es bastante común agarrar el labio entre las ramas del fórceps

y los dientes o la mucosa del piso de la boca entre los bocados del fórceps y el diente, además de producir heridas dolorosas.

FRACTURAS DE LA PIEZA POR EXTRAER

Este también es el más frecuente, cuando se ejerce la fuerza y efectúan los movimientos de luxación, generalmente se fractura la corona a la altura del cuello de la pieza, pero puede ser -- también parte de ella o parte de la raíz, quedando restos radiculares en el alvéolo.

Las causas que ocasionan este tipo de fracturas son por lo general la destrucción coronaria debido al proceso carioso pero también, parte de este tipo de accidentes sobreviene, cuando no -- hay un estudio radiográfico preliminar a la extracción y ésta -- se pretende hacer con una técnica defectuosa.

FRACTURA O LUXACION DE DIENTES VECINOS

Se puede producir debido al empleo de instrumental inadecuado -- al mal empleo de éste, cuando se usan fórceps más anchos que la pieza, la fuerza que se ejerce es transmitida también a la pieza vecina y sobreviene entonces la fractura que la corona de ésta o bien solamente es luxada la pieza, cuando el elevador es -- mal empleado y se apoya en piezas vecinas, puede ser que luxa o desaloje un diente sano.

La luxación consiste en la ruptura de los ligamentos parodontales y se presenta principalmente cuando la pieza vecina se encuentra debilitada por caries, obturaciones muy grandes y cuan-

do las raíces se encuentran fusionadas o son cortadas.

TRATAMIENTO

El diente luxado puede ser reimplantado en su alvéolo, fijándolo por los procedimientos usuales de reimplante.

LESION O EXTRACCION DEL GERMEN DENTARIO

Cuando se hace la extracción de una pieza temporal, debe tenerse la precaución de no profundizar los bocados del fórceps, debido a que los gérmenes de los dientes permanentes, principalmente cuando están más desarrollados, se encuentran próximos al borde alveolar y pudieran lesionarse e incluso algunas veces -- llegar a extraerse junto con la pieza primaria, siendo muy lamentable este accidente.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL QUE SE EMPLEA

En algunos casos el instrumental que se emplea no es de buena calidad y cuando se aplica una fuerza sobre ellos llegan a fracturarse. Generalmente se fracturan de su parte activa, puede de esta forma herirse las partes blandas u óseas vecinas, quedar algún fragmento incrustado en el alvéolo o parodonto, debiendo proceder a su eliminación pues de lo contrario actuará como -- cuerpo extraño,

DESALOJAMIENTO DE OBTURACIONES Y APARATOS PROTESICOS

Una técnica defectuosa o mala aplicación del instrumento que se

usa pueden traernos como consecuencia que sean removidos aparatos protésicos o algunas obturaciones, ésto sucede al tomar, como punto de apoyo dientes que tienen una obturación o soporte protésico. Se puede también desalojar una obturación cuando ésta tiene exceso de material, principalmente en un punto de contacto y al intentar luxar la pieza se desaloja la obturación, ya que ésta obstruye la salida de la pieza.

Cuando las piezas tienen tratamiento restauradores incorrectos y se encuentra una obturación para dos piezas, se desalojará la obturación de las dos piezas y en algunas ocasiones puede llegar a fracturar la pieza vecina.

EXTRACCION DE UNA PIEZA SANA

La extracción de una pieza sana, se puede llegar a presentar por:

- a) Diagnóstico equivocado
- b) Descuido del operador
- c) Extracción terapéutica en tratamientos ortodónticos

En casos de que el paciente ha sufrido una odontología intensa, se queja de molestias en las arcadas y no sabe exactamente cuál es el punto que realmente molesta, en este caso el Cirujano Dentista puede confundirse en el diagnóstico y extraer una pieza equivocada.

FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR

Este tipo de fractura es mucho más frecuente y del tipo de fractura será la importancia del accidente cuando éste afecte solamente el borde alveolar, el trozo fracturado se eliminará con la pieza extraída o se quedará dentro del alvéolo, en cuyo caso procederá a eliminarlo, de lo contrario habrá una reacción del cuerpo extraño, que originará un proceso inflamatorio que no disminuirá hasta la extirpación del resto alveolar que lo está provocando.

La fractura más común se presenta en la lámina externa debido a que es muy delgada y recibe un máximo de presión, pero también puede afectar la lámina interna o interesar uno o varios alveolos.

La causa de la fractura del borde alveolar se debe a que la raíz de la pieza, en algunas ocasiones es mayor en su diámetro el espacio alveolar por el que pretende salir, o que la amplitud de las luxaciones es mucho mayor a la elasticidad del hueso

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD

Ocasionalmente, durante la extracción de un molar superior se siente que se mueve el hueso de soporte y la tuberosidad del maxilar con el diente. Este accidente generalmente se debe a la invasión de la tuberosidad por el seno, que es común cuando se presenta un molar superior aislado, especialmente si el diente está sobreerupcionado.

La germinación patológica entre un segundo molar erupcionado y

un tercer molar superior no erupcionado es una causa predisponente aunque poco usual. Cuando se presenta la fractura se debe eliminar el fórceps y levantar un colgajo bucal mucoperiostico-grande. La tuberosidad fracturada y el diente deben ser liberados de los tejidos blandos palatinos por disección roma, y levantados de la herida. Los colgajos de tejido blando se aposicionan con suturas de colchonero, que voltea los bordes y se deja en su lugar por lo menos 10 días. Si esta complicación se presenta en un maxilar se le debe advertir al paciente que es muy probable que se presente una complicación en el otro lado de la boca cuando se realice una extracción similar. Solo cuando una radiografía preoperatoria revela la posibilidad de fractura de la tuberosidad se puede reducir este riesgo extrayendo el diente por medio de una disección cuidadosa.

FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

La fractura es la diéresis o separación de un hueso, por efecto de una fuerza directa o indirecta.

La mandíbula se encuentra en una posición expuesta: Está mal protegida por los tejidos blandos y en algunos casos parece relativamente frágil.

Este tipo de fracturas no es muy común que se presente generalmente es a nivel del tercer molar en donde una fuerza exagerada o su mala aplicación pueden traer como consecuencia una fractura en la región del agujero mentoniano. Se producen más frecuentemente cerca del agujero mentoniano, del ángulo y del cóndilo,

La fuerza que fractura un cóndilo se transmite necesariamente - desde otra parte y la causa es una caída o una fuerza mal aplicada.

Este tipo de lesión puede desplazar el cóndilo hacia atrás o hacia arriba y romper el conducto auditivo óseo o aún el piso de la fosa media del cráneo.

Pueden encontrarse fracturas en la apófisis coronoides y en el cóndilo fracturas de tipo bilateral que pueden ser en sí trósimétricos o distintos.

La fractura puede ser debido a un agujero alveolar grande que debilita la resistencia del maxilar, una osteomielitis, o un quiste que actúan de igual forma.

Las infecciones como diabetes y sífilis son causas frecuentes de las fracturas tanto en maxilares como de otros huesos, en algunas veces basta aplicar una fuerza mínima para producir la fractura.

El desplazamiento inmediato de los fragmentos depende de la dirección de la contracción. Los músculos que afectan el cierre del maxilar están insertados en la rama, y los músculos que lo abren, en la parte anterior del cuerpo, de tal manera que el fragmento posterior habitualmente se eleva y el anterior desciende.

Las fracturas pueden ser:

Fracturas Traumáticas o Patológicas,

Son traumáticas, todas aquellas debidas a agentes externos: golpes de puño, caídas, choques, etc.

Son patológicas, las que se producen a consecuencia de una afección del hueso o que se desarrollen en su interior: osteítis, -ostiomielitis, actinomicosis, quistes, tumores, etc. y a su vez son también:

Fracturas Completas o Totales y Parciales.

Las fracturas parciales, pueden ser del reborde alveolar a de las tablas, tanto externa como interna, en una mayor o menor extensión.

Las fracturas completas o totales, son las de la rama ascendente, del cuello del cóndilo y de la apófisis coronoides. Las del reborde alveolar, se deben a la mayoría de los casos, a accidentes en la extracción dentaria.

La dirección de las líneas de fractura oblicua, influyen hasta cierto punto la extensión del desplazamiento.

La apófisis coronoides se rompe rara vez, pero cuando esto sucede puede ser desplazada muy alto en la fosa cigomática por el músculo temporal.

El diagnóstico se hace descubriendo el desplazamiento óseo, los movimientos anormales, la pérdida de la oclusión normal de los dientes, el dolor durante el movimiento y la hemorragia en torno de uno o varios dientes.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la fractura consiste en su reducción y fijación. En el caso de los huesos largos ésto se hace frecuentemente en dos fases, sobre todo cuando es necesaria bastante manipulación para hacer la reducción. En las fracturas mandibulares simples, la reducción y la fijación se hacen a la vez. El aparato que se utiliza para mantener los maxilares superiores y la mandíbula en contacto durante la reparación también suele reducir la fractura. No se debe intentar reducir la fractura hasta que se haya terminado la colocación de los alambres en la arcada superior e inferior. Cuando se juntan y se coloca la tracción intermaxilar elástica, la oclusión ayuda a orientar las partes fracturadas a tomar una correcta posición. Hay excepciones. Las fracturas que ocurren más allá de donde existen dientes en la mandíbula, como en el ángulo, no se reducirán si son desplazadas inicialmente.

Otros ejemplos son las fracturas viejas sanadas parcialmente, que requieren tracción elástica continua para su reducción y las arcadas desdentadas.

Técnica: Se coloca un extremo del alambre en el lado bucal de los dientes empezando en la línea media (alambre estacionario). El otro extremo rodea el último diente de la arcada (por ejemplo el segundo molar) y se introduce en el espacio interproximal mesial saliendo debajo del alambre estacionario atravesando el mismo espacio interproximal. Se pasa hacia el lado lingual y se dobla alrededor del siguiente diente (primer molar) y se in-

roduce en el espacio interproximal entre el molar y el premolar. El alambre que rodea y pasa arriba y abajo del alambre estacionario se le llama alambre de trabajo.

LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR

La luxación consiste en la salida parcial o total del cóndilo de la cavidad glenoidea y es provocada por la abertura exagerada de la boca al hacer intervenciones largas o fatigosas, al introducir el abre bocas, etc.

La luxación hacia adelante o anterior, es generalmente bilateral siendo muy rara la unilateral, puede presentarse con dolor o sin él, los síntomas son:

La boca está bastante abierta y no puede cerrarse.

La barbilla se encuentra sobresaliente y el paciente tiene dificultad para hablar.

Si la luxación es hacia atrás o posterior, el cóndilo se palpa en condición anormal, la barbilla se encuentra retraída y puede presentarse acompañada de hemorragia como la luxación es unilateral, el mentón se desvía hacia el mismo lado.

Luxación hacia afuera o lateral. El cóndilo sale de su posición normal y se puede ver y palpar fácilmente.

TRATAMIENTO

El maxilar luxado puede volver a ser ubicado en su sitio, por

una maniobra que mencionan en todos los textos; se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria del maxilar inferior, los restantes dedos sostienen el maxilar. Se imprimen fuertemente a este hueso dos movimientos, de cuya combinación se obtiene la restitución de las normales relaciones del maxilar: un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás.

PERFORACION DE LAS TABLAS ALVEOLARES

En algunas extracciones de piezas posteriores, puede presentarse el caso de que una raíz, ya sea vestibular y palatina atravesase las tablas óseas, debido al debilitamiento del hueso por algún proceso patológico previo, o por consecuencias mecánicas debido a la fuerza que se ejerce sobre ésta, en un momento determinado la raíz fracturada, se encuentra debajo de la mucosa, entre ésta y el hueso en que cualquier cara ya sea vestibular o palatina.

TRATAMIENTO

La extracción de estos restos radiculares no debe hacerse por el alveolo ya que es muy difícil para el operador y muy traumática para el paciente, es recomendable que por medio de una incisión en vestibular o palatino retirar el colgajo y extraer la raíz a través de la tabla; este tipo de accidente es posible en las dos arcadas, pero es más común en la arcada superior generalmente se debe al esfuerzo realizado por el elevador que proyecta la raíz perforando el hueso y la ubica en diferentes partes del maxilar.

PERFORACION DEL PISO DEL SENO MAXILAR

La perforación del piso del seno, puede presentarse en la extracción de molares y premolares superiores, este tipo de comunicaciones se presenta debido a dos causas.

A) ACCIDENTAL

En algunas ocasiones las raíces de la pieza están adentro o muy próximas al seno maxilar y al hacer la extracción de la pieza se hace la comunicación, el volumen del seno maxilar es variable y debido a ésto las relaciones entre el seno y las piezas son irregulares, pero siempre hay una estrecha relación con el segundo y primer molar.

B) TECNICO

Este tipo de accidente se debe principalmente al instrumental y puesto que al aplicar una fuerza con los elevadores para desalojar una raíz, puede llegarse a perforar el piso sinusal o puede solamente desgarrarse la mucosa antral.

Cuando se ha hecho la comunicación con el seno, los síntomas que presentan son:

Al tomar agua el paciente, ésta pasa al seno y sale por la nariz, la hemorragia del alvéolo es de tipo burbujeante, cuando se respira por la boca el aire pasa de la boca a la nariz y en algunas ocasiones hay sangrado nasal del lado de la comunicación,

En otros casos, los instrumentos de exodoncia, cucharillas, elevadores; pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por este procedimiento una comunicación. O puede ser una raíz, la que perfora el seno al intentarse su extracción.

TRATAMIENTO

El taponeamiento de una comunicación con el seno se lleva a cabo con la formación del coágulo, es conveniente depositar una torunda de algodón o gasa que ayude a la hemostasis, si el alvéolo es bastante grande o ha sido muy traumatizado es necesario una sutura que sostenga el coágulo sanguíneo en caso de que la sutura no fuera posible porque las crestas alveolares fueran muy grandes, se recortan éstas con una lima para hueso y se hace la sutura.

PENETRACION DE UNA RAIZ AL SENO MAXILAR

Frecuentemente sucede cuando una raíz está alojada en el seno maxilar o que la laminilla ósea es muy frágil, esto puede ser por maniobras del operador fracturarse y quedar dentro de la cavidad sinusal, algunas veces éstos requieren una fuerza mínima, la posición de la raíz dentro del seno varía según su relación con ésta.

- 1.- La raíz puede penetrar en el seno desgarrando la mucosa y quedar alojada en la cavidad.
- 2.- La raíz puede quedar atrapada entre la mucosa y el piso ---

óseo.

- 3.- La raíz puede alojarse debajo del seno en una cavidad patológica.

TRATAMIENTO

El primer paso será un examen radiográfico para saber la ubicación exacta de la raíz. Sea que la extracción de la raíz se intente en la misma sesión o posteriormente; la vía de elección para su búsqueda es siempre la vestibular. La vía alveolar es mala y antiquirúrgica. Difícilmente se logra extraer el resto radicular por este camino, y aún teniendo éxito puede quedar instalada una comunicación bucosinusal.

Otra forma de abordar la raíz será por vestibular ya que por el alvéolo es muy difícil y se pudiera dejar una comunicación con el seno, se hacen dos incisiones desde el fondo del saco hasta el borde libre de la encía del alvéolo que se está tratando, una vez expuesto el hueso, por medio de una fresa quirúrgica se perfora la lámina externa y se elimina ésta con ayuda de un escoplo, en el caso de que la mucosa sinusal no se haya desgarrado por la penetración de la raíz, se incide con bisturí y la raíz se extrae con una pinza larga, una sutura cierra el alvéolo y otras dos, los colgajos vestibulares.

DESGARROS DE LA MUCOSA Y DESPRENDIMIENTO DE LA MUCOSA GINGIVAL, LENGUA, CARRILLOS Y LABIOS.

Es un accidente no muy frecuente pero, ocurre algunas veces al-

deslizarse los instrumentos, desgarrando la mucosa gingival, ca
rrillos, lengua, labios.

El desprendimiento de éstas se produce generalmente al debridar indebidamente con el elevador.

TRATAMIENTO

Al terminar la extracción, las partes desgarradas serán cuidado
samente suturadas.

Las heridas de los labios, por pellizcamiento con las pinzas, -
lesiones traumáticas de la comisura que se continúan con herpes
ubicados en esa región, son muy frecuentes en el curso de las -
extracciones laboriosas y previendo ésto se debe tener cuidado.

LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS

La extracción de una pieza puede tener consecuencias considera-
bles en los troncos nerviosos, los accidentes más importantes y
de mayor trascendencia son aquellos que lesionan las ramas o --
los troncos nerviosos.

En las extracciones de los terceros molares:

Puede llegarse a lesionar el nervio dentario por desgarramiento del -
conducto nervioso, también la fractura del maxilar inferior se -
lesiona el dentario inferior llegándose en tronco nervioso pue-
de traer como consecuencia la pérdida de la sensibilidad, ya --
sea temporal o definitiva.

HEMORRAGIA

Frecuentemente el Dentista se encuentra con el problema de controlar la hemorragia, ésta puede ser: inmediata o mediata. En el primer caso, la hemorragia sigue a la operación o se puede presentar en el transoperatorio: la falta de coagulación de la sangre y la no formación del coágulo se deben a razones generales o a causas locales.

Las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de intervención, debido a granulomas pólipos gingivales, lesiones gingivales ocasionados por parodontosis, gingivitis, herida y desgarros de la encía, esquirlas o trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival.

La hemorragia mediata es la que se presenta varias horas después de realizada la intervención.

TIPOS DE HEMORRAGIA

La hemorragia puede ser causada por varios tipos de vasos, ya sea que estén en tejidos blandos o en hueso. La hemorragia arterial se conoce por el color rojo brillante de la sangre, comparado con la sangre venosa azulosa. El sangrado arterial se caracteriza por su flujo intermitente a manera de bombeo que corresponde a la contracción del ventrículo izquierdo del corazón. La hemorragia venosa se caracteriza por el color más oscuro de la sangre y el flujo uniforme. La hemorragia capilar se caracteriza por el escurrimiento continuo de sangre color rojo claro.

Localizaciones Frecuentes de la Hemorragia

La hemorragia de origen dentoalveolar más grave es la del canal alveolar inferior o de los vasos del paladar. Generalmente, se encuentran vasos alveolares inferiores durante los procedimientos quirúrgicos en las zonas vecinas al tercer molar inferior. Los grandes vasos intraóseos están localizados en el hueso interseptal, entre los incisivos mandibulares. Una alveoloplastia realizada en esta región causa abundante sangrado.

Cuando se efectúa la extracción de los caninos superiores incluidos, o cuando para cerrar una fístula bucoantral, se hace un colgajo pediculado en el paladar, se pueden encontrar las arterias palatinas mayores y menores y las del canal incisivo. Otras operaciones en el paladar, como la escisión del torus palatino, también predisponen a la hemorragia de los vasos palatinos.

Algunas veces ocurre sangrado profuso cuando se cortan los vasos más o menos grandes del periostio lingual y de la mandíbula. Esto se ve generalmente en la exostosis o en las irregularidades óseas de estas regiones.

TRATAMIENTO

Se debe introducir en el alvéolo un tapón de gasa haciendo considerable presión contra el vaso cortado. El tapón puede dejarse 5 minutos y luego retirarlo cuidadosamente.

Frecuentemente esto detiene el sangrado, si falla puede colocarse directamente sobre el vaso cortado una pequeña porción de gasa.

sa absorbible o gasa yodo formada (la cual puede emplearse seca o impregnada de medicamentos hemostáticos, como el agua oxigenada, adrenalina, sueros, tromboplastina), ésta se mantiene sobre el vaso cortado o dentro del alvéolo presionando con un trozo de gasa, misma que se retira cuidadosamente y dejando el tapón medicamentoso dentro del alvéolo, hasta que la hemorragia ha cesado.

Después de los tapones colocados por última vez se debe esperar a que transcurran cinco minutos y pueden levantarse con mucho cuidado y ver de qué tipo de sangrado se trata.

Si la hemorragia proviene del tejido blando, sea de origen arterial o venosa, el vaso debe ligarse.

La hemorragia capilar de los tejidos blandos puede ser tratada con varios métodos. Sobre el sitio que está sangrando puede hacerse presión con torundas empapadas en una solución de clorhidrato de epinefrina al 1:1000 quitándole antes el exceso.

La esponja de gelatina absorbible (Gelfoam) o la espuma de fibrina embebida en trombina, pueden colocarse en la región.

Muchas veces es posible detener hemorragias, cerrando fuertemente la herida con suturas. Este método es útil, especialmente si la hemorragia capilar de tejido se origina en los bordes superficiales de una herida. Sin embargo, el sitio de la hemorragia tiene que examinarse cuidadosamente porque si proviene de una fuente más profunda el método no tendrá éxito y ocasionará equimosis,

La hemorragia de los vasos grandes intraóseos puede detenerse - por cauterización o bien presionando el agujero nutricio que -- contiene el vaso.

Si la hemorragia se produce horas después de realizada la inter venci ón, se practica un enjuague con una solución de agua oxigenada tibia, con el objeto de limpiar la cavidad bucal y la zona intervenida, y poder ver el origen del sangrado y según éste, - se procede a la hemostasis, por presión, por ligadura, taponeamiento o cauterización.

AGUJAS ROTAS

En una emergencia que a pesar de todas las precauciones, sucede una aguja puede romperse y desaparecer en los tejidos bucales y puede ser debido a un movimiento súbito e inesperado del paciente, cosa que se debe prever y tratar de evitar. Otras causas de rotura son: La dobladura de la aguja después de insertarla y el uso de una aguja defectuosa o demasiado fina.

Nunca se introducirá la aguja hasta muy cerca de la embocadura, a efecto de que si se quiebra, se puede extraer con unas pinzas hemostáticas, que se deben tener siempre al alcance de la mano, y se extraiga antes que el paciente se mueva o cierre la boca.

Si la aguja rota queda en el tejido, de manera que no se puede ver, no se debe extraer hasta que se tomen radiografías en diferentes planos para determinar su posición.

La remoción de una aguja rota puede ser difícil y no debe inten

tarse si no está familiarizado con la técnica y la anatomía. Es por ésto que se recomienda que la extracción de una aguja rota debe ser hecha por un Cirujano que tenga experiencia en esa clase de operaciones, pues de lo contrario se puede presentar el trismo y aún la infección que impide ejecutar con buen éxito la operación inmediata.

TRATAMIENTO

La localización de la aguja por medio de radiografías hechas en diferentes ángulos es una ayuda importante especialmente después de introducir otra aguja que puede ser quitada de la jeringa y dejada en los tejidos para la orientación.

La Técnica para la localización de la aguja varía con el sitio, pero un principio es válido en todos los casos: no buscar en la dirección en que la aguja fue insertada, sino que en dirección perpendicular a aquella. Por ejemplo, si una aguja se rompió mientras se hacía la inyección del nervio mandibular, la incisión no debe hacerse en el sitio de inserción de la aguja, sino mas bien se hace una incisión vertical mesial al borde anterior de la rama ascendente y entonces la disección se hace mesial y posteriormente; es decir, el acceso a la aguja se hace en dirección perpendicular a ella. Cuando la hoja de bisturí o el instrumento utilizado para hacer la disección roma entra en contacto con la aguja, ésta se percibe fácilmente.

Se retraen los tejidos a esta profundidad y cuando se ve la aguja puede ser tomada con una pinza hemostática.

La remoción de cualquier otro cuerpo extraño de los tejidos bucales y de una aguja rota no constituye en sí una emergencia quirúrgica. Sin embargo es aconsejable quitarle tan pronto como sea posible para aliviar la ansiedad del paciente y disminuir la posibilidad de complicaciones legales.

Cuando existen otros puntos de referencia, se coloca una aguja para sutura enhebrada a través de la mucosa en la región afectada. Después que se han tomado las radiografías la aguja se pasa por los tejidos y se hace un nudo flojo para indicar la posición anterior de la aguja.

Una vez que el cuerpo extraño ha sido localizado en la radiografía la remoción es igual a la de un ápice de raíz. Muchas veces existe la duda de si se deben quitar los cuerpos extraños. Si el paciente está completamente asintomático y no hay signos radiográficos de reacción tisular en la región, se pueden dejar pequeños fragmentos de amalgama y otros cuerpos extraños metálicos. Sin embargo, si hay dolor o cualquier otro síntoma que puede ser producido, por el cuerpo extraño es mejor removerlo. Por regla general es necesario quitar cualquier cuerpo extraño cuando se va a colocar una prótesis.

CAPITULO IX

EMERGENCIAS POSTOPERATORIAS

EMERGENCIAS POSTOPERATORIAS

ALVEOLITIS

La Alveolitis o Alvéolo Seco, es una osteítis localizada des --
pués de una extracción dental, caracterizada por dolor intenso--
generalmente continuo y un olor necrótico empezando por lo co --
mún en el tercero o cuarto día de la extracción.

No se conoce exactamente su causa, se dice que los siguientes --
factores afectan la frecuencia de esta secuela dolorosa de la --
extracción: trauma, infección y grandes cantidades de anestesia

La etiología puede estar relacionada con cualquier factor que --
impida o evite que llegue la alimentación adecuada al coágulo --
recién formado dentro del alvéolo.

El alvéolo seco puede ser causado por manipulación excesiva y --
por el traumatismo durante la extracción o puede deberse a una--
pared alveolar osteoesclerótica, engrosada alrededor de la raíz--
crónicamente infectada y que carece del número suficiente de fo --
rámenes nutritivos que nutren el coágulo sanguíneo organizado. --
También puede ser factor contribuyente las cantidades excesivas --
de anestesia local con vasoconstrictor infiltrada alrededor del --
campo de extracción, lo que evita la adecuada irrigación de la --
herida.

El estado clínico puede ser descrito como un alvéolo en el cual --
el coágulo sanguíneo primario se ha descompuesto, se hace sépti --
co y al final permanece como un cuerpo extraño dentro del alvéo --

lo, hasta que es irrigado y quitado. Esto ocurre generalmente - días después de la extracción, dejando las paredes alveolares - desnudas de su cubierta protectora. El hueso desnudo frecuentemente ocasiona dolor intenso que puede ser aliviado solo por -- analgésicos.

TRATAMIENTO

En estos casos el tratamiento debe ser paliativo.

El alvéolo se irriga suavemente con solución salina normal para quitar todos los detritos. Después se seca cuidadosamente con - torundas de algodón, una vez seco se tapona con apósito antiséptico y analgésico. El apósito puede ser cambiado tantas veces - como sea necesario hasta que el dolor disminuya y el tejido de granulación cubra las paredes del alvéolo.

DOLOR POSTOPERATORIO DEBIDO A TRAUMATISMO DE LOS TEJIDOS DUROS

Puede ser por traumatismo del hueso durante la instrumentación - o por permitir el sobrecalentamiento de una fresa durante la extracción del hueso. El evitar estos errores de técnicas y poner atención en alisar los bordes filosos y la limpieza del alvéolo eliminan esta causa de dolor postoperatorio. Los tejidos blandos pueden ser dañados en varias maneras. Una incisión que pase a través de una sola capa de encía, puede dejar a la capa mucosa separada del periostio con la formación de un colgajo rasgado - que cicatriza lentamente. Si el colgajo es muy pequeño, se requerirá mucha retracción traumática para asegurar el acceso, y - si los tejidos blandos no están correctamente protegidos pueden

ser lastimados con la fresa. Todos estos errores de técnica y sin secuela se pueden evitar, pero desafortunadamente la condición conocida como alvéolo seco no lo es. Esta entidad clínica es una osteítis localizada que involucra totalmente o parte del hueso condensado que cubre el alvéolo dentario, o sea la lámina dura. Esta condición se caracteriza por un alvéolo dentario con dolor agudo, que contiene hueso desnudo sin coágulo sanguíneo. Puede deberse el alvéolo seco a la fuerza excesiva durante la extracción. Las extracciones inferiores se complican por el desarrollo de un alvéolo seco más frecuentemente que las extracciones superiores. La mandíbula tiene hueso más denso y es menos vascularizado que el maxilar superior. Los dientes inferiores son más difíciles de extraer que los superiores y más fáciles de que se contaminen con restos alimenticios. Mientras que es probable que una combinación de dos o más de estos factores predisponentes hagan que se produzca un alvéolo seco. Los dientes deben ser tratados, y también cualquier inflamación gingival -- por lo menos una semana antes de la extracción dentaria. El alvéolo debe ser lavado con solución salina tibia y todo el coágulo sanguíneo debe ser removido. Dentro del alvéolo un recubrimiento laxo de óxido de zinc y eugenol con estrías de algodón. Un empaque de barniz de Whitehead con una torunda de algodón o en gasa se deja por dos o tres semanas y se verá que el alvéolo estará formando tejido de granulación, el recubrimiento será retirado.

INFECCION

La infección es un problema siempre presente en el consultorio-

dental, y es el mayor obstáculo a la cicatrización de la herida.

En cualquier exposición de bacteriología quirúrgica aplicable a la cavidad bucal y tejidos adyacentes, debe tenerse en cuenta la existencia de innumerables microorganismos que son habitantes normales de esta región. Las bacterias más comunes que se encuentran en la boca incluyen estreptococos alfa y beta, estreptococos no hemolíticos, estafilococo dorado, estafilococo blanco, espiroqueta de Vincent y bacilos fusiformes. Estas bacterias suelen mantenerse dominadas en la cavidad bucal por el efecto bactericida ligero de la saliva y por el paso de los líquidos bucales al estómago, donde el pH es suficiente para destruir casi todas las bacterias; el resto se digiere. Estos dos factores no siempre bastan para eliminar un proceso infeccioso.

Factores Locales.- Una boca crónicamente infectada o que contiene gran cantidad de sarro y de detritus es un campo malo para todo tipo de intervención. La irritación crónica daña los tejidos, disminuye la resistencia normal y la región es más susceptible a la infección.

Las bacterias frecuentemente destruyen las facultades protectora y reparadora del coágulo sanguíneo y evitan la consolidación normal de los tejidos adyacentes.

Operar una boca en la cual hay signos de gingivitis necrótica es sumamente peligroso. Los tejidos gingivales están necróticos y cualquier intervención en este campo perjudica la salud general del paciente, no solo por la infección y el dolor en el campo operatorio, sino también porque los espacios aponeuróticos

de cabeza y cuello pueden ser invadidos fácilmente, lo que ocasiona "septicemia" si las bacterias son de virulencia suficiente.

Es imprescindible el examen minucioso de la cavidad bucal antes de cualquier tipo de tratamiento. Las heridas traumáticas de cabeza y cuello suelen ser campo propicio para la infección, porque con frecuencia son compuestas y el traumatismo disminuye la resistencia de los tejidos. El tiempo es importante y los traumatismos de este tipo deben tratarse antes que ocurra invasión de gérmenes. La infección complica el cuadro y puede destruir tejidos blandos necesarios para obtener un resultado satisfactorio.

Fisiopatología de la Infección.- La invasión por microorganismos es una causa frecuente de inflamación aguda. Esta suele ocurrir en la cavidad bucal y regiones adyacentes. La respuesta a la infección sigue generalmente un patrón relativamente normal, puede decirse que la respuesta fisiológica a la infección, es la inflamación. La naturaleza de la reacción inflamatoria depende del sitio, tipo y virulencia de las bacterias. Además, el estado físico del huésped puede regir el grado de inflamación, según los factores locales y generales.

La respuesta del huésped a la infección puede dividirse en local y general. La reacción local es la inflamación definida por Moore "La inflamación es la suma total de los cambios en los tejidos del organismo animal en respuesta al agente perjudicial, incluyendo reacción local y reparación de la lesión. Si la reac

ción inflamatoria es adecuada, reduce al mínimo el efecto del agente perjudicial, lo destruye y restaura lo más posible la estructura y la función normales. Si no es adecuada, hay destrucción extensa de tejido, invasión del cuerpo y muerte somática".

La mayor parte de las infecciones de la boca; si se permite que progresen sin tratamiento, producirán pus. Las bacterias y sus toxinas pueden producir entidades clínicas diferentes; incluyen linfadenitis, celulitis, abscesos, flegmones y osteomielitis. Estos procesos pueden ser agudos, crónicos y puede haber combinaciones de dos o más. La forma de la infección depende de los factores del tiempo que ha estado presente la infección y del tratamiento.

Efectos Generales de la Infección Bucal.- Las enfermedades infecciosas muestran manifestaciones generales de la invasión bacteriana. La reacción puede deberse a la facultad destructiva de las bacterias, como es el absceso, o sus toxinas, como en la difteria.

Cuando hay bacterias en la sangre, el estado se llama "bacteriemia". Muchos autores utilizan la palabra "septicemia" cuando las bacterias y sus toxinas se encuentran en grandes cantidades lo cual sugiere su proliferación en la corriente sanguínea. Las bacteriemias transitorias se observan generalmente después de la extracción de dientes o de la terapéutica parodontal. Esto suele tener poca importancia, excepto cuando hay deformidad de una válvula cardíaca, cuando la resistencia del huésped está disminuida o cuando los gérmenes son muy virulentos, En este ca

ción inflamatoria es adecuada, reduce al mínimo el efecto del agente perjudicial, lo destruye y restaura lo más posible la estructura y la función normales. Si no es adecuada, hay destrucción extensa de tejido, invasión del cuerpo y muerte somática".

La mayor parte de las infecciones de la boca, si se permite que progresen sin tratamiento, producirán pus. Las bacterias y sus toxinas pueden producir entidades clínicas diferentes; incluyen linfadenitis, celulitis, abscesos, flegmones y osteomielitis. Estos procesos pueden ser agudos, crónicos y puede haber combinaciones de dos o más. La forma de la infección depende de los factores del tiempo que ha estado presente la infección y del tratamiento.

Efectos Generales de la Infección Bucal.- Las enfermedades infecciosas muestran manifestaciones generales de la invasión bacteriana. La reacción puede deberse a la facultad destructiva de las bacterias, como es el absceso, o sus toxinas, como en la difteria.

Cuando hay bacterias en la sangre, el estado se llama "bacteriemia". Muchos autores utilizan la palabra "septicemia" cuando las bacterias y sus toxinas se encuentran en grandes cantidades lo cual sugiere su proliferación en la corriente sanguínea. Las bacteriemias transitorias se observan generalmente después de la extracción de dientes o de la terapéutica parodontal. Esto suele tener poca importancia, excepto cuando hay deformidad de una válvula cardíaca, cuando la resistencia del huésped está disminuida o cuando los gérmenes son muy virulentos, En este ca

so la reacción puede ser de suma gravedad.

Posiblemente el síntoma más notable de la infección general, sea la fiebre, y probablemente resulta de la reacción de las toxinas bacterianas sobre el mecanismo termorregulador del cerebro. La fiebre varía considerablemente de un individuo a otro, incluso si presenta el mismo proceso infeccioso.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento de la infección necesitamos saber primero - qué microorganismo la produjo y entonces elegir el medicamento - adecuado.

La penicilina contrarresta la bacteriemia pasajera que presenta después de la extracción de piezas infectadas y de esa manera - se evita la formación de focos infecciosos en sitios vecinos.

Cuando hay alergia a la penicilina el medicamento de elección - es la eritromicina,

Contra la infección estafilocócica se puede usar la penicilina - G procaínica 800 000 u.

Para el tratamiento de las infecciones de Vincent, los antibióticos locales no siempre son eficaces, en estos casos se ha de combinar la aplicación tópica con la administración parenteral.

Cuando las infecciones son graves el medicamento (en este caso - puede ser la penicilina) debe administrarse por vía intramuscular o endovenosa ya que si se da por vía oral, mientras, la infección puede avanzar porque tarda más en hacer efecto por vía oral y se pierde un gran porcentaje del antibiótico,

CAPITULO X

INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

Una vez terminado el acto quirúrgico, siguiendo las técnicas correctas, se deberán seguir ciertas indicaciones para evitar que se presente un postoperatorio desagradable.

El cuidado postoperatorio tiene como finalidad lograr el estado satisfactorio del paciente después de una intervención quirúrgica. En algunas ocasiones se presentan condiciones postoperatorias desagradables, esto puede suceder durante la intervención o que se traumatizó demasiado determinada zona o porque el paciente no cooperó cumpliendo las indicaciones que se le previnieron.

Cuando se ha terminado el acto quirúrgico, se procederá a limpiar la cavidad alveolar, de manera que se elimine todo elemento que pudiera obstaculizar la formación del coágulo sanguíneo, se retirarán los restos de materiales obturantes que pudieran haber quedado dentro del alvéolo, láminas alveolares que pudieran haberse fracturado o fragmentos coronarios, se regularizarán los bordes alveolares con el fin de que la encía cubra perfectamente el hueso sin lastimarse, se presionará digitalmente los extremos alveolares para ayudar a que recuperen su condición normal, hecho esto, se coloca sobre el alvéolo una gasa estéril que aislará la herida y ayudará a que el coágulo sanguíneo se vaya integrando.

Se le indicará al paciente que deberá abstenerse de hacer colutorios por lo menos ocho horas después de la intervención, pues

con ésto podría estimular la hemorragia, no deberá aplicar ninguna clase de medicamentos en la herida y no deberá introducir en el alvéolo ningún tipo de: algodón o gasa, si llega a presentarse una hemorragia continúa; que recurra al Cirujano Dentista en tanto que coloque una gasa o algodón suficientemente grueso sobre el alvéolo y presionando fuertemente para poder cohibir la hemorragia, puede también aplicarse directamente un paño con hielo, la aplicación deberá ser intermitente y en períodos no mayores de veinte minutos, esto aliviará el dolor y ayudará a detener la hemorragia que actúa como vaso-constrictor, inhibiendo el flujo sanguíneo y con analgésico pues al quitar el calor de la zona de la que se aplica disminuye la sensibilidad, de las terminaciones nerviosas periféricas.

Es necesario, también hacerle ver al paciente que se puede presentar algún dolor postoperatorio, ya que la cavidad oral es muy sensible a manera de prevención se le prescribirá analgésicos, que solamente usará en caso de alguna molestia, también debe mencionarle que puede llegarse a descomponer el coágulo sanguíneo y que en estos casos hay fuertes dolores en el maxilar y que las molestias pueden durar varios días, estas molestias irán acompañadas de alitosis, siendo de urgencia recurrir al Odontólogo para que se le haga el tratamiento indicado. Si hay inflamación en la zona intervenida, que se coloque hielo en la forma antes indicada, únicamente el primer día, pues la aplicación de frío disminuye el aflujo sanguíneo a la zona de aplicación inhibiendo hacia la leucocitosis en la zona al día siguiente, ésto lo hará con bolsas de agua caliente, pues de esta manera estimulará la circulación y con ésto la leucocitosis, los

leucocitos son elementos sanguíneos muy importantes ya que además de la ayuda que dan para la normalización de los tejidos, - actúan evitando una invasión bacteriana.

CAPÍTULO XI

EQUIPO Y MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

EQUIPO Y MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Es necesario contar con equipo y medicamentos en el consultorio ya que en el tratamiento diario puede presentarse alguna emergencia.

- 1.- Jeringa estéril de 5 ml
- 2.- Agujas estériles para inyección intravenosa
- 3.- Agujas estériles para inyección intramuscular
- 4.- Alcohol y algodón
- 5.- Gasa estéril
- 6.- Baumanómetro y Estetoscopio
- 7.- Equipo portátil de oxígeno (consiste en un tanque de oxígeno, en una válvula reductora y en un tubo que va a una máscara y a un componente de presión).

MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA

- 1.- Drogas analgésicas
- 2.- Antihistamínicos
- 3.- Antibióticos
- 4.- Drogas cardiovasculares (Vasoconstrictores o Vasopresores)
- 5.- Anticonvulsivantes
- 6.- Hemostáticos

CAPITULO XII

PLANTEAMIENTOS LEGALES

PLANTEAMIENTOS LEGALES

La responsabilidad profesional, desde el punto de vista legal - aún no está establecida para la carrera de Cirujano Dentista. - Es por ésto que me baso en lo referente a la responsabilidad legal, establecida para la carrera de Médico-Cirujano.

En el Código Penal para el Distrito, Título Décimosegundo, Responsabilidad Profesional, dice en su Artículo 228: Que los Médicos, Cirujanos y demás Profesionistas "similares" y auxiliares - serán plenamente responsables por los daños que causen en la -- práctica de su profesión en los términos siguientes:

- 1o.- Además de las sanciones fijadas para delitos que resulten consumados, según sean, intencionales o por imprudencia punible, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión, o definitiva en caso de reincidencia,
- 2o.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus ayudantes, enfermeras o practicantes, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos,

El mismo Código en su Artículo 229 expone que el Artículo anterior se aplicará a los médicos que, habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente,

Carrara en su libro de derecho penal dice que el fin inocente - que persigue el Cirujano, que excluye el dolor "elimina toda -- idea de criminalidad de un acto ejecutado con el legítimo fin - de librar a un ser humano de un peligro para la salud".

Cuello Calón encuentra el motivo de justificación de las lesiones Médico-Quirúrgicas en "el ejercicio legítimo del oficio" -- que corresponde a los médicos. Observa sin embargo, que el acto es jurídicamente legítimo, cuando la operación es lícita, co -- rresponda al ejercicio de la profesión de Cirujano, se cuente - con el consentimiento previo del paciente o de quien puede otor -- garlo en su representación, a excepción de aquellos casos en -- que el obtenerlo originará la demora en la operación de otro -- mal grave.

En los casos de lesiones, enfermedades u otros perjuicios causa dos al operado, el médico podrá quedar exento de responsabili - dad cuando concurrieron las condiciones siguientes:

- 1o.- No dejarse influir por la insistencia del cliente.
- 2o.- Decidir la operación ponderadamente
- 3o.- Comunicar al paciente y a sus familiares los posibles ries gos de la intervención.

Don Raúl F. Cárdenas en su "Derecho Penal Mexicano" impide invo car una causa supralegal para justificar las lesiones origina - das en las intervenciones médico-quirúrgicas.

Sin embargo Antonio P. Moreno y Francesco Carrara coinciden en que: La conducta del Cirujano que lleva al cabo en el ejercicio

legítimo de su profesión una intervención quirúrgica con la que persigue la salud del enfermo disminuir la intensidad de los sufrimientos que lo aquejan y aún su mejoría estética está impulsada por justificados móviles humanitarios y sociales y no por la intención dolosa de causarle daño en su integridad corporal.

Eduardo Cuoture en sus "Estudios de Derecho Procesal" dice que el sujeto satisface o cumple, con los presupuestos típicos del delito; pero en cambio el acto carece del elemento subjetivo incriminable sin cuyo concurso no puede existir delito. No existe el delito, simplemente, y no se hace necesario arguir causas de justificación o impunidad.

Cuando la conducta del Cirujano obedezca a impulso intencional de atacar la integridad física de la persona u obre imprudentemente al operar, será responsable del delito de lesiones y será sancionado de acuerdo a la gravedad del daño causado.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En este pequeño estudio traté de sintetizar lo más importante sobre este tema la Exodoncia, que como ustedes se habrán dado cuenta tiene una importancia primordial en la práctica diaria de todo Odontólogo.

La Exodoncia o intervención quirúrgica debe ir acompañada de todo lo necesario para poder resolverlo satisfactoriamente.

Para cualquier tipo de Exodoncia debemos contar con:

- 1.- El estudio clínico hecho al paciente, ya que con este estudio nos daremos cuenta a grandes rasgos de las condiciones de nuestro paciente.
- 2.- El estudio radiológico que nos ayudará a establecer un diagnóstico y a prevenir accidentes.
- 3.- El conjunto de estudios propedéuticos, las reglas de asepsia y antisepsia y la aplicación correcta de las técnicas de la Exodoncia, nos llevarán a la conclusión ideal de una extracción evitando al máximo todo tipo de complicaciones y accidentes, disminuyendo de esta manera las molestias y traumatismos innecesarios al paciente.

A todo paciente que al no poder encontrar forma de salvarle una pieza después de efectuarla extracción, es obligación nuestra orientarlo procurando hacerle ver la importancia del estado de salud de la boca, con su salud general y convencerlo de su visita periódica con el Odontólogo para evitar futuras exodoncias.

Cuando las medidas no fueron suficientes y la emergencia se presenta, el Cirujano Dentista no debe perder la calma y debe tranquilizarse para poder diagnosticar el tipo de emergencia y de esta manera darle el tratamiento adecuado. Con medicamentos y equipo de emergencia - que debemos tener en el consultorio y una vez hecho ésto, debemos revisar todo el procedimiento desde el principio de la intervención - haya sido en condiciones adecuadas, ya que un instrumento en condiciones antisépticas puede acarrear un grave problema posterior o bien - inmediato,

Cuando la emergencia es de suma gravedad, sería de gran ayuda contar con la colaboración de un Médico Cirujano, así como de algún Hospital cuando hay casos en los que es necesario hospitalizar al paciente. Por supuesto tomando nosotros las medidas inmediatas mientras esperamos la llegada del Médico o bien -

A todo paciente que al no poder encontrar forma de salvarle una pieza después de efectuarla extracción, es obligación nuestra orientarlo procurando hacerle ver la importancia del estado de salud de la boca, con su salud general y convencerlo de su visita periódica con el Odontólogo para evitar futuras exodoncias.

Cuando las medidas no fueron suficientes y la emergencia se presenta, el Cirujano Dentista no debe perder la calma y debe tranquilizarse para poder diagnosticar el tipo de emergencia y de esta manera darle el tratamiento adecuado. Con medicamentos y equipo de emergencia que debemos tener en el consultorio y una vez hecho ésto, debemos revisar todo el procedimiento desde el principio de la intervención haya sido en condiciones adecuadas, ya que un instrumento en condiciones antisépticas puede acarrear un grave problema posterior o bien inmediato.

Cuando la emergencia es de suma gravedad, sería de gran ayuda contar con la colaboración de un Médico Cirujano, así como de algún Hospital cuando hay casos en los que es necesario hospitalizar al paciente. Por supuesto tomando nosotros las medidas inmediatas mientras esperamos la llegada del Médico o bien

la llegada de la ambulancia en caso necesaria ---
rio.

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

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| CIRUGIA BUCAL
Editorial Mundi 1968 | HARRY W. ARCHER |
| CIRUGIA BUCAL
Uteha | MEAD STERLING V. |
| CIRUGIA BUCAL
El Ateneo | G. RIES CENTENO |
| CIRUGIA BUCAL Y DE LOS
MAXILARES
Editorial Labor | PICHLER HANS |
| CIRUGIA BUCAL PREPOTETICA
Editorial Mundi 1974 | THOMAS J, STARSHAK |
| COMA, SINCOPE Y SHOCK
Fac. Medicina UNAM | I. CHAVEZ RIVERA |
| EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA
Editorial Ateneo 1976 | FRANK M. MACARTHY |
| FISIOLOGIA MEDICA
El Manual Moderno 1974 | WILLIAM F. GANONG |
| LA EXTRACCION DENTAL
Editorial El Manual Moderno | GEOPFREY L. HOWE |
| TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Editorial Interamericana 1960 | GUSTAV O, KRUGER |
| MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS
EN ODONTOLOGIA
Editorial M. Moderno 1981 | DONALD F, BOOTH
MARTIN J, DUNN |