



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONSIDERACIONES GENERALES EN CIRUGIA BUCAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

BLANCA ELVIRA MARIN FERRER

MEXICO, D.F.

1985.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

CONSIDERACIONES GENERALES EN CIRUGIA BUCAL

I N D I C E

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

CAPITULO I	CIRUGÍA BUCAL
1.1	ANTECEDENTES
1.2	DEFINICIÓN
1.3	GENERALIDADES
CAPITULO II	EVALUACIÓN PREOPERATORIA PARA UNA CIRUGÍA BUCAL
2.1	HISTORIA CLÍNICA
2.2	EXÁMENES CLÍNICOS DE LABORATORIO
2.3	EXAMENES RADIOGRÁFICOS
2.4	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
CAPITULO III	BASES DE LA CIRUGÍA BUCAL
3.1	CONOCIMIENTOS ANATÓMICOS
3.2	ASEPSIA Y ANTISEPSIA
3.3	INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO
3.4	MATERIAL QUIRÚRGICO
3.5	SUTURAS

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS

DE LA CIRUGÍA BUCAL

4.1

CONSULTORIO DENTAL

4.2

ANESTESIA Y COMPLICACIONES

4.3

INCISIONES

4.4.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE Y DEL
OPERADOR

CAPITULO V

COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO

5.1

PREOPERATORIAS

5.2

OPERATORIAS

5.3

POSOPERATORIAS

CAPITULO VI

TRATAMIENTO POSOPERATORIO

6.1

POSLOGÍA

6.2

TRATAMIENTO E INDICACIONES
POSOPERATORIAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

CUMPLIENDO CON EL REQUISITO QUE NUESTRA CASA DE ESTUDIOS SOLICITA PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA, ME PERMITO PRESENTAR A SU CONSIDERACIÓN ESTE TRABAJO REALIZADO CON MI MEJOR ESFUERZO, PERO TAMBIÉN CON TODA MODESTIA PARA QUE SEA DIGNO A SU VALIOSA APROBACIÓN.

ESTE TRABAJO PRETENDE HACER UNA REVISIÓN EN FORMA GENERAL DE LOS FACTORES QUE DEBEN SER TOMADOS EN CUENTA PORQUE INFLUYEN DE MANERA IMPORTANTE EN EL ÉXITO DE LA CIRUGÍA BUCAL Y EN LA EVOLUCIÓN SATISFACTORIA QUE PERMITE AL PACIENTE RECUPERAR LA SALUD O EN ALGUNOS CASOS, OBTENER UNA BUENA REHABILITACIÓN.

LOS CONCEPTOS QUE SE MENCIONARÁN INDUDABLEMENTE SERÁN MUY FAMILIARES PARA TODOS AQUELLOS CIRUJANOS DENTISTAS QUE LOS PRACTICAN CONSTANTEMENTE, YA SEA EN SU CONSULTORIO O EN EL QUIRÓFANO DE ALGÚN SANATORIO; ES POSIBLE, QUE LOS QUE PRACTICAN SOLO ALGÚN TIPO DE CIRUGÍA BUCAL DE MANERA POCO FRECUENTE, PUDIERAN ENCONTRAR UTI-

LIDAD EN ESTAS CONSIDERACIONES AL RECORDAR SUS CONOCIMIENTOS O LOGRAR TAL VEZ NUEVOS ENFOQUES QUE SEAN ÚTILES PARA ELLOS Y PARA SUS PACIENTES.

CAPITULO I

CIRUGIA BUCAL

1.1 ANTECEDENTES

SU HISTORIA DATA DE LA ERA ANTES DE CRISTO, SE DICE QUE ES TAN ANTIGUA COMO LA MISMA HUMANIDAD, PUÉS SE SUPONE QUE EL HOMBRE EN SUS ÉPOCAS PRIMITIVAS, POR LAS CONDICIONES DE VIDA QUE LO RODEABAN, ESTABAN EXPUESTOS A SUFRIR GRANDES TRAUMATISMOS, FRACTURAS Y LUXACIONES Y EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE ÉSTAS DIÓ ORIGEN A LA CIRUGÍA.

LAS CIRUGÍAS QUE LLEGABAN A REALIZARSE, FUERON SIN LA PRESENCIA DE NINGÚN ANESTÉSICO, Y ÉSTAS TENÍAN QUE HACERSE RÁPIDAMENTE Y CON MUCHA HABILIDAD.

EL PRINCIPAL PROBLEMA QUE SE LE PRESENTÓ A LA CIRUGÍA FUÉ EL DOLOR Y DEBIDO A ÉSTO FUERON ENSAYADOS MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS, COMO POR EJEMPLO:

- LA COMPRESIÓN DE CARÓTIDAS PARA PROVOCAR EL SUEÑO.
- LA COMPRESIÓN DE LAS TERMINACIONES NERVIOSAS.
- LA INGESTIÓN DE SUSTANCIAS ENERVANTES.

EL PERÍODO CIENTÍFICO DE ANESTÉSICOS PRINCIPIA EN EL AÑO 1795 CUANDO EN EL LABORATORIO DEL QUÍMICO BEDDOES; EN BRISTOL, EL JOVEN QUÍMICO HUMPHRY DAVY,

ENCARGADO DE EXPERIMENTAR LA ACCIÓN DE LOS GASES SOBRE EL ORGANISMO, DESCUBRIÓ LAS PROPIEDADES ANALGÉSICAS DEL PROTÓXIDO DE NITRÓGENO O GAS.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN FRANCIA E INGLATERRA, CON EL EMPLEO DE DICHO GAS COMO ANESTÉSICO FUERON DESFAVORABLES, MÁS TARDE CON LA ACCIÓN ESTUPEFACIENTE Y ANESTÉSICA DEL ÉTER QUE YA ERA CONOCIDA POR MUCHOS MÉDICOS; DE HECHO LA PRIMERA ANESTESIA QUE YA SE APLICABA PARA FINES QUIRÚRGICOS POR UN MÉDICO DE ATENAS, W.C. LONG EN 1842, CUATRO AÑOS MÁS TARDE, EL CIRUJANO DENTISTA MORTON BOSTON, UTILIZÓ ESTE MEDIO ANÉSTESICO PARA PRACTICAR EXTRACCIONES DENTARIAS Y EL ÉXITO FUÉ COMPLETO, EN 1846 WARREN Y HARVARD, EN AMÉRICA Y EN 1847 MOLGAIN Y VELPEAN DE FRANCIA, DEMOSTRARON PÚBLICAMENTE QUE EL GRAVE PROBLEMA DE LA ANESTESIA ESTABA RESUELTO.

LA ADQUISICIÓN DE TODOS ESTOS CONOCIMIENTOS DIÓ COMO RESULTADO EL ESTABLECIMIENTO DE LOS TRES GRANDES POSTULADOS DE LA CIRUGÍA:

- EVITAR EL DOLOR
- PREVENIR LA INFECCIÓN
- COHIBIR LA HEMORRAGIA

LA ENSEÑANZA DE ESTOS PRINCIPIOS ES EL DOMINIO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA, QUE NOS PROPORCIONA UN CONJUNTO DE REGLAS Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR UNA BUENA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PROPORCIONA LA HABILIDAD REQUERIDA PARA EFECTUAR UNA OPERACIÓN EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE, SIN DOLOR, CON Poca O NINGUNA HEMORRAGIA Y SIN INFECCIÓN CONSECUTIVA.

LA CIRUGÍA EN SUS PRINCIPIOS SE CARACTERIZÓ POR SER PRINCIPALMENTE MUTILADORA, PERO DÍA A DÍA HA IDO TOMANDO UN ASPECTO CONSERVADOR Y RECONSTRUCTIVO, PUES DE LO CONTRARIO EL CIRUJANO SÓLO SERÍA UN INDIVIDUO AMPUTADOR DE ÓRGANOS Y NO UN CIRUJANO DESTINADO A CURAR POR MEDIOS MANUALES.

PASARON MUCHOS AÑOS ANTES DE QUE LA CIRUGÍA TUVIERA UNA ACEPTACIÓN Y QUE OCUPASE SU PUESTO ENTRE LAS RAMAS IMPORTANTES DEL ARTE DE CURAR.

EN EL AÑO DE 1864, LA CIRUGÍA BUCAL FUÉ INCLUIDA COMO ESPECIALIDAD DE LA ODONTOLOGÍA, EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA UNIVERSIDAD DE FILADELFIA, ACTUALMENTE ESCUELA DE LA UNIVERSIDAD DE TEMPLE.

CON EL PASO DE LOS AÑOS LA CIRUGÍA ORAL HA TENIDO

CAMBIOS, TANTO EN LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS, COMO EN LAS INDICACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA NECESIDAD O DE LAS OBSERVACIONES CLÍNICAS, AL MEJORAR LA EDUACIÓN DENTAL, LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA BUCAL SE HA VUELTO MÁS IMPORTANTE Y REQUIERE MAYOR ENTRENAMIENTO DEL QUE SE RECIBE EN LAS ESCUELAS DENTALES.

1.2 DEFINICION

CIRUGÍA BUCAL ES LA PARTE DE LA ODONTOLOGÍA QUE TRATA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y COADYUVANTE DE LAS ENFERMEDADES, TRAUMATISMOS Y DEFECTOS DE LOS MAXILARES, MANDÍBULA Y REGIONES ADYACENTES,

EN TODOS LOS CAMPOS DE LA CIRUGÍA BUCAL, ES PRIMORDIAL UN DIAGNÓSTICO CORRECTO, DEBE VERSE AL PACIENTE COMO UNA TOTALIDAD, PERO CONCENTRARSE EN LA REGIÓN DEL PADECIMIENTO.

LA CIRUGÍA BUCAL TRATA DE SALVAR TEJIDOS HUMANOS YA SEA EN PARTE O COMPLETAMENTE.

1.3 GENERALIDADES

LA CIRUGÍA BUCAL ESTÁ ÍNTIMAMENTE ASOCIADA CON TO-

DAS LAS DEMÁS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, ASÍ COMO CON LAS PRÁCTICAS GENERALES MÉDICA Y ODONTOLÓGICA.

EL CIRUJANO BUCAL POR EL CARÁCTER DE SU TRABAJO, ESTÁ CASI A DIARIO EN EL HOSPITAL Y POR LO TANTO TIENE RELACIÓN ESTRECHA CON LOS MÉDICOS.

EL CAMPO DE TRABAJO DEL CIRUJANO BUCAL SE PUEDE VERIFICAR EN ESTA SERIE DE EJEMPLOS DE SERVICIOS QUE REALIZA:

- EXTRACCIÓN DE DIENTES INCLUIDOS, EN MALA POSICIÓN O DIFÍCILES PARA EL DENTISTA GENERAL.
- ENUCLEACIÓN DE QUISTES GRANDES, APICECTOMÍAS PARA AYUDAR AL ENDODONCISTA.
- EXTRACCIÓN DE DIENTES ANQUILOSADOS, FRENECTOMÍAS; PARA EL ODONTOPEDIATRA.
- EXTIRPACIÓN DE TORI, EXOSTOSIS, REGULARIZACIÓN DE BORDES ALVEOLARES, CORRECCIÓN DE LA PROFUNDIDAD DEL SURCO Y OTRAS TÉCNICAS PARA AYUDA DEL PROSTODONCISTA EN LA FABRICACIÓN DE RESTAURACIONES PROTÉSICAS.
- ELIMINACIÓN DE ODONTOMAS, PUNTAS DE RAÍCES RETENIDAS Y QUISTES PARA EL PERIODONCISTA.

- EXTRACCIÓN SELECTIVA DE DIENTES, FRENECTOMÍAS Y EXTIRPACIÓN DE TEJIDO BLANDO Y HUESO SOBRE DIENTES QUE NO HAN HECHO ERUPCIÓN PARA EL ORTODONCISTA.

A SU VEZ, EL CIRUJANO BUCAL RECIBE AYUDA DE SUS ASOCIADOS DENTALES, EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y EN LA REALIZACIÓN DE MÉTODOS NECESARIOS DESPUÉS DE UNA OPERACIÓN, COMO SE PUEDE VER EN LOS SIGUIENTES EJEMPLOS:

- EL DENTISTA GENERAL RESTAURA LOS DIENTES QUE SON NECESARIOS PARA HACER UNA FÉRULA CUANDO SE VA A REALIZAR UNA INTERVENCIÓN CORRECTORA DE LA MANDÍBULA.
- EL ENDODONCISTA COOPERA EN LA RESTAURACIÓN DE DIENTES DESVITALIZADOS EN ACCIDENTES Y CON FRECUENCIA SALVA DIENTES NECESARIOS PARA HACER FÉRULAS, EN CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DE LA MANDÍBULA.
- EL ODONTOPEDIATRA SE ESFUERZA EN FACILITAR EL TRABAJO DEL CIRUJANO BUCAL PREPARANDO A LOS NIÑOS PARA LAS VISITAS QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN, TAMBIÉN COLABORA EN EL TRATAMIENTO DE LOS DIENTES LESIONADOS EN NIÑOS CON FRACTURAS MAXILARES.

ACTUALMENTE HAY MUCHA INTERDEPENDENCIA ENTRE LA PROSTODONCIA, ORTODONCIA Y LA CIRUGÍA BUCAL. UNA RELACIÓN ADECUADA ENTRE ESTAS ESPECIALIDADES CONTRIBUYE A PROPORCIONAR LA MEJOR ASISTENCIA POSIBLE A LOS PACIENTES CON DEFORMIDADES CONGÉNITAS, ADQUIRIDAS O TRAUMÁTICAS DE LA CARA O DE LOS MAXILARES. EN TALES CASOS, EL TRABAJO CONJUNTO DE LAS TRES ESPECIALIDADES PUEDE LOGRAR RESULTADOS EXCEPCIONALES EN LA REHABILITACIÓN.

LA EVALUACIÓN CUIDADOSA, EFECTUADA POR EL CIRUJANO BUCAL, DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES PARA DETECTAR LOS RIESGOS POTENCIALES PARA LA SALUD ORAL, ASÍ COMO LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS QUE REALIZAN PARA CONSEGUIR SU ELIMINACIÓN PROFILÁCTICA PRECOZ, COMO EN EL CASO DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS, DIENTES PRIMARIOS ANQUILOSADOS, ODONTOMAS, QUISTES O CUALQUIER TEJIDO ANORMAL, QUE FUERON DETECTADOS MUCHO ANTES DE QUE DESARROLLARA ALGUNA COMPLICACIÓN Y ASÍ EVITARLE SUFRIMIENTOS AL PACIENTE.

CAPITULO II

EVALUACION PREOPERATORIA PARA UNA CIRUGIA BUCAL

DEFINICION

ES LA APRECIACIÓN DEL ESTADO DE SALUD, TANTO BUCAL COMO FISICAMENTE DE UNA PERSONA EN VÍSPERAS DE OPERARSE, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER SI LA OPERACIÓN PUEDE SER REALIZADA SIN PELIGRO, Y EN CASO CONTRARIO, ADOPTAR LAS MEDIDAS CONDUCENTES A QUE ÉSE PELIGRO DESAPAREZCA, O SEA CONDUCTIDO AL MÍNIMO.

2.1 HISTORIA CLINICA

LA HISTORIA CLÍNICA ES EL MÉTODO DE QUE NOS VALEMOS PARA CONOCER EL ESTADO DE SALUD O ENFERMEDAD EN QUE SE ENCUENTRA UN PACIENTE, Y ÉSTA LA VAMOS A OBTENER MEDIANTE EL EMPLEO DE FORMAS IMPRESAS QUE SIGUEN PATRONES TRADICIONALES Y ADEMÁS ES NECESARIO AUXILIARNOS EN LOS MÉTODOS DE EXPLORACIÓN QUE A CONTINUACIÓN MENCIONAMOS:

- HISTORIA MÉDICA
- INTERROGATORIO
- HISTORIA DENTAL

- EXAMEN VISUAL
- PALPACIÓN
- EXPLORACIÓN FÍSICA

2.1.1 HISTORIA MÉDICA

ESTA SE REALIZA CUANDO UN PACIENTE ES VISTO POR PRIMERA VEZ, Y SE VUELVE A CHECAR APROXIMADAMENTE CADA 6 MESES, CON EL FIN DE IR ADICIONANDO NUEVA INFORMACIÓN Y ESTAR SIEMPRE ACTUALIZADO.

LA HISTORIA MÉDICA SE BASA EN UN INTERROGATORIO, NO SOLO DEL PROBLEMA BUCAL INMEDIATO, SINO A SU HISTORIA SOCIAL, PARA ASÍ IR CONOCIENDOLO, INFUNDARLE CONFIANZA, Y QUE CONTESTE CON HONRADEZ A TODAS LAS PREGUNTAS, LOGRANDO DE ESTA MANERA UNA CONCORDANCIA EXITOSA ENTRE PACIENTE Y DENTISTA.

EN LA HISTORIA SOCIAL SE LE PREGUNTARÁ, SU NOMBRE, EDAD, DIRECCIÓN, TELÉFONO, OCUPACIÓN, ESTADO CIVIL, ASÍ COMO, EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL MÉDICO FAMILIAR.

CONTINUAREMOS CON LAS PREGUNTAS CONCERNIENTES A LA HISTORIA MÉDICA PASADA, RECORDANDO ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO DESDE LA NIÑEZ Y QUE PUEDAN AFECTAR EL CURSO DE UNA ENFERMEDAD BUCAL, SE LE PREGUNTARÁ SOBRE ENFERMEDADES HEREDO-FAMILIARES, ENFOCADAS A

PADECIMIENTOS GENERALES, COMO PROBLEMAS CORONARIOS, ALERGIAS, DISCRACIAS SANGUINEAS, ENTRE OTRAS QUE DEBEN SER CONSIDERADAS ANTES DE PREPARAR UN PLAN DE TRATAMIENTO,

SI EXISTE ALGUNA DUDA SOBRE LAS AFECCIONES GENERALES QUE PUDIERAN AFECTARNOS EN NUESTRO TRATAMIENTO, DEBEREMOS CONSULTAR CON EL MÉDICO FAMILIAR,

POR ÚLTIMO, SE LE PREGUNTARÁ SOBRE SUS HÁBITOS, DESCRIBIENDO SI EL PACIENTE TIENE UN CONSUMO EXAGERADO DE ALCOHOL, ABUSO DE TABAJO Y EN GENERAL, HÁBITOS BUCALES COMO, MORDERSE LOS CARRILLOS, LABIOS, ASÍ COMO CIERTOS OBJETOS (LÁPICES, PURO, ETC.),

2.1.2 INTERROGATORIO

ES UNA SERIE DE PREGUNTAS CUYAS RESPUESTAS NOS SERVIRÁN PARA ORIENTARNOS SOBRE LA LOCALIZACIÓN, PRINCIPIO, EVOLUCIÓN Y DURACIÓN DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES ACAECIDAS EN SU NIÑEZ O LAS SUFRIDAS EN LA ACTUALIDAD.

EL INTERROGATORIO SE DIVIDE EN DOS:

- DIRECTO.- ES EL QUE SE HACE AL PACIENTE, SIN LA INTERVENCIÓN DE NINGUNA OTRA PERSONA.
- INDIRECTO.- ES EL QUE SE HACE A FAMILIARES O PER

SONAS QUE RODEAN AL PACIENTE, CUANDO ESTE NO PUEDE POR SU EDAD O SU ESTADO CONTESTAR A NUESTRAS PREGUNTAS.

2.1.3 HISTORIA DENTAL

CON LA OBTENCIÓN DE UNA BUENA HISTORIA DENTAL, A MENUDO SE PUEDE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, EL INTERROGATORIO SE BASA TANTO EN PREGUNTAS GENERALES, COMO EN PREGUNTAS PARTICULARES, ESPECÍFICAS Y PRECISAS ENTRE LOS CUALES PODRÍAMOS ANOTAR:

- PROBLEMA PRINCIPAL, DOLOR, TUMEFACCIÓN, ETC.
- EL PRINCIPIO DEL PROBLEMA.
- SE PREGUNTA SI EL PACIENTE SE PUEDE LOCALIZAR, CON EXACTITUD EL MAL QUE LE AQUEJA.
- TIPO DE DOLOR Y SU DURACIÓN.
- QUE SI HA ESTADO SOMETIDO A ALGÚN TRATAMIENTO RECIENTE.
- SI TUVO ALGÚN PROBLEMA EN SU ÚLTIMA VISITA DENTAL, Y DE QUE CLASE.

2.1.4 EXAMEN VISUAL

SE COMIENZA BUSCANDO UNA ASIMETRÍA EN LA CARA DEL PACIENTE. SE LE PIDE QUE CIERRE LA BOCA Y MANTEN-

GA LOS MÚSCULOS RELAJADOS, PARA PODER EXAMINAR BIEN A NUESTRO PACIENTE.

EN ESTE MÉTODO SE DEBE PONER ÉNFASIS PARA DETECTAR CUALQUIER CAMBIO DESUSADO DE COLOR O FORMA EN EL TEJIDO MUCOLABIAL O EN SU CERCANÍA.

POSTERIORMENTE, SE PASARÁ A UN EXAMEN VISUAL DE LA CAVIDAD ORAL, DONDE SE BUSCARÁ CUALQUIER ANORMALIDAD EN LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS.

EL CLÍNICO DEBE POSEER UN ALTO ÍNDICE DE SUSPICACIA Y UNA MENTALIDAD ABIERTA.

ES NECESARIO EL EMPLEO DE UNA LUZ POTENTE, CERCA DE LA ZONA QUE SE ESTÁ EXAMINANDO.

2.1.5 PALPACIÓN

EN ESTE MÉTODO OCUPAREMOS SOLO NUESTRAS MANOS, PARA EXPLORAR LAS PROYECCIONES DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS, CREPITACIÓN Y CAMBIOS EN LA FORMA Y CONSISTENCIA DE LOS TEJIDOS, TANTO LA MUCOSA LINGUAL COMO VESTIBULAR.

COMO CONSEJO SE DEBE USAR EL MISMO DEDO DE LA MISMA MANO, PARA DESARROLLAR UN TACTO FINO.

2.1.6 EXPLORACIÓN FÍSICA

EN ESTE EXÁMEN SE INCLUYEN; LA TOMA DE PRESIÓN SAN

GUÍNEA, TEMPERATURA, PULSO CARDÍACO Y EN GENERAL EL EXAMEN FÍSICO QUE SE COMIENZA, CON CABEZA, OJOS, OIDOS, BOCA, CUELLO, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.

EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA EN GENERAL, LA HISTORIA CLÍNICA QUE ACABAMOS DE PRESENTAR, ES LA USADA COMUNMENTE POR TODO CIRUJANO DENTISTA, PERO EN LA ACTUALIDAD EXISTEN YA ESPECIALIDADES O RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA PARA LAS CUALES, DICHA HISTORIA CLÍNICA NECESITA UNA AMPLIACIÓN DE DATOS QUE COMPLEMENTEN LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL EJERCICIO DE UNA DETERMINADA ESPECIALIDAD, QUE EN NUESTRO CASO PARTICULAR, SERÍA LA CIRUGÍA BUCAL Y CUYA HISTORIA CLÍNICA ESTARÁ COMPLEMENTADA CON UNA SERIE DE MEDIDAS NECESARIAS, QUE A CONTINUACIÓN CITAREMOS:

- MEDIDAS GENERALES.- SON LAS QUE SE REFIEREN AL ORGANISMO EN UNA FORMA GENERAL Y ESTARÁN DADAS POR LOS EXAMENES CLÍNICOS DE LABORATORIO.
- MEDIDAS LOCALES.- SON LA QUE SE REALIZAN EN EL CAMPO OPERATORIO Y ESTARÁN DADAS POR LOS EXAMENES RADIOGRÁFICOS.
- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.- SON LAS QUE

FINALMENTE, AUXILIADAS POR LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES PRACTICADOS, DECIDEN SI LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ESTARÁ INDICADA O NO.

2.2 EXÁMENES CLÍNICOS DE LABORATORIOS

ESTOS EXÁMENES COMO YA MENCIONAMOS NOS AYUDARÁN A COMPLEMENTAR NUESTRA HISTORIA CLÍNICA PARA LA OBTENCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO CORRECTO, Y TAMBIÉN NOS SERVIRÁN PARA TOMAR LAS PRECAUCIONES NECESARIAS ANTES DE CADA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. LOS EXÁMENES CLÍNICOS SOLICITADOS SON:

- BIOMETRÍA HEMÁTICA
- QUÍMICA SANGUÍNEA
- GLUCOSA EN SANGRE Y ORINA

EN LOS EXÁMENES DE LA SANGRE SE DEBERÁ INCLUIR EL VALOR HEMATÓCRITO Y CUENTA LEUCOCITARIA, ADEMÁS DEL TIEMPO DE COAGULACIÓN, SANGRADO Y PROTOMBINA. EN LOS CUADROS QUE PRESENTARÉ A CONTINUACIÓN, APARECEN VALORES, Y CUYOS PORCENTAJES SE CONSIDERAN NORMALES PARA UNA DETERMINADA ZONA DEL PAÍS, ESTO QUIERE DECIR QUE, LOS VALORES QUE SON VÁLIDOS EN UNA ZONA DEL PAÍS, PARA OTRA ZONA NO LO SON, POR EJEMPLO; LOS PORCENTAJES CONSIDERADOS PARA LAS COS

TAS, SON TOTALMENTE DIFERENTES A LOS REGISTRADOS
EN EL CENTRO DE LA REPÚBLICA, QUE ESTÁ A MÁS DE
DOS MIL METROS DE ALTITUD.

QUIMICA SANGUINEA

<u>DETERMINACION</u>	<u>VALORES DE IMPORTANCIA CLINICA</u>	<u>DETERMINACION</u>	<u>VALORES DE IMPORTANCIA CLINICA</u>
PROTEÍNAS TOTALES	6,8-8,0	GLUCOSA	80-120 MG POR 100
ALBUMINA	3,5-5,5 G POR 100	AMILASA	80-150 UNIDADES
GLUBULINAS	1,3-3,3 G POR 100	LIPASA	0,2-1,5 UNIDADES
FIBRINOGENO	0,2-0,6 G POR 100	ACIDO URICO	2-5,6 MG POR 100
PROPORCIÓN DE ALBÚMINA-GLUBULINA	1,52-5 A 1	NITRÓGENO NO PROTEÍNICÓ	25-40 MG POR 100
BILIRRUBINA TOTAL	0,2-2,0 G POR 100	NITRÓGENO DE LA UREA SANGUÍNEA	8-18 MG POR 100
VANDENBERGH DIRECTO	0,0-0,2 MG POR 100	CALCIO	9-11 MG POR 100
VANDENBERGH INDIRECTO	0,2-0,8 MG POR 100	YODO ÚNICO A LA PROTEÍNA	4-8 MG
COLESTEROL	150-250 MG POR 100	RESERVA ALCALINA	55-75 VOL. POR 100
ESTERES	70-80 POR 100	CREATININA	1,0-2,0 MG POR 100
FOSFATASA ALCALINA	2,2-8,6 UNIDADES	TRANSAMINASA	4,40 UNIDADES SGOT
ACIDO FOSFÓRICO	0,0-2,0 UNIDADES RGS		5-35 UNIDADES SGOT
PROTROMBINA	90-100 POR 100	SODIO	135-150 MG/L
INDICE ICTÉRICO	4-6 UNIDADES	POTASIO	4,0-5,5 MG/L
BROMOSULFATALEÍNA	0-6 POR 100	BICARBONATO	55-65 MG POR 100
TÍMOL	2-4 UNIDADES	GLOBULINA GAMMA	0,5 A 0,7 GM POR 100
FLOCULACIÓN DE CEFALINA 24 HORAS	NEGATIVA	CLORUROS	570-620 MG POR 100
FLOCULACIÓN DE CEFALINA 48 HORAS	MÁS 1	FENOLSULFONFATALEÍNA UNA HORA	40-50 MG POR 100
FÓSFORO	ADULTOS 3-4,5	FENOLSULFONFATALEÍNA DOS HORAS	30-40 MG POR 100
FÓSFORO	NIÑOS 5-6,5		

EXAMEN HEMATOLOGICO

<u>DETERMINACION</u>	<u>VALORES DE IMPORTANCIA CLINICA</u>	<u>DETERMINACION</u>	<u>VALORES DE IMPORTANCIA CLINICA</u>
GLOBULOS ROJOS	4.6 MILLONES	SEGMENTADOS	50 A 70 POR 100
HEMOGLOBINA	12-16 G	EN BANDA	2-6 POR 100
GLOBULOS BLANCOS	5 000-100 000	JUVENILES	0 A 1 POR 100
TIEMPO DE HEMORRAGIA	2 A 3 MINUTOS	MIELOCITOS	0 POR 100
TIEMPO DE COAGULACION	3 A 8 MINUTOS	EOSINOFILOS	1 A 3 POR 100
PLAQUETAS	200-300 000	BASOFILOS	0 A 1 POR 100
RETICULOCITOS	2-1.5 POR 100	LINFOCITOS	20 A 40 POR 100
VELOCIDAD DE SEDI-MENTACION COR.	10 A 25 MM	LINFOBLASTOS	0 POR 100
HEMATOCRITO	37 A 50 POR 100	MONOCITOS	2 A 8 POR 100
VELOCIDAD DE SEDI-MENTACION COR.	M-0-10	MONOBLASTOS	0 POR 100
TIPO SANGUINEO		OBSERVACIONES	
RH			

ANALISIS DE LA ORINA

COLOR	EXAMEN MICROSCÓPICO
CARÁCTER	LEUCOCITOS
REACCIÓN	ERITROCITOS
DENSIDAD	CÉLULAS EPITELIALES
ALBÚMINA	CILINDROS
AZÚCAR	BACTERIAS
ACETONA	MOCO
ACIDO DIACÉTICO	CRISTALES
BILIS	
TÍTULO DE UROBILINA	

PORCENTAJES Y FUNCIONES DE ALGUNAS DE LAS CELULAS EN
LA BIOMETRIA HEMATICA

PORCENTAJE: DE 60-70/100 DE LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES.
(NORMAL)

DE 20-30/100 DE LINFOCITOS

DE 4-5/100 DE MONOCITOS

DE 1/100 DE COSINÓFILOS

DE .05/100 DE BASÓFILOS

HOMBRES - DE 40 - 50/100 DE HEMATÓCRITOS

MUJERES - DE 35 - 45/100 DE HEMATÓCRITOS

FUNCIONES: -LEUCOCITOS POLIMORNUCLEARES:

TIENDEN A AUMENTAR EN ESTADOS INFLAMATORIOS AGUDOS DESPUÉS DE TRAUMATISMOS.

-MONOCITOS: AUMENTAN EN LOS PROCESOS INFECCIOSOS AGUDOS.

-HEMATÓCRITOS: PRESENTAN UN ÍNDICE EXCELENTE DE GLÓBULOS ROJOS. EL VOLÚMEN DE SEDI-MENTACIÓN DE LOS GLOBULOS ROJOS SE EXPRESAN EN PORCENTAJES DESPUÉS DE QUE LA SANGRE HA SIDO CENTRIFUGADA.

UN PACIENTE CON VALOR HEMATÓCRITO BAJO, DEBE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA, YA QUE, PUEDE NECESITAR TRANSFUSIÓN

CIONES.

EN EL EXAMEN SOLICITADO DE SANGRE SE DEBERÁ VERIFICAR LA GLUCOSA, PUÉS, DEPENDIENDO DEL PORCENTAJE QUE PRESENTE EL PACIENTE, ÉSTE SE CONSIDERARÁ:

- NO DIABÉTICO
- PREDIABÉTICO
- DIABÉTICO CLASIFICADO

EN CUANTO A LOS RESULTADOS DEL EXAMEN DE ORINA, ÉSTE NOS PROPORCIONARÁ SUBSTANCIAS ESPECÍFICAS, TANTO CUANTITATIVAS COMO CUALITATIVAS. POR LO COMÚN, ALBÚMINA Y AZÚCAR, QUE PUEDEN SUGERIR TRASTORNOS RENALES Y DIABÉTICOS RESPECTIVAMENTE.

LOS HALLAZGOS ANORMALES DE LOS EXAMENES CLÍNICOS PRACTICADOS PUEDEN DIRIGIR EL DIAGNÓSTICO.

2.3 EXAMENES RADIOGRÁFICOS

EL EXÁMEN RADIOGRÁFICO ES MUY IMPORTANTE YA QUE NOS MUESTRA EL ESTADO DEL ÓRGANO O DEL ÁREA, CON MAYOR EXACTITUD, Y GRACIAS A ESTO TENDREMOS UN ACCESO QUIRÚRGICO ADECUADO, Y ADEMÁS, COMPLEMENTAREMOS NUESTRA HISTORIA CLÍNICA.

PARA LLEVAR A CABO UN BUEN EXÁMEN RADIOGRÁFICO EN LA CIRUGÍA BUCAL, NOS VALEMOS DE DIFERENTES TÉCNI

CAS; COMO LA INTRAORAL, LA EXTRAORAL, OCLUSAL Y LA PANORÁMICA, Y USAREMOS 1, 2 O TODAS LAS TÉCNICAS SEGUN EL CASO QUIRÚRGICO A TRATAR, EJEM.; PARA LA EX TRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INCLUIDO, USAREMOS LA TÉCNICA RADIOGRÁFICA INTRAORAL Y LA OCLUSAL QUE ENSEGUIDA DESCRIBIREMOS:

2.3.1 TÉCNICA INTRAORAL.-

2.3.1.1 POSICIÓN DEL PACIENTE.- SE UBICA EL PACIENTE EN EL SILLÓN DENTAL Y SE LE ACOMODA EL RESPALDO PARA QUE PUEDA APOYAR SU CABEZA, DE MANERA QUE PERMITA UNA VEZ ABIERTA SU BOCA, QUE EL PLANO DE OCLUSIÓN DE LOS DIENTES DE LA MANDÍBULA SEA HORIZONTAL.

2.3.1.2 POSICIÓN DEL OPERADOR.- EL OPERADOR SE COLOCA A LA DERECHA Y FRENTE AL PACIENTE.

LA COLOCACIÓN DE LA PELÍCULA SERÁ POR EL LADO DERECHO. ABIERTA LA BOCA DEL PACIENTE, EL OPERADOR SEPARA CON EL ÍNDICE IZQUIERDO EL CARRILLO DERECHO Y TOMA LA PELÍCULA RADIOGRÁFICA CON EL DEDO ÍNDICE Y PULGAR DE LA MANO DERECHA. SE LLEVA LA PELÍCULA AL INTERIOR DE LA BOCA UBICÁNDOLA ENTRE EL MAXILAR Y LA LENGUA Y ÉSTA DESPLAZA LA PELÍCULA HACIA ATRÁS EN ZONA DE MOLARES PROCURANDO QUE EL BORDE SUPE--

RIOR DE LA PELÍCULA SE UBIQUE A 3 MM DE LA CARA OCLUSAL DE LOS MOLARES. CUANDO LA PELÍCULA SE HALLA EN ÉSTA POSICIÓN, SE INVITA AL PACIENTE A QUE COLOQUE EL DEDO ÍNDICE DE SU MANO IZQUIERDA EN LA CAVIDAD BUCAL Y QUE GIRE SU MANO DE MODO QUE LA PALMA SE VUELVA HACIA EL OPERADOR. EL PACIENTE APOYA EL PULPEJO DE SU ÍNDICE EN EL CENTRO DE LA PELÍCULA, APLICANDO ÉSTA FUERTEMENTE SOBRE LA CARA, E INDICÁNDOLE NO MOVER LA PELÍCULA, Y EN SEGUIDA EL OPERADOR, COLOCA EL CONO DEL APARATO DE RAYOS X EN LA POSICIÓN Y ANGULACIÓN CORRECTA.

EN LA MAYORÍA DE LAS BOCAS LA PELÍCULA PUEDE UBICARSE VERTICALMENTE; EN OTRAS POR EL ESPESOR DE LOS TEJIDOS DE LA CARA INTERNA DE LA ARCADA, LA PELÍCULA ESTARÁ INCLINADA, FORMANDO CON LA VERTICAL UN ÁNGULO AGUDO ABIERTO, LA FORMA DEL MAXILAR, O LA PROYECCIÓN HACIA EL LADO LINGUAL DE LOS MOLARES INFERIORES, HARÁ QUE LA PELÍCULA FORMA UN EJE VERTICAL, FORMANDO UN ÁNGULO ABIERTO HACIA ARRIBA.

2.3.1.3 COLOCACIÓN DEL APARATO DE RAYOS X.- LA PROYECCIÓN IDEAL DEL RAYO CENTRAL DEL APARATO RADIOGRÁFICO ES EL QUE VA DIRIGIDO PERPENDICULARMENTE A LA PELÍCULA, EL RAYO CENTRAL DEBE LLEGAR PERPENDICULARMENTE

A LA BISECTRIZ DEL ÁNGULO, FORMADO ENTRE EL EJE MA-
YOR DEL MOLAR RETENIDO Y EL EJE VERTICAL DE LA PE-
LÍCULA. LA IMAGEN IDEAL OBTENIDA, ES AQUELLA EN LA
CUAL, SIENDO EL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR VERTICALES
EL CONTORNO DE LAS CÚSPIDES LINGUALES Y BUCALES
COINCIDAN O SE SUPERPONGAN, EN OTRAS PALABRAS, RA-
DIOGRÁFICAMENTE NO DEBE VERSE LA CARA TRITURANTE
DE ESTOS MOLARES SOBRE LA PLACA RADIOGRÁFICA, PARA
LLEGAR A TENER ESTE TIPO DE IMAGEN LOS RAYOS DEBEN
SER PARALELOS A LAS LÍNEAS QUE UNEN LAS CÚSPIDES
DE REFERENCIA.

LA COLOCACIÓN Y GRADUACIÓN DEL APARATO DE "RAYOS X"
SON VARIABLES, DEBIDO A LAS DIFERENTES POSICIONES
QUE ADOPTA LA PELÍCULA RADIOGRÁFICA, QUE VAN A DE-
PENDER EXCLUSIVAMENTE DE LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓ-
MICAS QUE NOS PRESENTE LA BOCA DE CADA PACIENTE,
EJEMPLO:

- CUANDO LA PELÍCULA PUEDA COLOCARSE VERTICALMENTE,
EL CONO SERÁ DIRIGIDO A 0° , DE ESTA MANERA EL RA-
YO CENTRAL SE PROYECTARÁ PERPENDICULARMENTE SOBRE
LA PELÍCULA.
- SI LA PELÍCULA TIENE SU BORDE INFERIOR DESVIADO
HACIA LA LENGUA, Y QUEREMOS LOGRAR QUE EL RAYO -

CENTRAL SEA PERPENDICULAR A LA PELÍCULA, EL CONO SERÁ GRADUADO A -5° (AUMENTANDO LA GRADUACIÓN DE ACUERDO A LA DESVIACIÓN QUE PRESENTE).

-SI LA PELÍCULA SE ENCUENTRA EN ÁNGULO ABIERTO HACIA ARRIBA, EL CONO SERÁ GRADUADO A $+5^{\circ}$ (AUMENTANDO LA GRADUACIÓN DE ACUERDO A LA DESVIACIÓN DEL EJE VERTICAL DE LA PELÍCULA).

OBTENIDA LA COLOCACIÓN ADECUADA DE NUESTRO APARATO, SE GRADÚA LA EXPOSICIÓN DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PELÍCULA RADIOGRÁFICA. PELÍCULAS LENTAS DAN RESULTADOS MÁS CORRECTOS, PUES PERMITEN LA REPRODUCCIÓN DE LOS DENTALES RADIOGRÁFICOS, QUE SERÁN PRECISOS, PARA LA INTERPRETACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS Y LA EXACTA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

2.3.2 TÉCNICAS DE LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL

2.3.2.1 POSICIÓN DEL PACIENTE. EL RESPALDO SE INCLINARÁ HACIA ATRÁS.

2.3.2.2 POSICIÓN DE LA CABEZA. ESTARÁ RECLINADA, DESCENDIENDO EL CABEZAL TODO LO QUE PERMITA LA COMODIDAD DEL PACIENTE, LUEGO SE ROTARÁ LA CABEZA DEL PACIENTE HACIA EL LADO OPUESTO AL DEL MOLAR POR RADIOGRAFIAR.

2.3.2.3 POSICIÓN DE LA PELÍCULA DENTAL. LA PELÍCULA DEBE

COLOCARSE ENTRE AMBAS ARCADAS DENTARIAS, LO MÁS DISTALMENTE POSIBLE, EL PACIENTE MORDERÁ CON MUCHA SUAVIDAD LA PELÍCULA, SU ÁNGULO DISTOBUCAL DEBE ENCONTRARSE LIGERAMENTE HACIA ARRIBA, CON EL FIN DE PERMITIRLE INSINUARSE ENTRE LA RAMA MONTANTE DE LA MANDÍBULA Y LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR.

2.3.2.4 POSICIÓN DEL APARATO DE RAYOS X. EL CONDO SE COLOCA POR DEBAJO DEL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA DE MANERA QUE EL RAYO CENTRAL SEA PERPENDICULAR A LA PELÍCULA Y PASE A TRAVÉS DEL MAXILAR Y DEL EJE MAYOR DEL MOLAR RETENIDO.

LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL NOS PROPORCIONARÁ:

- LA UBICACIÓN DEL TERCER MOLAR EN SU RELACIÓN BU-COLINGUAL.
- LA CANTIDAD DEL HUESO EXISTENTE DEL LADO BUCAL Y DEL LADO LINGUAL.
- LA RELACIÓN DEL MOLAR CON LA RAMA ASCENDENTE.
- LA DIRECCIÓN ANTEROPOSTERIOR DEL MOLAR

2.3.3 TÉCNICA RADIOGRÁFICA EXTRAORAL. ESTA INDICADA CUANDO SE NOS IMPIDE LA COLOCACIÓN INTRAORAL DE LA PELÍCULA (TRISMUS, PROCESOS INFLAMATORIOS, INTOLERANCIA DEL PACIENTE).

2.3.4 TÉCNICA RADIOGRÁFICA PANORÁMICA. ESTA TÉCNICA SOLO

LA UTILIZAREMOS PARA CORRECCIÓN DE DEFECTOS MAXILARES, PUES NOS DA UN ASPECTO PANORÁMICO DEL CRÁNEO, TANTO LATERAL COMO DE FRENTE,

CON EL RESULTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA, DE LOS EXÁMENES RADIOGRÁFICOS Y DE LOS EXAMENES CLÍNICOS DE LABORATORIO, PODREMOS OBTENER EL DIAGNÓSTICO, QUE LO PODEMOS DEFINIR COMO EL ACTO DE RECONOCER LA ENFERMEDAD O MOTIVO QUE AQUEJA AL PACIENTE; Y LO PODEMOS DIVIDIR EN:

- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, QUE ES LA DESCRIPCIÓN PRELIMINAR DE LA ENFERMEDAD, EL CUAL PODEMOS CAMBIAR AL OBTENER INFORMACIÓN ULTERIOR.
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, QUE ES EL PROCESO POR EL CUAL SE DISCRIMINA LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE, DE OTRAS CON LAS QUE PUEDE SER CONFUNDIDA, ES DECIR, QUE SE DETERMINA POR EXCLUSIÓN.
- DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO, PROCESO QUE SE IDENTIFICA CON LA AYUDA DEL MICROSCOPIO, ASÍ COMO CON LOS CAMBIOS MACROSCÓPICOS EN SU ESTRUCTURA Y FISIOLÓGIA.
- DIAGNÓSTICO FINAL, ES EL NOMBRE DEFINITIVO QUE SE ADJUDICA A LA ENFERMEDAD, DESPUÉS DE OBTENIDA TODA LA INFORMACIÓN POSIBLE DEL CASO.

2.4 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN TODA CIRUGÍA, SON LAS QUE FINALMENTE DIRIGEN EL RESULTADO DE UN DIAGNÓSTICO, DECIDIENDO SI LAS CONDICIONES FÍSICAS Y BUCALES DE NUESTRO PACIENTE SON LAS ÓPTIMAS PARA LLEVARSE A EFECTO LA CIRUGÍA BUCAL DIAGNOSTICADA; ESTAS LAS PODEMOS DIVIDIR EN:

2.4.1 GENERALES. QUE SON A NIVEL SISTEMÁTICO Y GENERAL DEL PACIENTE.

2.4.2 LOCALES. QUE SE REFIEREN A LAS ENFERMEDADES O ALTERACIONES PATOLÓGICAS A NIVEL BUCAL ÚNICAMENTE.

2.4.1.1 CONTRAINDICACIONES GENERALES

- LA DIABETES
- EDAD DEL PACIENTE (AVANZADA)
- CARDIOPATIAS (ARTERIOPATIAS, CORONARIAS, HIPERTENSIÓN, HIPOTENSIÓN, DESCOMPOSICIÓN CARDIACA)
- DISCRASIAS SANGUÍNEAS (ANEMIAS SIMPLES Y GRAVES, ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS COMO HEMOFILIA Y LAS LEUCEMIAS)
- ENFERMEDADES INFECCIOSAS (TUBERCULOSIS, SÍFILIS, CHANCRO ROCEO, TIFOIDEA, ETC.)

- ESTADOS PATOLÓGICOS COMO FIEBRE DE ORIGEN DESCOCNOCIDO (ENDOCARDITIS BACTERIANA SUB-AGUDA)
- ENFERMEDADES DÉBILES (OSTEOPOROSIS)
- ENFERMEDAD DE ADDISON O CUALQUIER DEFICIENCIA DE ESTEROIDES NEFRITIS
- ESTADOS FISIOLÓGICOS COMO EMBARAZO Y MENSTRUACIÓN (SÓLO EN ALGUNOS CASOS).

2.4.1.2 INDICACIONES GENERALES.

- DIABETES (CONTROLADA)
- EDAD DEL PACIENTE (JOVEN)
- AUSENCIA DE CARDIOPATIAS
- NO PRESENTAR DISCRASIAS SANGUÍNEAS
- AUSENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMO TUBERCULOSIS
- NO PRESENTAR ESTADOS FEBRILES
- EN ESTADOS FISIOLÓGICOS COMO EMBARAZO Y MENSTRUACIÓN (BAJO PRESCRIPCIÓN DEL MEDICO FAMILIAR)

2.4.2.1 INDICACIONES LOCALES.

- TRASTORNOS COMO CEFALÉA, NEURALGIAS, ODONTALGIAS, ETC.
- PRESENCIA DE ALGUNA PATOLOGÍA PULPAR, SEA CRÓNICA O AGUDA
- POR RAZONES ESTÉTICAS

- POR LA FALTA DE ESPACIO
- ALGUNA PATOLOGÍA DEL HUESO CIRCULANTE (QUISTES, TUMORES, OSTIOLITIS, NECROSIS, NEOPLASIAS).
- ENFERMEDAD PERIODONTAL, YA SEA AGUDA O CRÓNICA.

2.4.2.2 CONTRAINDICACIONES LOCALES.

- SI EL PACIENTE PRESENTA UN PROCESO INFECCIOSO (DEBERÁ TRATARSE ANTES).
- CUANDO LA IMPACTACIÓN NO CAUSA NINGÚN TRANSTORNO.
- CUANDO PRESENTA ALTERACIONES COMO GINGIVITIS O ESTOMATITIS;

CAPITULO III

BASES DE LA CIRUGIA BUCAL

3.1 CONOCIMIENTOS ANATOMICOS

EN LO QUE A CONOCIMIENTOS ANATÓMICOS CONCIERNE, ES DE SUMA IMPORTANCIA HACER UNA RESEÑA DE LAS REGIONES ANATÓMICAS, QUE SON DE MAYOR INTERÉS PARA EL CIRUJANO BUCAL. EL MAXILAR SUPERIOR Y LA MANDÍBULA, SON EL ASIENTO DE LA MAYOR PARTE DE LAS PATOLOGÍAS CON QUE SE ENCUENTRA EL CIRUJANO BUCAL.

3.1.1 MAXILAR SUPERIOR

ES UN HUESO DE FORMA CUADRILÁTERA, EN LA QUE DISTINGUIMOS DOS CARAS, UNA INTERNA Y OTRA EXTERNA, CUATRO BORDES Y CUATRO ÁNGULOS, EN EL ESPESOR DEL HUESO, EXISTE UNA CAVIDAD AMPLIA LLAMADA SENOS MAXILARES.

3.1.1.1 CARA INTERNA

DESTACA UNA SALIENTE HORIZONTAL, QUE ES LA APÓFISIS PALATINA, ÉSTA TIENE UNA CARA SUPERIOR QUE FORMA EL PISO DE LAS FOSAS NAALES Y OTRA INFERIOR Y RUGOSA QUE FORMA PARTE DE LA BÓVEDA PALATINA, QUE DIVIDE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR SUPERIOR EN DOS

PORCIONES; LA SUPRAPALATINA Y LA INFRAPALATINA.
EN EL BORDE POSTERIOR AL HUESO, EXISTEN RUGOSIDADES PARA ARTICULARSE CON LA PORCIÓN ASCENDENTE DEL PALATINO.

3.1.1.2 CARA EXTERNA

EN SU PARTE ANTERIOR SE OBSERVA LA FOSETA MIRTIFORME, FOSETA QUE ESTÁ LIMITADA POR LA EMINENCIA O GIBACANINA, POR ATRÁS Y ARRIBA, DESTACA LA APÓFISIS PIRAMIDAL, ESTA APÓFISIS PRESENTA; UNA BASE QUE SE UNE CON EL RESTO DEL HUESO, UN VÉRTICE QUE SE ARTICULA CON EL HUESO MALAR Y TRES CARAS.

- CARA SUPERIOR - FORMA PARTE DEL PISO DE LA ÓRBITA.
- CARA ANTERIOR - ES CONVEXA, EXHIBE DIVERSOS CANALES Y ORIFICIOS QUE SON LOS AGUJEROS DENTARIOS POSTERIORES.

3.1.1.3 BORDES

ESTA APÓFISIS PIRAMIDAL TAMBIÉN PRESENTA TRES BORDES:

- BORDE ANTERIOR - PRESENTA ABAJO, LA PARTE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PALATINA, ARRIBA, UNA ESCOTADURA QUE FORMA EL ORIFICIO ANTERIOR DE LAS FOSAS

- NASALES, MÁS ARRIBA ESTÁ LA APÓFISIS ASCENDENTE,
- BORDE POSTERIOR - CONSTITUYE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.
 - BORDE SUPERIOR - QUE ARTICULA CON EL UNGUIS.
 - BORDE INFERIOR - LLAMADO BORDE ALVEOLAR, EN DONDE SE PRESENTAN UNA SERIE DE CAVIDADES CÓNICAS O ALVEOLOS DENTARIOS, DONDE SE ALOJAN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES.

3.1.1.4 SENO MAXILAR

ES UNA CAVIDAD DE FORMA PIRAMIDAL, QUE SE LOCALIZA EN EL CENTRO DEL HUESO, PRESENTA PAREDES, BASE, - VÉRTICE Y BORDES.

3.1.1.4.1 PAREDES

- PARED ANTERIOR - ESTÁ LA FOSA CANINA.
- PARED SUPERIOR - ES EL LADO OPUESTO DE LA CARA ORBITARIA DE LA APÓFISIS PIRAMIDAL.
- PARED POSTERIOR - ES LA FOSA CIGOMÁTICA.
- PARED INFERIOR - ESTÁ EN RELACIÓN CON LAS RAÍCES DE LOS DIENTES.

3.1.1.4.2 BASE

FORMA LA PARTE DE LA PARED EXTERNA DE LAS FOSAS NASALES, EN ELLA SE LOCALIZA EL ORIFICIO DEL SENO.

3.1.1.4.3 VÉRTECE

ESTÁ VUELTO HACIA EL HUESO MALAR, Y SE CORRESPONDE CON EL VÉRTECE PIRAMIDAL.

3.1.2 MAXILAR INFERIOR O MANDÍBULA

FORMA LA PARTE INFERIOR DEL ESQUELETO DE LA CARA. ES UN HUESO SIMÉTRICO, IMPAR Y MEDIANO; EN EL QUE SE DISTINGUEN TRES PORCIONES; UN CUERPO Y DOS RAMAS.

3.1.2.1 CUERPO

TIENE FORMA DE HERRADURA, SE DISTINGUEN EN ÉL DOS CARAS Y DOS BORDES.

- CARA ANTERIOR - LLEVA EN LA LÍNEA MEDIA UNA CRESTA VERTICAL, RESULTADO DE LAS DOS MITADES DEL HUESO LLAMADA SINFISIS MENTONIANA, SU PARTE INFERIOR MÁS SALIENTE, ES LA EMINENCIA MENTONIANA, HACIA AFUERA Y ATRÁS, SE ENCUENTRA UN ORIFICIO LLAMADO AGUJERO MENTONIANO, MÁS ATRÁS HAY UNA LÍNEA SALIENTE, Y SE LE LLAMA LÍNEA OBLICUA EXTERNA DE LA MANDÍBULA, EN DONDE SE INSERTAN LOS MÚSCULOS TRIANGULAR DE LOS LABIOS, CUADRADO DE LA BARBA Y CUTÁNEO DEL CUELLO.

- CARA POSTERIOR - PRESENTA CERCA DE LA LÍNEA ME-

DIA, 4 EMINENCIAS LLAMADAS APÓFISIS GENI, DOS SUPERIORES EN DONDE SE INSERTAN LOS MÚSCULOS GENIOGLOSOS, Y DOS INFERIORES EN DONDE SE INSERTAN LOS MÚSCULOS GENIOHIOIDEOS, POR FUERA DE LA APÓFISIS GENI, SE OBSERVA LA FOSETA SUBLINGUAL, QUE ALOJA LA GLÁNDULA DEL MISMO NOMBRE, MAS AFUERA AÚN, SE ENCUENTRA UNA FOSETA SUBMAXILAR Y DA ALOJAMIENTO A LA GLÁNDULA DEL MISMO NOMBRE.

3.1.2.2 BORDES

- BORDE INFERIOR - ES COMO REDONDEADO, LLEVA DOS DEPRESIONES O FOSETAS DIGÁSTRICAS SITUADAS UNA A CADA LADO DE LA LÍNEA MEDIA, EN SU PARTE EXTERNA, SE ENCUENTRA EL CANAL PARA LA ARTERIA FACIAL.
- BORDE SUPERIOR - LLAMADO BORDE ALVEOLAR, PRESENTA UNA SERIE DE CAVIDADES O ALVEOLOS DENTARIOS.

3.1.2.3 RAMAS

SON DOS EN FORMA CUADRILATERA, SE DIRIGEN HACIA ARRIBA Y ATRÁS CON DOS CARAS Y CUATRO BORDES.

- CARA EXTERNA - PRESENTA RUGOSIDADES, DONDE SE INSERTA EL MASETERO.
- CARA INTERNA - PRESENTA, EN SU CENTRO, AL ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, POR

DONDE SE INTRODUCE EL NERVIO Y VASOS DENTARIOS INFERIORES, EN EL BORDE ANTEROINFERIOR DEL ORIFICIO, POR DELANTE Y DEBAJO DE ÉSTE, SE ENCUENTRA LA ESPINA DE SPIX,

3.1.2.4 BORDES

- BORDE ANTERIOR - OBLICUO DE ARRIBA, ABAJO Y DE ATRÁS, ADELANTE, RECORRIDO POR UN CANAL CUYOS LABIOS INTERNOS Y EXTERNOS SE CONTINÚAN HACIA EL CUERPO DE LA MANDÍBULA.
 - BORDE POSTERIOR - ES GRUESO, LLAMADO TAMBIÉN BORDE PAROTÍDEO, POR SU RELACIÓN CON LA GLÁNDULA PAROTIDA, TIENE FORMA DE "S"-ITÁLICA.
 - BORDE SUPERIOR - POSEE LA ESCOTADURA SIGMOIDEA, SITUADA ENTRE GRUESOS SALIENTES COMO LA APÓFISIS CORONOIDES POR DELANTE, Y EL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA POR DETRÁS.
- LA ESCOTADURA SIGMOIDEA ESTÁ ENVUELTA HACIA ARRIBA, Y COMUNICA LA REGIÓN MASETERINA, CON LA FOSA SIGMOIDÁTICA,
- EL CÓNDILO ES DE FORMA ELIPSOIDAL, CON UN EJE MAYOR CONVEXO, QUE SE UNE CON EL RESTO DEL HUESO MERCEO, A UN ESTRECHAMIENTO LLAMADO CUELLO DEL CÓN

DILO.

- BORDE INFERIOR - ÉSTE BORDE SE CONTINÚA CON EL BORDE INFERIOR DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA, POR DETRÁS QUE AL UNIRSE CON EL BORDE POSTERIOR, FORMA EL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA.

3.1.3 INERVACIÓN

LOS NERVIOS DE LAS REGIONES MAXILARES O GINGIVODENTALES, PROVIENEN DEL QUINTO PAR CRANEAL, LLAMADO TRIGÉMINO, EL CUAL, COMO SE SABE DA SENSIBILIDAD A TODA LA CARA. ESTO NOS EXPLICA LAS IRRADIACIONES DOLOROSAS, EXTENDIDAS A TODA UNA MITAD DE LA CARA DE ALGUNOS ENFERMOS, AFECTADOS POR UN SOLO DIENTE. DOS DE LAS TRES RAMAS DEL TRIGÉMINO QUE SON; EL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR Y EL MAXILAR INFERIOR, SE DIVIDEN EN NUMEROSAS RAMIFICACIONES, DE LAS CUALES, LAS MÁS IMPORTANTES SON:

3.1.3.1 MAXILAR SUPERIOR

- A) LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES, QUE DAN INERVACIÓN A LOS TRES MOLARES SUPERIORES.
- B) NERVIIO DENTARIO MEDIO, PARA LOS PREMOLARES Y EL CANINO.
- C) NERVIIO DENTARIO ANTERIOR, PARA LOS INCISIVOS Y

CANINOS.

- D) NERVIOS ESFENO PALATINO, QUE SE DIVIDE EN SIETE RAMAS, DE LAS CUALES LAS TRES ÚLTIMAS, PALATINO ANTERIOR, MEDIO Y POSTERIOR, VAN A DAR LA INERVACIÓN DEL PALADAR.

3.1.3.2 MAXILAR INFERIOR O MANDÍBULA

PROCEDE DE LA TERCERA RAMA DEL TRIGÉMINO, SE DIVIDE EN DOS TRONCOS:

- A) EL TRONCO ANTERIOR, QUE DA ORIGEN A LAS RAMAS TEMPORO PROFUNDO MEDIO Y TEMPORO MASETERINO.
- B) EL TRONCO POSTERIOR, QUE DA ORIGEN A CUATRO RAMAS, DE LAS CUALES, LA MÁS IMPORTANTE ES EL NERVIOS DENTARIO INFERIOR, DESTINADO A INERVAR LOS MOLARES INFERIORES. LAS RAMAS TERMINALES DEL DENTARIO INFERIOR SON; EL NERVIOS MENTONIANO, QUE DA LA INERVACIÓN A PREMOLARES Y CANINO Y EL NERVIOS INCISIVO.

3.1.4 MÚSCULOS MASTICADORES

LOS MÚSCULOS MASTICADORES SON EN NÚMERO DE CUATRO, E INTERVIENEN EN LOS MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y DE LATERALIDAD DEL MAXILAR INFERIOR O MANDÍBULA. SON

LOS SIGUIENTES:

- TEMPORAL
- MASETERO
- PTERIGOIDEO INTERNO
- PTERIGOIDEO EXTERNO

EXISTEN OTROS MÚSCULOS RELACIONADOS A LA MANDÍBULA Y QUE ORIGINAN SUS MOVIMIENTOS DE DESCENSO.

3.1.4.1 TEMPORAL

MÚSCULO QUE SE EXTIENDE EN FORMA DE ABANICO, CUYO VÉRTICE SE DIRIGE A LA APÓFISIS CORONOIDES DE LA MANDÍBULA.

3.1.4.1.1 INSERCIÓN

POR ARRIBA, EN LA LÍNEA CURVA DEL PARIETAL INFERIOR Y EXTRECHÁNDOSE EN FORMA DE ABANICO HACIA ABAJO, PARA INSERTARSE A LA APÓFISIS CORONOIDES.

3.1.4.1.2 RELACIONES

- CARA SUPERFICIAL - CON VASOS Y NERVIOS TEMPORALES SUPERFICIALES,
- CARA PROFUNDA - CON NERVIOS Y ARTERIAS TEMPORALES PROFUNDAS.
- PARTE INFERIOR - CON LOS PTERIGOIDEOS, BUCCINADOR Y BOLA GRASOSA DE BICHAT,

3.1.4.1.3 INERVACIÓN

DE LA INERVACIÓN SE ENCARGA LOS TRES NERVIOS TEMPORALES PROFUNDOS.

3.1.4.1.4 ACCIÓN

ELEVA LA MANDÍBULA Y LA DIRIGE HACIA ATRÁS.

3.1.4.2 MASETERO

SE EXTIENDE DESDE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA, HASTA LA CARA EXTERNA DEL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA, ESTÁ CONSTITUIDO POR UN HAZ SUPERFICIAL Y UN HAZ PROFUNDO.

3.1.4.2.1 INSERCIÓNES

- HAZ SUPERFICIAL, CON EL ARCO CIGOMÁTICO
- HAZ PROFUNDO, POR ARRIBA CON LA CARA INTERNA DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA Y TERMINA HACIA ABAJO EN ÁNGULO EXTERNO DE LA MANDÍBULA.

3.1.4.2.2 RELACIONES

- CARA EXTERNA, SE RELACIONA CON LA ARTERIA TRANSVERSAL DE LA CARA, PROLONGACIÓN MASETERINA DE LA PA RÓTIDA, RAMOS NERVIOSOS DEL FACIAL, CANAL DE STENON Y CUTÁNEO DEL CUELLO.
- CARA PROFUNDA, CON LA ESCOTADURA SIGMOIDEA, NERVIOS Y ARTERIA MASETERINA, APÓFISIS CORONOIDES.

3.1.4.2.3 INERVACIÓN

INERVADO POR EL NERVIO MASETERINO,

3.1.4.2.4 ACCIÓN

ELEVA LA MANDÍBULA

3.1.4.3 PTERIGOIDEO INTERNO

ESTE MÚSCULO COMIENZA EN LA APÓFISIS PTERIGOIDES, Y TERMINA EN LA PORCIÓN INTERNA DE LA MANDÍBULA.

3.1.4.3.1 RELACIONES

CARA EXTERNA. - CON LA CARA INTERNA DE LA RAMA -- ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA, ESTE MÚSCULO CONSTITUYE UN ÁNGULO DIEDRO, POR DONDE SE DESLIZAN EL NERVIO LINGUAL, DENTARIO INFERIOR Y LOS VASOS DENTARIOS. ENTRE LA CARA INTERNA DEL PTERIGOIDEO Y LA FARINGE, SE ENCUENTRA EL ESPACIO MAXILOFARINGEO, POR DONDE ATRAVIESAN VASOS Y NERVIOS MUY IMPORTANTES COMO; NEUMOGÁSTRICO, GLOSOFARINGEO, ESPINAL, CARÓTIDA INTERNA Y LA YUGULAR INTERNA,

3.1.4.3.2 INERVACIÓN

INERVADO POR EL NERVIO PTERIGOIDEO INTERNO.

3.1.4.3.3 ACCIÓN

ELEVACIÓN DE MANDÍBULA Y PROPORCIONA PEQUEÑOS MOVIMIENTOS LATERALES.

3.1.4.4 PTERIGOIDEO EXTERNO

SE EXTIENDE DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES, AL CUELLO DEL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA, Y SE DIVIDE EN DOS HACES:

- SUPERIOR O ESFENOIDAL
- INFERIOR O PTERIGOIDEO

3.1.4.4.1 INSERCIONES

- HAZ SUPERIOR - EN LA SUPERFICIE CUADRILÁTERA DEL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES.
- HAZ INFERIOR - SE FIJA SOBRE LA CARA EXTERNA DEL ALA EXTERNA DEL PTERIGOIDEO.

3.1.4.4.2 RELACIONES

- POR ARRIBA, ESTÁ EN RELACIÓN CON LA BÓVEDA DE LA FOSA CIGOMÁTICA,
- SU CARA ANTEROEXTERNA, SE RELACIONA CON LA ESCOTADURA SIGMOIDEA,
- SU CARA POSTEROINTERNA, SE RELACIONA CON EL PTERIGOIDEO INTERNO.

3.1.4.4.3 INERVACIÓN

RECIBE DOS RAMOS NERVIOSOS PROCEDENTES DEL BUCAL.

3.1.4.4.4 ACCIÓN

PROPORCIONA MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD.

3.2 ASEPSIA Y ANTISEPSIA

3.2.1 ASEPSIA MEDIOS DE QUE NOS VALEMOS, PARA EVITAR QUE LOS MICROORGANISMOS LLEGUEN AL ÁREA QUIRÚRGICA.

3.2.2 ANTISEPSIA MEDIOS DE QUE NOS VALEMOS, PARA COMBATIR LOS MICROORGANISMOS CUANDO HAN LLEGADO AL ÁREA QUIRÚRGICA.

LA ASEPSIA APLICADA A LA CIRUGÍA BUCAL DATA DE 1867 EN DONDE A LISTER SE LE RIDICULIZÓ CUANDO PRESENTÓ SUS DOCTRINAS SOBRE ASEPSIA, EL CIRUJANO INSISTÍA EN QUE SE LAVARAN PERFECTAMENTE LAS MANOS ANTES DE CADA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

ANTIGUAMENTE TODA HERIDA QUIRÚRGICA SE INFECTABA, PUES ELLOS CONSIDERABAN LA FORMACIÓN DEL "PUS" COMO FASE NECESARIA DE SU CURACIÓN.

WILLIAM S. HALSTED, FUÉ EL PRIMER PROFESOR DE CIRUGÍA EN LA ESCUELA DE MEDICINA QUE UTILIZÓ GUANTES DE HULE, EN AQUELLA ÉPOCA HUBO GRAN OPOSICIÓN TANTO DE PARTE DE PACIENTES, COMO DE MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES Y, AÚN AHORA EXISTE A VECES LA OPOSICIÓN EN LA ODONTOLOGÍA.

NO ES RAZONABLE ABANDONAR LOS MÉTODOS SISTEMÁTICOS DE

ASEPSIA EN LA CIRUGÍA BUCAL, PUÉS ÉSTOS ELIMINAN ALGUNOS DE LOS PELIGROS DE LA INFECCIÓN CRUZADA, ES DECIR, OPERADOR - PACIENTE, PACIENTE - OPERADOR Y LA DE PACIENTE A PACIENTE (POR LOS INSTRUMENTOS).

DEBIDO A QUE LA CAVIDAD BUCAL ES UN CAMPO IDEAL PARA LA MULTIPLICACIÓN DE UNA GRAN VARIEDAD DE MICROORGANISMOS, LA ASEPSIA COMPLETA EN LA CIRUGÍA PUEDE SER UN IDEAL QUE QUIZÁS NUNCA SE LOGRE.

DENTRO DE LA ASEPSIA, PARA LLEVAR A CABO UNA CIRUGÍA SE DEBE INCLUIR LAS TÉCNICAS MODERNAS DE FABRICACIÓN, ESTERILIZACIÓN Y EMPAQUE, QUE NOS PROPORCIONAN ACTUALMENTE ARTÍCULOS EMPACADOS CONVENIENTEMENTE, PARA USARSE UNA - SOLA VEZ Y DESECHARSE DESPUÉS.

LA LIMPIEZA DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA TRATAR A UN PACIENTE, SE PUEDE DESCRIBIR COMO DESINFECCIÓN O COMO ESTERILIZACIÓN, LOS DOS PROCESOS SON DISTINTOS Y PRODUCEN RESULTADOS FINALES DIFERENTES.

3.2.3 DESINFECCIÓN

PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE DESTRUYEN MUCHOS MICROORGANISMOS, PERO NO TODOS, LAS EXCEPCIONES MÁS IMPORTANTES SON; MUCHOS VIRUS Y GÉRMESES FORMADORES DE ESPORAS COMO EL TÉTANOS Y EL DE LA TUBERCULOSIS.

3.2.3.1 TÉCNICAS DE DESINFECCIÓN

3.2.3.1.1 - LA EBULLICIÓN (EN DESUSO)

3.2.3.1.2 - USO DE PRODUCTOS QUÍMICOS COMO EL ALCOHOL O
EL CLORURO DE BENZALCONIO,

3.2.4 ESTERILIZACIÓN

PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE MATAN TODOS LOS MICRO-
ORGANISMOS, INCLUIDOS VIRUS Y ESPORAS.

3.2.4.1 TÉCNICAS DE ESTERILIZACIÓN

- AUTOCLAVE
- CALOR SECO
- POR GAS
- ESTERILIZADORES ULTRASÓNICOS

LA ESTERILIZACIÓN ES OBLIGATORIA PARA CUALQUIER
INSTRUMENTO QUE PENETRE EN LOS TEJIDOS Y SE CONTA-
MINE CON SANGRE O PUS.

3.2.4.1.1 AUTOCLAVE.- ES EL MÁS EFICAZ DE TODOS LOS ME-
DIOS DE ESTERILIZACIÓN, SI EL VAPOR LLEGA A TODAS
LAS PORCIONES DE LOS MATERIALES CONTENIDOS EN EL
APARATO. (DESTRUYE HONGOS Y ESPORAS), PROPORCIONA
CALOR HÚMEDO EN FORMA DE VAPOR SATURADO A PRESIÓN.
EL PERÍODO DE ESTERILIZACIÓN ES DE 15 MINUTOS A
120°C Ó 20 MINUTOS, SI LOS INSTRUMENTOS ESTÁN EN-
VUELTOS EN TOALLAS.

3.2.4.1.2 CALOR SECO.- ESTE MÉTODO ES EFICAZ SI ACTÚA EN EL TIEMPO SUFICIENTE. LOS PAÑOS Y LAS GASAS DEBEN EXPONERSE AL CALOR SECO DURANTE 3 HORAS A 160°C (UNA HORA ES SUFICIENTE PARA INSTRUMENTOS DE CORTE COMO TIJERAS O CINCELES).

3.2.4.1.3 POR GAS.- EL GAS ÓXIDO DE ETILENO ES LETAL PARA TODAS LAS BACTERIAS, ESPORA, VIRUS Y HONGOS. NO ES CORROSIVO NI ATACA A LOS TEJIDOS, GOMA O PLÁSTICOS. LOS INSTRUMENTOS DEBERÁN ESTAR LIBRES DE RESIDUOS, SANGRE O MOCO, ESTE MÉTODO REQUIERE MÁS TIEMPO QUE EL VAPOR, SU PERÍODO ES DE 3 A 12 HORAS, SEGÚN TAMAÑO Y LA NATURALEZA DEL MATERIAL QUE SE REQUIERE ESTERILIZAR.

3.2.4.1.4 ESTERILIZADORES ULTRASÓNICOS.- LOS MICROBIÓLOGOS HAN UTILIZADO EQUIPOS DE ULTRASONIDO CON OBJETO DE FRACTURAR LAS PAREDES CELULARES DE LOS MICROORGANISMOS. ACTUALMENTE SE UTILIZA UN APARATO DE FRECUENCIAS ELEVADAS Y COMO RESULTADO MATAN BACTERIAS, ESPORAS Y VIRUS EN 5 MINUTOS.

3.3 INSTRUMENTAL QUIRURGICO

EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO UTILIZADO PARA CUALQUIER CIRUGÍA BUCAL DEBERÁ CONTAR CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- LA FORMA
- EL MODELO
- QUE EL EMPLEO DE DICHS INSTRUMENTOS LE PERMITAN AL OPERADOR SALIR ADELANTE ANTE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA.

3.3.1 ESCALPELO.- BISTURÍ QUIRÚRGICO, LARGO Y ESTRECHO, RECTO O CURVO, CON UNA HOJA CORTANTE, QUE SE USA PARA LA INCISIÓN DE TEJIDOS; EL MÁS USADO ES EL TIPO BARD-PARKER, ESTE ES DE MANGOS NUMS.; TRES Y CUATRO Y LA HOJA CAMBIABLE QUE SE PRESENTA TAMBIÉN EN NÚMERO DE ACUERDO CON LA FORMA DE LA MISMA.

3.3.1.1 Usos.- PARA INCIDIR, SE TOMA COMO LÁPIZ ENTRE LOS DEDOS ÍNDICE, MEDIO Y PULGAR, MIENTRAS QUE EL MEÑIQUE Y ANULAR SIRVEN DE APOYO. TAMBIÉN PUEDE ASIRSE COMO CUCHILLO DE MESA, TOMÁNDOSE EL MANGO CON LA PALMA DE LA MANO VUELTO HACIA ABAJO, ENTRE EL PULGAR, MIENTRAS EL ÍNDICE MODERA LA PRESIÓN SOBRE EL LOMO DE LA HOJA SIRVIENDO DE APOYO.

CUATRO PUEDEN CONSIDERARSE LOS PRINCIPIOS PARA EJECUTAR LA INCISIÓN:

- MENTALMENTE CALCULADA LA INCISIÓN, ÉSTA DEBE REALIZARSE DE UN SOLO TRAZO CON UNA LONGITUD DETERMINADA.
- MANTENER A LO LARGO DE LA INCISIÓN UNA PRESIÓN CONSTANTE.
- SE DEBERÁ INCIDIR PERPENDICULAR AL PLANO QUE SE INDIQUE,
- AL REALIZAR LA INCISIÓN, MANTENER INMOVILIZADO O PUESTO EN TENSIÓN EL TEJIDO.

3.3.2 LEGRA.- ESTE INSTRUMENTO TIENE UNA ÁREA DE TRABAJO FILOSA EN BISEL. EXISTEN FORMAS DIFERENTES, PERO EN CIRUGÍA BUCAL LA MÁS COMÚN ES PARECIDA A LA ESPÁTULA DE CERA NÚMERO 7.

3.3.2.1 USOS.- PARTIENDO DE LA INCISIÓN, MEDIANTE MOVIMIENTOS DE IMPULSIÓN PEGADO AL HUESO, SIRVE PARA LEVANTAR TEJIDO MUCOPERIOSTIO E INSERCIONES MUSCULARES, DEBE TENERSE CUIDADO DE NO PERFORAR LA MUCOSA.

DEBEMOS RECORDAR QUE EL PERIOSTIO ES FUNDAMENTAL PARA LA REGENERACIÓN ÓSEA, SOBRE TODO CUANDO EXIS-

TEN O HACEMOS GRANDES MUTILACIONES MAXILARES.

3.3.3 SEPARADORES

NOS VALEMOS DE LOS SEPARADORES PARA LOGRAR UNA BUENA VISIBILIDAD DEL CAMPO OPERATORIO. ADEMÁS, LOS PROTEGE DE TRAUMAS CON OTROS INSTRUMENTOS.

3.3.3.1 USOS.- SI SE CUENTA CON AYUDANTE, ESTE RECHAZA LOS TEJIDOS VALIÉNDOSE DE UNA O DOS MANOS, SEGÚN EL CASO; EL CIRUJANO TIENE AMPLIA LIBERTAD PARA TRABAJAR SIN MOLESTIAS. AL FALTAR EL AYUDANTE, EL CIRUJANO SEPARA LOS TEJIDOS AUXILIÁNDOSE DE LA MANO IZQUIERDA MIENTRAS CON LA OTRA INTERVIENE QUIRÚRGICAMENTE.

3.3.3.2 REQUISITOS.- EL SEPARADOR DEBE APOYARSE PREFERENTEMENTE SOBRE EL TEJIDO ÓSEO Y EN CASO QUE SEA TEJIDOS BLANDOS, SOLTAR ESTOS, DE TAL MANERA, QUE SU CIRCULACIÓN SANGUÍNEA NO SE INTERRUMPA POR LARGO TIEMPO.

EL DEPRESOR DE LENGUA Y EL ESPEJO PUEDEN, EN DETERMINADO MOMENTO, SER SUFICIENTES PARA SEPARAR CARRILLOS.

3.3.4 FRESA QUIRÚRGICA.- ES UN INSTRUMENTO QUE TIENE PUNTAS ANFRACTUOSAS CORTANTES.

3.3.4.1 Usos.- ESTOS PUEDEN ADAPTARSE A UN MOTOR ELÉCTRICO O A UN MANUAL QUE AL GIRAR, CORTA HUESOS O TEJIDO DENTARIO.

3.3.4.2 REQUISITOS

- LOS TEJIDOS DEBEN MANTENERSE ALEJADOS Y PROTEGIDOS PARA QUE LA FRESA AL GIRAR, NO LO ARROLLE CON MUTILANTES EFECTOS.
- AL TIEMPO QUE SE GIRA SOBRE HUESO, APLICAR UN CHORRO DE AGUA ESTÉRIL O SOLUCIÓN SALINA TIBIA PARA EVITAR EL SOBRECALENTAMIENTO DE LOS TEJIDOS Y DE LA FRESA.
- PROCURAR SIEMPRE UN BUEN PUNTO DE APOYO, PARA EVITAR QUE SE CORRA LA FRESA.
- LAS FRESAS QUIRÚRGICAS PUEDEN SER EN FORMA DE FLAMA, BOLA, FISURA, ETC.

3.3.5 LIMA PARA HUESO.- EN SU EXTREMO PRESENTA UN RALLADO CON FILO QUE PUEDE COMPARARSE A LA LIJA Y A LA ESCOFINA UTILIZADAS EN CARPINTERÍA.

3.3.5.1 Usos.- MEDIANTE MOVIMIENTOS DE TRACCIÓN CORTA EL HUESO, LOGRANDO CON ESTO SU ALIZAMIENTO Y REGULARIZACIÓN.

RECUERDESE COMO NORMA; CUANDO HEMOS TRABAJADO EN HUESO, LAVAR MUY BIEN UNA VEZ TERMINADO EL ACTO

QUIRÚRGICO. UN FRAGMENTO, QUE QUEDE SUELTO PUEDE ORIGINAR FRACASO DE LA OPERACIÓN O DIFICULTAD EN SU CICATRIZACIÓN.

3.3.6 PINZAS HEMOSTÁTICAS.- LAS PINZAS SON INSTRUMENTOS QUE PRESENTAN UN MECANISMO DE CIERRE Y FIJACIÓN, ADEMÁS SUS BOCADOS SON LARGOS Y FINOS CON MORDIMIENTOS RUGOSOS, PARA EVITAR SU DESLIZAMIENTO AL TOMAR Y COMPRIMIR EL VASO SANGRANTE, ALGUNAS VECES AL PRESIÓN DEL INSTRUMENTO ES SUFICIENTE PARA OBTURAR EL VASO, OTRAS HAY QUE LIGARLO PARA PODER QUITAR LAS PINZAS. LAS HAY RECTAS Y CURVAS.

3.3.6.1 Usos.- LOS PRINCIPALES SON LOS SIGUIENTES:

- PARA PINZAR VASOS
- PARA DISECCIÓN ROMA
- PARA TOMAR PEQUEÑOS FRAGMENTOS ÓSEOS
- PARA TOMAR PUNTOS DE SUTURA PARA LUEGO CORTARLOS.
- PARA TOMAR EL TEJIDO Y HACER ERACCIÓN.

3.3.7 PINZAS DE ALLIS.- ESTAS PINZAS TIENEN SUS BOCADOS COMO SI FUERAN DE SIERRA Y GENERALMENTE SIRVEN PARA TOMAR TEJIDOS, NO LOS MACHACA Y SÍ LOS SOSTIENE PERFECTAMENTE.

3.3.8 PINZA PORTAGASA.- SON INSTRUMENTOS CUYOS MORDIENTES LISOS NO PERMITEN LA PERMANENCIA DE HEBRAS DE LA GASA ATRAPADA.

3.3.9 TIJERAS.- EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE ESTOS INSTRUMENTOS. SU PUNTA PUEDE SER ROMA, AGUDA O COMBINACIÓN DE AMBAS.

LA ZONA CORTANTE PUEDE SER AMPLIA O CORTA. EXISTEN VARIOS TIPOS QUE LLEVAN EL NOMBRE DE SU INVENTOR O FABRICANTE, ASÍ TENEMOS DE TIPO DEAN, METZENBAUM.

3.3.9.1 Usos.- LOS PRINCIPALES USOS QUE SE LES DA, SON LOS SIGUIENTES:

- REGULARIZAR BORDES
- DISECCIÓN ROMA
- PARA ABORDAR ABCESOS
- CORTAR SUTURAS

3.3.10 PINZAS PORTAAGUJAS.- INSTRUMENTOS DISEÑADOS ESPECIALMENTE PARA ASIR LA AGUJA DE SUTURA CURVAS.

3.3.11 ASPIRADOR.- EL SISTEMA DE ASPIRACIÓN DEBE SER POR MEDIO DE UN SISTEMA GENERAL QUE LLEGA AL QUIRÓFANO POR TUBERÍA O DIRECTAMENTE A UN APARATO PORTÁTIL EN EL MISMO QUIRÓFANO. LA MANGUERA, QUE PUEDE SER DE HULE O DE PLÁSTICO, LLEGA AL CAMPO OPERATORIO OBTIAMENTE ESTÉRIL, EN CUYO EXTREMO CONECTAMOS

LA CÁNULA METÁLICA, CUANDO SE PERCIBE LA OBSTRUCCIÓN PARCIAL DEL ASPIRADOR DEBE INMEDIATAMENTE SER DESTAPADO. ESTO PUEDE LOGRARSE CON ALGÚN ALAMBRE ESTÉRIL REMOVIÉNDOLO, AYUDANDO CON LA ASPIRACIÓN - DE AGUA ESTÉRIL.

3.3.11.1 Usos.- GENERALMENTE ESTE SISTEMA ES MANEJADO - POR EL AYUDANTE, EL CUAL DEBE VIGILAR QUE EL CAMPO OPERATORIO TENGA VISIBILIDAD PARA EL OPERADOR, SIN OBSTACULIZAR SU LABOR, PROCURANDO SITUAR SU CÁNULA DE MAYOR DECLIVE.

LAS ÁREAS QUE METÓDICAMENTE DEBEN MANTENERSE LIBRES DE SALIVA, SANGRE, ETC., SON LAS SIGUIENTES:

- CAMPO OPERATORIO
- TRIÁNGULOS RETROMOLARES
- PARTE POSTERIOR DE LA LENGUA, ITSMO DE LAS FAUCES.
- PISO DE LA BOCA

EN DETERMINADO MOMENTO, EL ASPIRADOR, AL MISMO TIEMPO QUE CUMPLE SU FUNCIÓN ESPECÍFICA, PUEDE HACERLO DE SEPARADOR.

EL TUBO DEL ASPIRADOR QUEDA SOBRE LOS CAMPOS QUE CUBREN AL ENFERMO Y SE FIJA A ELLOS POR MEDIO DE UNAS PINZAS DE CAMPO QUE LO APRISIONAN, TAMBIÉN -

PUEDE PASAR EL TUBO POR LA PERCHERA DE LA BATA DEL AYUDANTE EVITANDO QUE RESBALE Y CAIGA AL SUELO Y SE CONTAMINE.

3.3.12 ABREBOCAS.- SON INSTRUMENTOS QUE SIRVEN PARA MANTENER ABIERTA LA CAVIDAD BUCAL, TENIENDO COMO PUNTOS DE APOYO LAS ARCADAS DENTARIAS, EXISTIENDO DIFERENTES FORMAS CON APOYO UNILATERAL O BILATERAL.

3.3.13 OSTEOTOMOS.- COMO SU NOMBRE LO INDICA, SIRVEN PARA REGULARIZAR HUESO, RECIBEN OTRAS DESIGNACIONES, TALES COMO CIZALLA, ALVEOLO TOMO, GURBIA, O PINZAS DE RONGEUR, SU FINALIDAD ES LA MISMA; CAMBIAR LA FORMA DE SUS BOCADOS, QUE PUEDEN SER RECTOS O CURVOS, CON PUNTA AGUDA O ROMA. DEBERÁN CONSIDERARSE TAMBIÉN A LOS CINCELES EN SUS DIFERENTES FORMAS.

3.3.14 AGUJAS QUIRÚRGICAS.- REQUERIMIENTOS.

EL TEMPLE DE UNA BUENA AGUJA ES IMPORTANTE, RESULTANTE DE UNA COMBINACIÓN DE MATERIALES Y FABRICACIÓN; DEBE SER FUERTE, SUFICIENTEMENTE RÍGIDA PARA NO DOBLARSE FACILMENTE Y QUE AL HACERLO NO SE QUIEBRE, DISEÑADA EN UNA FORMA QUE PUEDA TOMARSE CON EL PORTAAGUJAS, QUE NO SE VOLTEE Y QUE PASE LOS TE

JIDOS CON UN MÍNIMO DE RESISTENCIA,

3.3.14.1 Tipos. - ESTAS SE CLASIFICAN POR SU OJO, EJE Y PUNTA, Y LLEVAN EL NOMBRE DEL CIRUJANO QUE LAS INVENTÓ Y LAS HIZO FAMOSAS.

- POR SU OJO. - ESTAS PUEDEN TENERLO O CARECER DE ÉL; LAS PRIMERAS PUEDEN SER DE OJO ÚNICO O DE COSTURERA, O DOBLE COMO LAS LLAMADAS A LA FRANCE SA U OJO HENDIDO, LAS QUE CARECEN DE OJO DESDE SU ELABORACIÓN, EL HILO VA UNIDO AL EXTREMO DEL CUERPO DE LA AGUJA; SE LES LLAMA ATRAUMÁTICAS PORQUE AL PASAR POR LOS TEJIDOS NO LOS FORZA NI LOS LEVANTA, YA QUE EL DIÁMETRO DEL HILO DE SUTU RA NO EXCEDE EL CALIBRE DEL CUERPO DE LA AGUJA. CUANDO LA AGUJA DE OJO SE ENHEBRA, EL HILO DE SU TURA QUEDA DOBLE, ÉSTE DOBLE HILO CAUSA MAYOR TRAUMA AL PASAR POR LOS TEJIDOS QUE EL ÚNICO HILO.
- POR SU EJE. - PUEDEN SER CURVAS O RECTAS, O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS. LAS CURVAS PUEDEN SER DE MEDIO CÍRCULO DE $1/8$ Y SEMICURVAS.
- POR SU PUNTA. - SE CLASIFICAN EN CORTANTES; LAS PRIMERAS TIENEN UNA PUNTA TRIANGULAR Y BORDES CORTANTES QUE PUEDEN EXTENDERSE POR EL CUERPO DE

LA AGUJA, SEA POR SU CURVATURA INTERNA O EXTERNA.

3.4 MATERIAL QUIRÚRGICO

EL MATERIAL QUIRÚRGICO QUE SE EMPLEA PARA LAS CIRUGÍAS BUCALES ES PREPARADO CON SUMO CUIDADO ANTES DE LA INTERVENCIÓN,

EN SEGUIDA MENCIONAREMOS LOS MATERIALES QUIRÚRGICOS MÁS COMUNMENTE USADOS:

- SUERO FISIOLÓGICO
- GASAS ESTÉRILES
- JERINGAS DESECHABLES
- BENZAL
- MATERIALES DE RELLENO
- GUANTES
- CUBREBOCAS Y GORRO
- CAMPOS ESTERILES

3.4.1 SUERO FISIOLÓGICO. EL SUERO ES MUY ÚTIL PARA IRRIGAR LA ZONA INTERVENIDA, POR MEDIO DE UNA JERINGA HIPODÉRMICA O DE UN FRASCO DE SUERO ADAPTADO A ESTE MENESTER,

EL SUERO NOS VA A SERVIR PARA EVITAR EL CALENTAMIENTO DEL HUESO AL ESTAR HACIENDO EL FRESADO, Y PARA LIMPIAR LA CARA DEL PACIENTE DESPUÉS DE TERMINAR LA OPERACIÓN.

- 3.4.2 GASAS. EN CIRUGÍA BUCAL SE UTILIZAN TROZOS DE GASAS PEQUEÑAS Y DIMINUTAS, EN UN TAMBOR SE DISPONEN GASAS DE 5x10 CM, CON LOS BORDES DOBLADOS, TAMBIÉN PUEDEN USARSE TAPONES, QUE SE OBTIENEN DOBLANDO VARIAS VECES SOBRE SÍ MISMA UNA HOJA DE GASA DE 20x20 CM., SE OBTIENE ASÍ UN ELEMENTO MUY ÚTIL PARA COHIBIR LA SANGRE O LIMPIAR LAS CAVIDADES ÓSEAS - GRANDES. PUEDEN PREPARARSE TAPONES DE MENOR TAMAÑO MUY ÚTILES EN EXODONCIA DOBLANDO UNA GASA DE 10x10 CM., EL LOMO DE LA GASA SE COSE CON HILO Y SE OBTIENE UN TAPÓN DE 2 CM. DE LARGO POR UN CM. DE ALTO.
- 3.4.3 JERINGAS DESECHABLES. POR INTERMEDIO DE LAS JERINGAS DESECHABLES, SE IRRIGA LA ZONA EN OPERACIÓN AL MOMENTO DE ESTAR HACIENDO EL FRESADO.
- 3.4.4 BENZAL. SE UTILIZA EL BENZAL PARA LA ASEPSIA DE LA ZONA DONDE SE HA REALIZADO LA OPERACIÓN.
- 3.4.5 MATERIALES DE RELLENO. LOS MATERIALES DE RELLENO SON ABSORBENTES Y NO ABSORBENTES. LOS ABSORBENTES SON EL GELFOAN, FIBRONFOAN (ESPUMA DE FIBRINA) OXICEL Y NEOMÍN; LOS NO ABSORBENTES SON LA GASA PETROLADA.
- 3.4.6 GUANTES. TODA OPERACIÓN NECESITA EL MÁXIMO DE SE-

GURIDAD DE ESTERILIZACIÓN POSIBLE. SÓLO PUEDE REALIZARSE ESTE PROPÓSITO CALZANDO EL CIRUJANO GUAANTES DE GOMA ESTERILIZADOS.

3.4.7 CUBREBOCA Y GORRO. EL OBJETO DEL CUBREBOCA EN CIRUGÍA BUCAL, ADEMÁS DE PROTEGER EL CAMPO OPERATORIO DE LA FLORA DEL CIRUJANO (PELIGRO RÉMOTO), ES EL DE QUE ÉSTE SE PROTEJA Y DEFIENDA DE LOS PELIGROS DE INFECCIONES QUE PUEDEN TRASMITIRLE EL PACIENTE, O POR LO MENOS EVITAR QUE SOBRE SU CARA SALPIQUE SANGRE, PUS, EL AGUA DE LAVAJES, O SALTEN RESTOS DE HUESO DENTARIO.

LA HIGIENE DEL OPERADOR DEBE HACERSE PROTEGIENDO - SU BOCA Y NARIZ CON UN TROZO DE LIENZO.

EL GORRO ES UN CUBRE-CABEZA DE GÉNERO QUE PROTEGE LA CABEZA DEL OPERADOR.

3.4.8 COMPRESAS. PARA LA LIMITACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO SE UTILIZAN LAS COMPRESAS, QUE SON TROZOS DE GÉNERO ESTERILIZADOS Y SE ÚTILIZAN PARA PROTEGER AL PACIENTE Y LA MESA PARA INSTRUMENTAL. ESTAS COMPRESAS DEBERÁN SER DE 1.20 MTS. DE LARGO POR 0.80 MTS. DE ANCHO, ESTAS COMPRESAS SE COLOCAN SOBRE LA CARA Y CABEZA DEL PACIENTE, O LAS QUE TIENEN FORMA DE CAPUCHÓN QUE SE UBICAN DEJANDO AL DESCUBIER

TO PARTE DE LA CARA Y LA REGIÓN BUCAL, UNA DE LAS COMPRESAS SE COLOCA SOBRE EL PECHO DEL PACIENTE Y LA OTRA, RODEA A MODO DE TURBANTE LA CABEZA DEL PACIENTE, SE UNEN POR INTERMEDIO DE PINZAS DE CAMPO O UNOS ALFILERES DE GANCHO, ANTES DE SER COLOCADAS LAS COMPRESAS, DEBE SER CUIDADOSAMENTE ESTERILIZADA LA PIEL DE SU CARA CON ALCOHOL YODADO O ALGUNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA.

3.5 SUTURAS,

LA SUTURA TIENE POR OBJETO UNIR DOS PLANOS INCIDIDOS; PARA TENER UNA BUENA CICATRIZ DEBEMOS HACERLO POR PLANOS, EMPLEANDO LA CLASE DE SUTURA Y MATERIAL ADECUADO PARA CADA UNO DE ESTOS PLANOS. SUS DISTINTOS TIPOS Y MATERIALES, ASÍ COMO LA INCISIÓN, ES EL PASO PRELIMINAR EN TODA TÉCNICA QUIRÚRGICA; LA SUTURA ES EL COMPLEMENTO Y LA FIRMA DE TODO BUEN CIRUJANO, PUES SEGÚN SE LLEVE A CABO ÉSTA, TENDEMOS EL TIPO DE CICATRIZACIÓN.

3.5.1 MATERIALES DE SUTURA. ESTOS SON MÚLTIPLES, PERO EN GENERAL SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS:

- LOS ABSORBIBLES
- LOS NO ABSORBIBLES

3.5.1.1 LOS MATERIALES ABSORBIBLES SON DE ORIGEN BIOLÓGICO CON ACCIÓN ENZIMÁTICA HASTA DESAPARECER DURANTE EL PROCESO DE LA CICATRIZACIÓN, ÉSTOS MATERIALES POR LO TANTO, NO TIENEN QUE SER RETIRADOS YA QUE LA HEBRA, POR LA ACCIÓN LENTA Y CONSTANTE, DESAPARECE; ENTRE ÉSTOS MATERIALES EL CLÁSICO ES EL CATGUT, FABRICADO CON INTESTINO DELGADO DE CARNERO EL CUAL VIENE DE UN GROSOR DEL 1 000 A 10 EN TRES TIPOS,

- SIMPLE..... ABSORBIBLE EN 48 HRS.
- SEMICRÓMICO. ABSORBIBLE DE 5 A 7 DÍAS
- CRÓMICO..... ABSORBIBLE DE 7 A 100 DÍAS

HAY FACTORES QUE PUEDEN ALTERAR EL TIEMPO DE ABSORCIÓN Y ESTOS ESTÁN EN RAZÓN DEL CALIBRE DE LA SUTURA, CLASE DE TEJIDO, CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE, ETC. SE HAN DADO CASOS QUE SE ENCUENTRAN SUTURAS DE CATGUT A LOS 6 MESES CUANDO POR ALGUNA RAZÓN SE ABRE DE NUEVO ESTA REGIÓN.

LOS MATERIALES ABSORBIBLES SE EMPLEAN EN PUNTOS PERDIDOS, QUE QUEDAN ENGLOBALADOS EN EL ESPESOR DE LOS TEJIDOS; AUNQUE EN OCASIONES SE EMPLEAN CUANDO SE DESEA QUE LA ACCIÓN DE ÉSTOS SEA PERDURABLE -- EJEMPLO; EN SUTURAS DE TENDONES, SUTURAS ÓSEAS, ETC.,

PERO NUNCA DEBE USARSE PARA SUTURAR TEGUMENTOS, PUES DARÁ COMO RESULTADO CICATRICES DEFECTUOSAS.

3.5.1.2 LOS MATERIALES NO ABSORBIBLES SON DE ORIGEN VEGETAL, ANIMAL, MINERAL Y SINTÉTICO Y COMO SU NOMBRE LO DICE NO SON ABSORBIBLES POR LOS TEJIDOS, QUE DANDO PERMANENTEMENTE ENCAPSULADOS, A LOS CUARENTA DÍAS PRESENTA UNA CÁPSULA ESCLEROCOLÁGENA DELGADA Y DENSA, A MENOS QUE SEA RETIRADA QUIRÚRGICAMENTE. LOS MATERIALES NO ABSORBIBLES MÁS IMPORTANTES SON:

DE ORIGEN VEGETAL

- ALGODÓN

- LINO

DE ORIGEN ANIMAL

- SEDA

- CRIN DE CABALLO

DE ORIGEN MINERAL

- PLATA

- ORO

- ACERO INOXIDABLE

DE ORIGEN SINTÉTICO

- DERMALÓN

- NYLON

CADA UNO DE ESTOS MATERIALES TIENEN SUS INDICACIONES

CIONES EN LAS DIFERENTES SUTURAS, SEGÚN LA FINALIDAD A QUE ESTÉN DESTINADOS.

3.5.2 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SUTURACIÓN.

- LOS TEJIDOS DEBEN SER AFRONTADOS SIN TENSIÓN.
- LOS TEJIDOS NO DEBEN QUEDAR ESTRANGULADOS POR SU SUTURA, ÉSTA DEBE HACERSE SUAVEMENTE.
- NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS MUERTOS.
- ADEMÁS, LOS HILOS DE SUTURA, ENTRE MÁS FINOS SEAN MEJOR.
- LOS COLGAJOS SE SUTURAN EN POSICIÓN, LA CUAL VARIARÁ DEPENDIENDO SU LOCALIZACIÓN.
- HEMOSTASIA CORRECTA.
- EVITAR SUTURAR GRANDES MASAS DE TEJIDO.
- USO ADECUADO DE DRENAJE CUANDO SE SOSPECHEN EXUDADOS.

LA SUTURA DE TEJIDOS PUEDE EFECTUARSE VALIÉNDOSE DEL PORTAGUJAS ÚNICAMENTE CON LA AYUDA DE LAS MANOS DEL OPERADOR. ESTO DEPENDERÁ; DE LA HABILIDAD DEL CIRUJANO, DEL TEJIDO POR SUTURAR O EL TIPO DE SUTURA QUE SE UTILICE.

UNA SUTURA NO ABSORBIBLE UTILIZADA PARA FORMAR UNA LÍNEA DE REFUERZO RECIBE NOMBRE DE SUTURA SECUNDARIA, ALIVIANDO EN ESTA FORMA LA TENSIÓN DE LOS TE-

JIDOS Y FORMACIÓN DE CAVIDADES, NICHOS IDEALES PARA LA ACUMULACIÓN DE SUERO Y SANGRE, COMO CONSECUENCIA HABRÁ RETRASO EN LA CICATRIZACIÓN.

LA SUTURA, A PESAR DEL CUIDADO CON QUE SE HAGA, PUEDE SAFARSE, Y LAS CAUSAS MÁS COMUNES PUEDEN SER:

- A) INFECCIÓN DE LA HERIDA,
- B) DESLIZAMIENTO DE LAS LIGADURAS.
- C) COLOCACIÓN INADECUADA DE LOS APÓSITOS O COMPRESAS DENTRO DE LA BOCA.
- D) ESFUERZOS DURANTE EL POSOPERATORIO, VÓMITO, TOS, HIPO, ETC.
- E) INFLAMACIÓN

3.5.3 TÉCNICAS DE SUTURA

3.5.3.1 SUTURA INTERRUPTA. SUTURA DE PUNTOS SEPARADOS A CORTAR DISTANCIA, QUE SE ANUDAN EN FORMA INDEPENDIENTE; ESTÁ INDICADA PARA LA PIEL.

3.5.3.2 SUTURA CONTINUA. SUTURA QUE SE ANUDA AL PRINCIPIO Y AL FINAL, Y EN TODO SU TRAYECTO EL HILO SIGUE SUS PUNTOS SIN SECCIÓN DEL HILO, FORMANDO UNA ESPIRAL TOMANDO LOS BORDES DE LA HERIDA.

3.5.3.3 SUTURA DE COLCHONERO. SUTURA QUE PERMITE UNA MÁXIMA COAPTACIÓN CON EL MISMO MATERIAL, CAMBIANDO SU ÁNGULO DE TRACCIÓN, PUEDE TOMAR FIGURA DE OCHO,

CONTINUA CON INVERSIÓN O EVERSION CONTINUAS, HORIZONTALES O VERTICALES,

3.5.3.4 SUTURA EN X. SUTURA INDICADA PARA ESTRUCTURAS FIBROSAS COMO LA APONEUROSIS; EL CUIDADO DE ÉSTA SUTURA PREVIENE HERNIAS QUE PUEDEN SER MOLESTAS. SE RECOMIENDA CATGUT CRÓMICO O SEDA,

3.5.3.5 SUTURA EN U. ESTA SUTURA CONSISTE EN UNA LAZADA EN FORMA DE U, QUE SE ANUDA A SUS EXTREMOS; SE EMPLEA PARTICULARMENTE PARA LOS MÚSCULOS.

3.5.3.6 SUTURA EN BOLSA DE TABACO O DE JARETA. ESTA SUTURA SE EMPLEA EN EL CIERRE DE ABERTURAS DE APÉNDICES A LAS QUE SE RODEA CON SUTURA CONTINUA Y AL CORRER LA SUTURA SE LOGRA EL CIERRE; ÉSTO RECUERDA EL CIERRE DE LAS BOLSAS QUE USA EL COMERCIANTE, PARA EL EMPAQUE DE SUS ARTÍCULOS.

TODA SUTURA DEBE QUEDAR PERFECTAMENTE REPARTIDA, DE MODO QUE SE CALCULE CADA PUNTO EN SU DISTANCIA Y EN SU TAMAÑO. ES CONVENIENTE QUE LOS PUNTOS SOBRE LA PIEL QUEDEN A UN LADO DE LA LÍNEA DE INCISIÓN PARA EVITAR RETENCIONES DE CUERPOS EXTRAÑOS Y EXUDADOS QUE ENTORPEZCAN LA CICATRIZACIÓN.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS DE LA CIRUGIA BUCAL

4.1 CONSULTORIO DENTAL

LA PREPARACIÓN DEL CONSULTORIO DENTAL, PARA UNA CIRUGÍA BUCAL, DEBE SER EN UNA FORMA METICULOSA Y EL NIVEL DE LIMPIEZA DE TODO EL MATERIAL E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, DEBE SER CHECADO Y ESTERILIZADO SIGUIENDO LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

TODO ESTO ES NECESARIO PARA EVITAR CUALQUIER INFECCIÓN, PUÉS LOS PACIENTES SON MÁS SUSCEPTIBLES DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DEBIDO A LA EXPOSICIÓN DE LOS TEJIDOS PROFUNDOS; ASÍ COMO EL TRAUMA QUIRÚRGICO QUE ALTERA LA VIALIDAD DE LOS TEJIDOS Y LOS HEMATOMAS, Y ADEMÁS LOS TEJIDOS NECRÓTICOS OFRECEN UN MEDIO DE CULTIVO A LOS ORGANISMOS PATÓGENOS, QUE PUEDEN SER INTRODUCIDOS EN LOS TEJIDOS PROFUNDOS.

POR TODAS ESTAS RAZONES, ES IMPORTANTE EL CUIDADO ADECUADO Y ASÍ SE EVITA LA CONTAMINACIÓN CRUZADA DE LOS PACIENTES, PROPAGADA POR LOS MISMOS INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS.

4.1.1 PREPARACIÓN DEL CONSULTORIO

COMENZAREMOS CON LA REPISA DE INSTRUMENTOS, QUE MÁS COMUNMENTE LLAMAMOS MESA MAYO, ÉSTA DEBE SER DESINFECTADA CON BENZAL Y DESPUÉS SERÁ CUBIERTA CON CAMPOS ESTÉRILES, PARA COLOCAR SOBRE ÉSTAS, EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.

DEBE CHECARSE LA LÁMPARA DE LA UNIDAD DENTAL, PARA ASÍ GARANTIZAR LA MEJOR ILUMINACIÓN POSIBLE DURANTE LA INTERVENCIÓN.

PARA LA TOMA DEL AGUA, ES PREFERIBLE USAR EL VASO DE PAPEL SIN MANGO METÁLICO, A MENOS QUE LO ESTERILICEMOS PARA CADA PACIENTE.

UTILIZAREMOS JERINGAS DESECHABLES, PARA LA IRRIGACIÓN DE SUERO FISIOLÓGICO.

LA PIEZA DE MANO Y LAS FRESAS QUIRÚRGICAS DEBERÁN ESTERILIZARSE EN AUTOCLAVE.

USAREMOS DE PREFERENCIA UN EYECTOR QUIRÚRGICO PREVIAMENTE ESTERILIZADO QUE SE DEBERÁ LIMPIAR PERIÓDICAMENTE AL CHORRO DE AGUA, PARA EVITAR ACUMULACIÓN DE SANGRE COAGULADA.

LAS GASAS QUIRÚRGICAS ESTÉRILES UTILIZADAS PARA LA CIRURÍA SON COMPRESAS DE GASA DE 5 x 5 CM, APROXIMADAMENTE, SIN RELLENO DE ALGODÓN, SE ENVOLVERÁN EN PAPEL EN GRUPOS DE DIEZ, LAS ESTERILIZAREMOS EN AUTOCLAVE Y LAS GUARDAREMOS EN UN RECIPIENTE ESTÉRIL, SE PUEDEN TOMAR PAQUETES AISLADOS CON UNAS PINZAS,

PARA EVITAR ALGUNA CONTAMINACIÓN.

SE DEBE HACER UNA SELECCIÓN CORRECTA DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, PARA CADA CIRUGÍA Y SE ESTERILIZARÁ EN AUTOCLAVE, DESPUÉS DE USARLO LO LAVAREMOS Y ESTERILIZAREMOS PERFECTAMENTE, POR ÚLTIMO, SE COLOCARÁ SOBRE TOALLAS ESTÉRILES, LO CUBRIREMOS CON OTRAS, Y SE GUARDARÁN EN UN ARMARIO CERRADO.

SI SE TOMAN LAS PRECAUCIONES ANTERIORES, REDUCIREMOS LOS RIESGOS DE CONTAMINACIÓN, Y ESTO AYUDARÁ EN GRAN PARTE, PARA EL ÉXITO DE TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

4.2 ANESTESIA Y COMPLICACIONES

EL TERMINO ANESTESIA SE HA HECHO IMPRESINDIBLE EN LA ODONTOLOGÍA ACTUAL, SOBRE TODO EN LO QUE SE REFIERE A LA CIRUGÍA BUCAL, EN DONDE EL USO DE LA ANESTESIA ES INDISPENSABLE, Y TIENE COMO FINALIDAD EVITAR DOLOR Y SUFRIMIENTO; QUE ANTIGUAMENTE Y POR MUCHO TIEMPO ESTUVO INTIMAMENTE RELACIONADA A LA ODONTOLOGÍA.

LA ANESTESIA SE DEFINE COMO LA PÉRDIDA DE LA SENSIBILIDAD EN UNA PARTE, O EN TODO EL CUERPO, EN ESPECIAL DEL SENTIDO DEL TACTO. EN LA PIEL O EN LAS MUCOSAS, DERIVADA DE LA ADMINISTRACIÓN DE UNA DROGA.

LOS MÉTODOS PRÁCTICOS PARA LA PRODUCCIÓN DE LA ANESTESIA ES MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS, ESTOS AGENTES QUÍMICOS O BIEN ACTUAN SISTEMÁTICAMENTE Y DEPRIMEN LA PARTE CENTRAL DEL SISTEMA NERVIOSO, O ACTÚAN DE MANERA LOCAL Y BLOQUEAN LA ACTIVIDAD DE UNA FIBRA NERVIOSA AL APLICARSE DIRECTAMENTE A LA SUPERFICIE DE LA PIEL.

LA ANESTESIA SE DIVIDE EN ANESTESIA GENERAL Y ANESTESIA LOCAL.

LA ANESTESIA LOCAL, SE LE DENOMINA TAMBIÉN ANESTESIA REGIONAL O ANESTESIA DE CONDUCCIÓN. LA ANESTESIA REGIONAL SE SUBDIVIDE EN TIPOS DESIGNADOS DE ACUERDO CON EL LUGAR EN QUE SE APLICA LA SUSTANCIA EMPLEADA PARA PRODUCIRLA, EJEMPLO:

4.2.1 LA ANESTESIA BLOQUEADORA DE LOS NERVIOS.

ES LA QUE SE PRODUCE INYECTANDO UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA LOCAL ALREDEDOR DE LOS NERVIOS.

4.2.2 LA ANESTESIA BLOQUEADORA DEL CAMPO.

ES LA QUE SE PRODUCE FORMÁNDO UNA MURALLA EN TORNO AL CAMPO OPERATIVO MEDIANTE LA INYECCIÓN DE UNA O MÁS SUSTANCIAS ANESTÉSICAS LOCALES COMO LA NOVOCAINA,

4.2.3 LA ANESTESIA DE INFILTRACIÓN.

ES LA PROVOCADA POR LA INYECCIÓN DE UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA LOCAL DIRECTAMENTE EN LOS TEJIDOS QUE SE DESEA ANESTESIAS, BAJO LA PIEL.

4.2.4 LA ANESTESIA TOPICA.

ES LA APLICACIÓN TOPICA DE SOLUCIONES O PULVERIZACIONES ANESTÉSICAS SOBRE LA PIEL O MEMBRANAS MUCOSAS.

ESTE TIPO DE ANESTESIA ES MUY APRECIADA EN ODONTOLÓGIA POR MUCHOS PACIENTES, PUES LES SUPRIME LA MOLESTIA DE LA INYECCIÓN DEL ANESTÉSICO LOCAL, Y ADEMÁS ESTA ANESTESIA TIENE UN VALOR PSICOLÓGICO ADICIONAL, PORQUE SU USO DEMUESTRA QUE EL CIRUJANO DENTISTA SE PREOCUPA DE LA COMODIDAD DEL PACIENTE.

EN LA CIRUGÍA BUCAL SE PUEDE UTILIZAR TANTO LA ANESTESIA GENERAL, COMO LA ANESTESIA LOCAL, Y ESTO DEPENDE EN PRIMERA INSTANCIA DEL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE, Y EN SEGUNDO TÉRMINO, DE LA CLASE DE CIRUGÍA ORAL QUE SE VAYA A PRACTICAR.

ES IMPORTANTE LA PREPARACIÓN ADECUADA DEL PACIENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA, EL OPERADOR TIENE QUE LOGRAR QUE EL PACIENTE ENTRE EN ESTADO DE RELAJA--

CIÓN, PARA ASÍ EVITAR ALGUNA COMPLICACIÓN.

4.2.5 LAS TÉCNICAS ANESTÉSICAS MÁS USADAS EN LA ODONTOLOGÍA GENERAL.

4.2.5.1 BLOQUEO DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR.- NERVI0 QUE INERVA LOS DIENTES DE LA MANDÍBULA Y PUEDE SER ANESTESIADO A LA ENTRADA DE LA MANDÍBULA, EN EL -- AGUJERO DENTARIO INFERIOR, QUE SE ENCUENTRA EN UN PUNTO MEDIO ENTRE LOS BORDES POSTERIOR Y ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE, A UNA ALTURA APROXIMADA DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES INFERIO-- RES. LA AGUJA SE INSERTA DENTRO DEL RAJE PTERIGO-- MANDIBULAR Y SE CONTINÚA HASTA ALCANZAR LA CARA IN-- TERNA DE LA MANDÍBULA, A 1 MM. DEL HUESO, CUANDO LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA HA SIDO DEPOSITADA, LA AGUJA SE RETIRA LENTAMENTE DE LA ZONA. SUS SÍNTOMAS ES HORMIGUEO Y ADORMECIMIENTO DE LA ZONA DEL LABIO, LENGUA DEL MISMO LADO DE LA INYECCIÓN.

4.2.5.2 BLOQUEO DEL NERVI0 MENTONIANO.- EL OBJETO DEL BLOQUEO ES EL DE INTERFERIR CON LA CONDUCCIÓN NERVIOSA A LO LARGO DE NERVI0 MENTONIANO, COLOCANDO LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN EL AGUJERO MENTONIANO, (LOCALIZADO LA MAYORÍA DE LAS VECES EN LA PORCIÓN APICAL DE LAS RAICES DE LOS PREMOLARES), ESTO DARÁ

LA ANESTESIA AL INCISIVO CENTRAL, LATERAL, CANINO Y DEL PRIMER PREMOLAR, ENCÍA, LABIO Y EL ÁREA DE LA BARBA. ESTE BLOQUEO ES ÚTIL CUANDO NO SE LLEVE A CABO EL BLOQUEO TOTAL DEL NERVIPO DENTARIO INFERIOR.

4.2.5.3 INYECCIÓN DEL NERVIPO ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR.

ESTA RAMA PROPORCIONA INERVACIÓN AL SENO MAXILAR Y A LOS MOLARES, CON EXCEPCIÓN DE LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL PRIMER MOLAR Y LA ENCÍA BUCAL ALREDEDOR DE LOS MOLARES.

SE LE PIDE AL PACIENTE QUE ABRA LA BOCA Y EL CARRILLO SE RETRAE CON EL DEDO ÍNDICE Y SE INSERTA LA AGUJA SUAVEMENTE EN FONDO DE SACO VESTIBULAR ADYACENTE A LA TUBEROCIDAD Y SE DIRIGE DISTAL Y MESIALMENTE. ESTA INYECCIÓN DARÁ ANESTESIA A LOS MOLARES (EXCEPTUANDO A LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL PRIMER MOLAR Y LA ENCÍA BUCAL DE LOS MOLARES).

4.2.5.4 INYECCIÓN DEL NERVIPO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO.

ESTE NERVIPO INERVA A LOS PREMOLARES Y LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL PRIMER MOLAR. LA INYECCIÓN SE APLICA EN FONDO DE SACO, SOBRE EL ÁPICE DEL PRIMER PREMOLAR.

4.2.5.5 INYECCIÓN DEL NERVI0 ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR.

ESTE NERVI0 INERVA LOS INCISIVOS Y LOS CANINOS. LA INYECCIÓN SE APLICA LIGERAMENTE MESIAL AL ÁPICE DEL CANINO, SI SE DESEA ANESTESIAR LOS SEIS DIENTES ANTERIORES, SE DEBERÁ APLICAR INYECCIONES BILATERALES.

4.2.5.6 INYECCIÓN DEL NERVI0 PALATINO MAYOR (ANTERIOR).

ESTE NERVI0 INERVA LA MUCOSA DEL PALADAR DURO SOBRE LOS MOLARES Y PREMOLARES. ESTE NERVI0 NO DEBERÁ BLOQUEARSE PARA PROCEDIMIENTOS DE OPERATOPIA DENTAL, SOLO SE LLEVARÁ A CABO EN CIRUGÍA ORAL, QUE INVOLUCRE ESTA ZONA.

LA SOLUCIÓN DEL ANESTÉSICO ES DEPOSITADA EN EL AGUJERO PALATINO MAYOR, Y SE ENCUENTRA LOCALIZADO SOBRE EL SEGUNDO MOLAR APROXIMADAMENTE A 1.5 CM. --- HACIA LA LÍNEA MEDIA DEL PALADAR, ESTA INYECCIÓN BLOQUEARÁ LA MUCOSA PALATINA DE MOLARES Y PREMOLARES DEL LADO ANESTESIADO.

4.2.5.7 INYECCIÓN DEL NERVI0 NASOPALATINO.

ESTE NERVI0 EMERGE DEL CANAL NASOPALATINO (INCISIVO) PARA INERVAR A LA MUCOSA DEL PALADAR SOBRE LOS INCISIVOS Y LOS CANINOS. LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA ES DEPOSITADA EN EL AGUJERO NASOPALATINO, LOCALIZADO

ATRÁS DE LOS INCISIVOS CENTRALES Y PASANDO LA AGUJA ATRAVÉS DE LA PAPILA INCISIVA HASTA EL AGUJERO PALATINO, ESTA INYECCIÓN NOS DARÁ LA ANESTESIA DE LA MUCOSA PALATINA SOBRE LOS SEIS DIENTES ANTERIORES.

LA INSTALACIÓN DE LA ANESTESIA DEL ARCO MAXILAR ES BASTANTE RÁPIDA, DEBIDO A LO DELGADO DEL HUESO - ALVEOLAR QUE, HACE QUE LA SOLUCIÓN ALCANCE LOS - NERVIOS CON SUMA FACILIDAD, A DIFERENCIA DE LOS - NERVIOS MANDIBULARES QUE SERÍA BASTANTE DIFÍCIL ANESTESIAR POR INFILTRACIÓN, YA QUE EL ESPESOR DEL HUESO ES MUCHO MAYOR Y LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA NUNCA ALCANZARÍA A LOS NERVIOS QUE INERVAN A LOS DIENTES, PERO LA VENTAJA DEL ARCO MANDIBULAR SOBRE EL ARCO MAXILAR ES QUE PARA ANESTESIAR LA MITAD O UN CUADRANTE EN LA MANDIBULA, NECESITAREMOS TAN SOLO DOS O TRES INYECCIONES MIENTRAS QUE EN EL MAXILAR, SE APLICARÁN CINCO O SEIS INYECCIONES.

CUADRO DE ANESTESICOS LOCALES

- I. ESTERES DEL ÁCIDO PARAMINOBENZOICO
- | | |
|------------|-----------------------|
| BUTYN | BUTACAÍNA |
| DUOCAINE | PROCAINA Y BUTETAMINA |
| MONOCAINE | BUTETAMINA |
| NESACAINE | 2-CLOROPROCAINA |
| NOVOCAINE | PROCAINA |
| PONTOCAINE | TETRACAINA |
| RAVOCAINE | PROPOXICAINA |
- II. METAAMINOBENZOATOS
- | | |
|-----------|-----------------|
| PRIMACINE | METABUTOXICAINA |
| UNACAINE | METABUTETAMINA |
- III. ESTERES NO ANOBENZOICOS
- | | |
|-----------|-------------|
| KINCAINE | ISOBOCAINA |
| METYCAINE | PIPEROCAINA |
| ORACAINE | MEPRILCAINA |
- IV. DERIVADOS ANÍLICOS NO ESTERES
- | | |
|------------|-------------|
| CARBOCAINE | MEPIVACAINA |
| DYNACAINE | PYRROCAINA |
| XYLOCAINE | LIDOCAINA |

EL VOLÚMEN DE ANESTÉSICOS LOCALES ADMINISTRADOS DIRECTAMENTE EN TODO EL MUNDO CAUSA VÉRTIGOS. A PESAR DEL AMPLIO USO DE ESTAS DROGAS, LAS REACCIONES FATALES SON EXTRAORDINARIAMENTE RARAS. LOS CASOS QUE SE HAN REPORTADO CON REACCIONES TÓXICAS, SON DEBIDO A LA ADMINISTRACIÓN DE VOLÚMENES IMPORTANTES DE SOLUCIÓN EN CIRUGÍA GENERAL.

LA DOSIS TÓXICA DE LA LIDOCAINA ES DE UNOS 400 A 500 MG, EL DENTISTA RARA VEZ ADMINISTRA UNA DOSIS DE MÁS DE 288 MG. (8 AMPOLLETAS DE 1.8 CC DE SOLUCIÓN AL 2%), EL PROMEDIO PROBABLE ES DE 36 A 72 MG. POR PACIENTE EN UNA VISITA AISLADA. POR LO TANTO, SON REALMENTE POCAS LAS REACCIONES DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

4.2.6 REACCIONES A AGENTES ANESTÉSICOS LOCALES.

LAS REACCIONES DESFAVORABLES A LOS ANESTÉSICOS LOCALES, PUEDEN SER PSICOGÉNICAS, TÓXICAS O DE HIPERSENSIBILIDAD, ESTAS REACCIONES SE ENCUENTRAN DENTRO DE ESTAS CUATRO CATEGORÍAS:

- SINCOPE
- REACCIONES TÓXICAS
- REACCIONES ALÉRGICAS
- COMPLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE ANESTESIA.

4.2.6.1 SÍNCOPE

EL SÍNCOPE O DESMAYO, ES LA PÉRDIDA TEMPORAL DE LA CONCIENCIA CAUSADA POR UNA PÉRDIDA SÚBITA DE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA AL ENCÉFALO.

EL SÍNCOPE ES LA REACCIÓN MÁS CORRIENTE, NO ESTÁ RELACIONADA CON LA DROGA, SINO CON UN COMPLEJO DE FACTORES ASOCIADOS CON EL EPISODIO DE LA INYECCIÓN, LA SUMA DE EXPERIENCIAS MÉDICAS Y DENTALES ANTERIORES, LOS RUIDOS Y OLORES DEL CONSULTORIO Y POR ÚLTIMO LA VISIÓN DE AGUJAS Y JERINGA, LLEVAN AL PACIENTE A ESTA REACCIÓN.

EL PACIENTE PALIDECE, SE PONE SUDOROSO, MAREADO Y TODO EL CUERPO SE TORNA SUELTO, INMEDIATAMENTE SE DEBERÁ COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN HORIZONTAL EN UNA SUPERFICIE PLANA Y SE DEBERÁ ADMINISTRAR -- OXÍGENO, O LA ASPIRACIÓN DE SALES, EN LA FORMA DE NITRATO DE AMONIO, ÉSTO AYUDARA A ESTIMULAR LA CONCIENCIA, TAMBIÉN SE LE PUEDE APLICAR COMPRESAS DE AGUA FRIA EN LA CABEZA. EL AUMENTO DE LA CIRCULACIÓN AL ENCEFALO, Y TIEMPO, DARÁ COMO RESULTADO LA RECUPERACIÓN TOTAL DEL PACIENTE.

4.2.6.2 REACCIONES TÓXICAS.

LA TOXICIDAD SE REFIERE AL ASPECTO DAÑINO DEL MEDI

CAMENTO SOBRE EL ORGANISMO CUANDO SE LE ADMINISTRA EN CANTIDADES EXCESIVAS . ESTO PUDE SER LLAMADO "SOBRE DOSIS DEL MEDICAMENTO". EN EL CASO DE ANESTÉSICOS LOCALES, LAS REACCIONES TÓXICAS OCURREN CUANDO EL NIVEL DE UN MEDICAMENTO EN LA CIRCULACIÓN ALCANZA CIFRAS ANORMALMENTE ALTAS. UNA SOBREDOSIS TÓXICA SE MANIFIESTA POR SU ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. EL PACIENTE SE TORNA AGITADO, Y PARECE ALARMADO Y DESCONFIADO, TANTO EL ÍNDICE CARDIACO COMO LA PRESIÓN SANGUÍNEA SE ENCUENTRAN AUMENTADOS, RESENTA SOMNOLENCIA, Y SE PUEDE LLEGAR A LAS CONVULSIONES.

AL EFECTO ESTIMULANTE TEMPRANO ES SEGUIDO INMEDIATAMENTE POR DEPRESIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA DISMINUYENDO LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y LA FRECUENCIA CARDÍACA Y LA RESPIRACIÓN SE DEPRI ME TANTO QUE EL PACIENTE DEJA DE RESPIRAR, Y PUEDE OCURRIR LA MUERTE, POR TAL MOTIVO SE DEBERÁ TRATAR INMEDIATAMENTE Y DE MANERA ADECUADA.

EL TRATAMIENTO DE ESTAS REACCIONES SE BASAN EN LA SEVERIDAD DE LA REACCIÓN.

MUCHAS REACCIONES DESAPARECEN SIN TRATAMIENTO. EL PROPÓSITO DEL TRATMAIENTO DEBERÁ SER EL CONTROL DE

LAS CONVULSIONES, MANTENER UNA VÍA ABIERTA DE RESPIRACIÓN, ASÍ COMO MANTENER LA PRESIÓN SANGUÍNEA DEL PACIENTE A VALORES NORMALES, PARA ASEGURAR UN APORTE SANGUÍNEO ADECUADO A LOS ORGANOS VITALES COMO EL ENCÉFALO Y EL RIÑÓN.

EL USO DEL OXÍGENO ADMINISTRADO CON MASCARILLA Y BOLSA, SI LA RESPIRACIÓN ES LENTA, SI PRESENTA CONVULSIONES, SE LE ADMINISTRARÁ PENTOBARBITAL POR VÍA ENDOVENOSA, LO NECESARIO PARA EVITAR LAS CONVULSIONES. SI SE PRODUCE UNA HIPOTENSIÓN ACENTUADA, SE ADMINISTRARÁ EPINEFRINA POR VÍA ENDOVENOSA O INTRAMUSCULAR.

4.2.6.3 REACCIONES ALÉRGICAS.

ESTAS REACCIONES PUEDEN CLASIFICARSE COMO:

- INMEDIATAS O RETARDADAS
- LEVES O GRAVES

LAS REACCIONES RETARDADAS SON USUALMENTE DEL TIPO MENOR Y PUEDEN OCURRIR EN CUALQUIER MOMENTO, DESDE HORAS HASTA DÍAS DESPUÉS DE LA INYECCIÓN. LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN RETARDADA SON: COMEZÓN, HINCHAZÓN, URTICARIA, RINORREA, O LA COMBINACIÓN DE ELLAS, A PESAR DE QUE SON MOLESTIAS MENORES DEBERÁN SER CONSIDERADAS COMO VERDADEROS SIG-

NOS DE HIPERSENSIBILIDAD, PORQUE ES MUY POSIBLE QUE CON UNA SEGUNDA INYECCIÓN ESTA REACCIÓN LEVE SE TORNE UNA REACCIÓN MAYOR.

SU TRATAMIENTO CONSISTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS COMO EL BENDRYL DE 50 MG, YA SEA POR VÍA IM O POR VÍA BUCAL,

LAS REACCIONES ALÉRGICAS GRAVES TIENEN COMO ORGÁNULO DE ELECCIÓN LOS PULMONES Y VASOS SANGUÍNEOS Y A ESTO SE LE LLAMA CHOQUE ANAFILÁCTICO Y ES UNA AUTÉNTICA URGENCIA MÉDICA, SUS SÍNTOMAS SON DESCENSO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y DEL PULSO, RESPIRACIÓN LENTA O CESA, EL PACIENTE SE TORNA INCONCIENTE.

EL TRATAMIENTO DEBERÁ SER INMEDIATO Y ESPECÍFICO, SI SE DESEA EVITAR LA MUERTE SE COLOCARÁ AL PACIENTE CON LA CABEZA HACIA ABAJO Y LOS PIES HACIA ARRIBA CON LO CUAL SE MANTENDRÁ LA CIRCULACIÓN AL ENCÉFALO, SE LE DARÁ RESPIRACIÓN ARTIFICIAL, YA SEA DE BOCA A BOCA O CON MASCARILLA, SI ES NECESARIO SE DARÁ MASAJE CARDIACO Y SE LE ADMINISTRARÁ EPINEFRINA DE 0,3 A 0,6 MG, POR VÍA ENDOVENOSA O IM.

4.2.7.4 COMPLICACIONES DE LAS TÉCNICAS DE ANESTESIA,

ESTAS SON CAUSADAS POR UNA LESIÓN LOCAL AL TEJIDO DE LA ZONA DE INYECCIÓN Y A MENUDO PUEDEN SER EVI---

TADAS, ENTRE ESTAS SE PUEDEN ENUMERAR:

- LESIÓN AL NERVIJO CON LA AGUJA.
- LESIÓN A LOS VASOS SANGUÍNEOS POR LA AGUJA PRODUCIENDO UNA EXTRA VASACIÓN DE SANGRE.
- ESTIMULACIÓN DE LOS VASOS, RESULTANDO EL BLANQUEAMIENTO LOCALIZADO DE LA PIEL.
- AGUJAS ROTAS.
- INFECCIÓN POR LA AGUJA.

4.3 INCISIONES

LA INCISIÓN ES UNA DE LAS CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS QUE EL CIRUJANO ORAL DEBERÁ TOMAR EN CUENTA, PARA CUALQUIER CIRUGÍA BUCAL Y PARA LLEVARLA A EFECTO SE TENDRÁ QUE DIVIDIR LA CARA EN TRES PARTES LLAMADAS ZONAS DE LA CARA, SIN CONSIDERAR SITUACIONES ANATÓMICAS, SINO PERMITIENDO EN TODO CASO SITUARSE.

- ZONA FRONTAL O SUPERIOR. - ES AQUELLA QUE TIENE EL LÍMITE ANTERIOR AL CUERO CABELLUDO AL TRAGUS, SUTURA FRONTOALAR Y SUTURA FRONTONASAL.
- ZONA MAXILAR O MEDIA. - TIENE EL LÍMITE INFERIOR DE LA ZONA FRONTAL Y UNA LÍNEA QUE PASA POR EL PLANO DE OCLUSIÓN Y SE PROLONGA HASTA EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFE

RIOR.

- ZONA MANDIBULAR O INFERIOR.- LIMITA CON LA ZONA MAXILAR Y UNA LÍNEA QUE PASA POR EL HUESO HIOIDES.

4.3.1 INCISIONES.-LAS INCISIONES PUDE SER: CURVAS, RECTAS O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS.

CADA FORMA VA DE ACUERDO CON EL LUGAR EN QUE SE INCIDE, SEA PARA RESPETAR ESTRUCTURAS ANATÓMICAS IMPORTANTES, COMO EL NERVIO FACIAL, MENTONIANO, PALATINO, ETC., O BIEN, POR RAZONES ESTÉTICAS. SE OBTIENEN RESULTADOS SATISFACTORIOS, CONSIDERANDO LAS LÍNEAS DE LANGER, QUE SIGUEN LOS FASCÍCULOS FIBROSOS DEL TEJIDO CONECTIVO, LO QUE PERMITE QUE LA CICATRIZACIÓN SEA MENOS ANCHA, PUÉS NO EXISTEN PIEZAS QUE LA SEPAREN. EL FACTOR ANATÓMICO ES EL COMPLEMENTO IDEAL.

LA SECCIÓN DE ARTERIAS GENERALMENTE NO REPRESENTA PELIGRO; EN CAMBIO, CONSERVAR LOS NERVIOS SÍ LO REPRESENTAN, YA QUE PUDE PROVOCAR PARESTESIAS O PARÁLISIS. EN FORMA PARTICULAR, EN LA CARA DEBE RESPETARSE EL VII PAR CRANEAL Y EL FACIAL.

4.3.3.1.1 LA INCISIÓN RETROMANDIBULAR, DEBE INICIARSE 1 CM ABAJO DEL LÓBULO DE LA OREJA, Y 1 CM ATRÁS -

DEL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA, CON UNA EXTENSIÓN DE 1 O 2 CM, RESPETANDO, EN ESTA FORMA, EL VII PARA CRANEAL Y LA GLÁNDULA SALIVARIAL PARÓTIDA.

4.3.1.2 LA INCISIÓN GONIAL, DEBE HACERSE 2 O 3 CM ABAJO DEL LÓBULO DE LA OREJA, Y A 1 CM ATRÁS DE LA RAMA MANDIBULAR, RODEANDO EL ÁNGULO, ANTES DE LLEGAR AL BORDE ANTERIOR, EN LA INSERCIÓN INFERIOR DEL MASETERO, EN ESTA FORMA SE RESPETAN LA GLÁNDULA PARÓTIDA, LA ARTERIA Y LA VENA FACIAL.

4.3.1.3 LAS INCISIONES SUPRA E INFRAORBITARIAS, SE HACEN CURVAS CON FINES ESTÉTICOS, Y PARA LIBERAR LOS PAQUETES VASCULONERVIOSOS DEL SUPRA O INFRAORBITARIOS RESPECTIVAMENTE.

4.3.1.4 LA INCISIÓN PREAURICULAR, SE DEBE HACER EN UNA LONGITUD DE 2 A 3 CM PARTIENDO DE LA BASE DE LA OREJA, RESPETANDO EN ESTA FORMA, EL NERVIJO PREAURICULAR.

4.3.2 PASOS PARA ELABORAR UN COLGAJO:

- DELINEAR MENTALMENTE EL COLGAJO,
- INCISIÓN
- DISECCIÓN
- LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO

4.3.2.1 REQUISITOS PARA ELABORAR UN COLGAJO:

EL COLGAJO QUE HEMOS LEVANTADO DEBE CONTAR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- ANTES DE INCIDIR, DISEÑAR MENTALMENTE EL COLGAJO CON LA FORMA Y AMPLITUD REQUERIDAS, PARA OBTENER UN CAMPO VISUAL SATISFACTORIO.
- EL COLGAJO DEBE CONTAR CON UNA BASE SUFICIENTEMENTE AMPLIA, PARA QUE QUEDE IRRIGADO Y SE RECUPERE SATISFACTORIAMENTE, PROCURANDO QUE NO PRESENTE ÁNGULOS AGUDOS, EL APORTE SANGUÍNEO SE LOGRA INCORPORANDO AL COLGAJO UNA ARTERIA, O HACIENDO LA BASE MÁS ANCHA QUE SU EXTREMO LIBRE.
- EL COLGAJO AL SEPARARSE, DEBE QUEDAR SIN ESTORBAR EL CAMPO OPERATORIO Y VOLVER A CUBRIR PERFECTAMENTE EL ÁREA SIN TENSIONES.
- SI HAY QUE DESTRUIR HUESO, LA INCISIÓN DEBERÁ REALIZARSE DEL LADO DE DONDE SE ELABORE LA VENTANA ÓSEA, CON EL FIN DE QUE LOS BORDES DE LA HERIDA TENGAN APOYO ÓSEO.
- EL COLGAJO DEBE SER MUCOPERIOSTIO.

4.3.3 VENTANA ÓSEA

UNA VEZ LEVANTADO EL COLGAJO MUCOPERIOSTIO, DELI-

NEAR MENTALMENTE EL TAMAÑO Y FORMA DE LA VENTANA ÓSEA.

- REALIZAR PERFORACIONES CON FRESA, EN LOS LÍMITES QUE SE HAN DELINEADO. ESTAS PERFORACIONES DEBERÁN ESTAR SEPARADAS ENTRE SI APROXIMADAMENTE MEDIO CENTÍMETRO.
- LAS PERFORACIONES SE UNEN POR MEDIO DE ESCOPIO O FRESA, PARA FORMAR LA VENTANA ÓSEA. RECORDAR LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN OBSERVAR, CUANDO SE EMPLEE LA FRESA.
- SE DEBE EFECTUAR TRATAMIENTO CUANDO SE TRATE DE QUISTES, PIEZAS DENTALES INCLUIDAS, ETC.
- REGULARIZAR Y PULIR LOS BORDES DE LA VENTANA ÓSEA.
- LAVAR LA CAVIDAD ÓSEA. EL OBJETIVO ES ARRASTRAR ASERRÍN O FRAGMENTOS ÓSEOS. ESTE DESCUIDO PUEDE OCASIONAR SERIOS PROBLEMAS EN EL POTSOPERATORIO, ENTORPECIENDO EL PROCESO NORMAL DE LA CICATRIZACIÓN; PUEDE EMPLEARSE SUERO TIBIO O AGUA ESTÉRIL DE SUSTANCIAS ANTISÉPTICAS.
- SI LA DESTRUCCIÓN ÓSEA ES EXTENSA, PUEDE COLOCARSE EN LA CAVIDAD UN MATERIAL ABSORBIBLE. ALGUNOS CIRUJANOS ACOSTUMBRAN YESO ESTÉRIL.

LA CLASE DE TEJIDO ES IMPORTANTE YA QUE, DEPENDIENDO DE ELLO, HABRÁ MAYOR O MENOR RETRACTIBILIDAD - QUE REDUNDA EN LA BUENA READAPTACIÓN, PARA LOGRAR UNA ADECUADA SUTURA.

DEL CUIDADO DELICADO CON QUE FUÉ TRATADO EL COLGAJO, DEPENDE SU RECUPERACIÓN, LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN DE LA TÉCNICA Y UN USO ADECUADO DEL INSTRUMENTAL, PERMITIRÁ UN POSOPERATORIO SATISFACTORIO Y LIBRE DE DOLOR, INFLAMACIÓN, HEMORRAGIA E INCAPACIDAD.

DEPENDIENDO TAMBIÉN DE LA TÉCNICA, PUEDE COLOCARSE GASA FURACINADA Y LOGRAR EL CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN.

EL CRITERIO DEL CIRUJANO ES EL QUE, EN ÚLTIMA INSTANCIA, VA A DECIDIR.

LAS OPINIONES SE ENCUENTRAN DIVIDIDAS RESPECTO EN LO QUE SE REFIERE A SUTURAR O NO LAS CAVIDADES OPERATORIAS EN HUESO. EL GRUPO PARTIDARIO DE NO SUTURAR SE DEFIENDE DICHIENDO QUE, EN ESTA FORMA, SE PUÉDEN VIGILAR LA GRANULACIÓN Y EL POSIBLE CRECIMIENTO BACTERIANO.

RESPECTO A COLOCAR SISTEMÁTICAMENTE RELLENOS EN DICHAS CAVIDADES, UNOS LO ACONSEJAN, OTROS NO. DICEN

"ES UNA ILUSIÓN EL PODER ANTISÉPTICO DEL TAPONAMIENTO SIENDO SU ÚNICA FUNCIÓN LA ANTIHEMORRÁGIA, RETRASANDO LA CICATRIZACIÓN".

4.4 PREPARACION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR

4.4.1 PACIENTE. ES DEBER DE TODO CIRUJANO DENTISTA PREPARAR AL PACIENTE ANTES DE CADA INTERVENCIÓN, EXPO NIÉNDOLE ANTES QUE NADA, LO QUE SE ESPERA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, SOBRE LA DURACIÓN APROXIMADA DE LA INTERVENCIÓN. HABRÁ QUE ADVERTIRLE SOBRE LAS MOLESTIAS POSTOPERATORIAS PROPIAS DE LA OPERACIÓN, (TUMEFACCIÓN, DOLOR, ETC), ADEMÁS DE UNA POSIBLE COMPLICACIÓN; HAY QUE INFORMARLE ACERCA DEL TIEMPO, QUE SE ESTIMA HABRÁ DE MANTENERSE ALEJADO DE SU TRABAJO.

SE LE DARÁN INSTRUCCIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN A SEGUIR ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, E INDICARLE QUE DEBE PRIVARSE DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. LOS REQUERIMIENTOS INDICADOS PUEDEN SER MODIFICADOS, PUES, CADA PACIENTE REACCIONA DE DIFERENTE MANERA ANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA; EJEMPLO, EN EL CASO DE UNA PERSONA SUMAMENTE NERVIOSA, SERÁ NECESARIO UNA PREMEDICACIÓN LA NOCHE ANTERIOR A LA

OPERACIÓN Y UNA HORA ANTES DE QUE SE INICIE ÉSTA, SUMADO A LAS PALABRAS AMABLES DEL OPERADOR DÁNDOLE CONFIANZA AL PACIENTE.

4.4.2 OPERADOR. EN CUANTO A LA PREPARACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA, SE REFIERE A QUE DEBE VERIFICAR PRIMERO QUE NADA, EL LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A EFECTO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (SEA EN EL HOSPITAL O EN EL CONSULTORIO),

EL CIRUJANO TENDRÁ QUE DOCUMENTARSE Y ESTUDIAR ANATÓMICAMENTE EL ÁREA POR OPERAR, PARA REAFIRMAR CONOCIMIENTOS, SELECCIONAR TANTO LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS COMO LAS ANESTÉSICAS MÁS ADECUADAS, REVISAR A CONCIENCIA LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS, PUES ESTO GARANTIZARÁ EN GRAN PARTE EL ÉXITO DE DICHA INTERVENCIÓN.

ES MUY IMPORTANTE QUE LA PROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA SEA DE PREFERENCIA EN EL TRANCURSO DE LA MAÑANA, ES MENOS PROBABLE QUE OCURRAN COMPLICACIONES, CONSIDERANDO QUE TANTO EL CIRUJANO DENTISTA COMO EL PACIENTE ESTÁN DESCANSADOS, PERO DE PRESENTARSE ALGUNA COMPLICACIÓN, EL PACIENTE PODRÁ PONERSE EN CONTACTO CON SU CIRUJANO Y ÉSTE RECIBIRÁ EL AUXI-

LTO EN DONDE EL CIRUJANO LO CONVENGA,

CAPITULO V

COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO

EN LA CIRUGÍA ORAL SE PRODUCEN ALGUNAS VECES COMPLICACIONES, CUANDO ÉSTO OCURRE, ES NECESARIO RECONOCER LA NATURALEZA DE LA COMPLICACIÓN, PARA ASÍ PODER TRATARLA CON RAPIDÉZ Y EFECTIVIDAD.

CIERTAS COMPLICACIONES SON CONSECUENCIA, DE NO LLEVAR A CABO LOS PRINCIPIOS BÁSICOS EN TODA CIRUGÍA BUCAL (BUENA HISTORIA CLÍNICA, RADIOGRAFÍAS DE BUENA CALIDAD, PRINCIPIOS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA, O CUANDO LA INTERVENCIÓN REQUERIDA, EXIGE EL AUXILIO DE UN ESPECIALISTA).

LAS COMPLICACIONES LAS PODEMOS CLASIFICAR EN:

- COMPLICACIONES PREOPERATORIAS .
- COMPLICACIONES OPERATORIAS.
- COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

5.1 COMPLICACIONES PREOPERATORIAS.

SON TODAS LAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CITAREMOS LAS MÁS COMUNES:

- SÍNCOPE SIMPLE,
- HEPERVENTILACIÓN,
- ALERGIAS,

5.1.1 SÍNCOPE SIMPLE.

LA MÁS FRECUENTE DE LAS COMPLICACIONES QUE SE OBSERVAN EN EL CONSULTORIO DENTAL, ES EL SÍNCOPE SIMPLE (DESMAYO), QUE SUELE OCURRIR DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTÉSICO. DEBE RECORDARSE QUE EL DESMAYO RARA VEZ ES UNA INDICACIÓN, DE REACCIÓN ALÉRGICA AL ANESTÉSICO O DE ALGUNA OTRA COMPLICACIÓN, QUE PUEDA PRECEDER A UN ESTADO MÁS SERIO. SIN EMBARGO, ESTA POSIBILIDAD NO DEBE DE OLVIDARSE Y DEBE DE OBSERVARSE AL PACIENTE PARA VER SI SE PRESENTAN OTROS SÍNTOMAS QUE NO SEAN LOS DEL SÍNCOPE. LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNCOPE SON: GOTITAS DE SUDOR EN LA FRENTE Y ALREDEDOR DE LA BOCA, PALIDEZ PERIBUCAL, QUE OCASIONA COLORACIÓN VERDOSA ALREDEDOR DE LA BOCA, ASÍ COMO PÉRDIDA DE COLOR EN LAS MEJILLAS Y EN LA FRENTE, SENSACIÓN DE HORMIGUEO EN DEDOS DE MANOS Y PIES, DEBILIDAD, NÁUSEAS, A VECES VÓMITOS Y PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO, EN OCASIONES ASOCIADOS CON UN EPISODIO CONVULSIVO BREVE QUE PUEDE DURAR ALGUNOS SEGUNDOS.

5.1.1.1 TRATAMIENTO. CONSISTE EN COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA; DE PREFERENCIA, DEBE BAJARSE LA CABEZA AL NIVEL DEL TÓRAX, INCLINANDO EL SILLÓN HACIA

ATRÁS. AL PACIENTE QUE ESTÁ EN ESTADO RÍGIDO EN EL SILLÓN NUNCA DEBE INCLINARSE HACIA ADELANTE, DE MODO QUE EL TÓRAX, SE COMPRIMA CONTRA LAS RODILLAS. ESTE ES UN MÉTODO MUY DEFICIENTE PARA TRATAR DE ATENDER UN EPISODIO DE DESMAYO SIMPLE.

TAN PRONTO COMO EL PACIENTE ESTÁ EN POSICIÓN SUPINA, DEBE VALORARSE SU PULSO Y TOMARSE LA PRESIÓN ARTERIAL, PARA COMPARARLA CON LA PRESIÓN QUE TENÍA EN EL EXAMEN INICIAL. PUEDEN COLOCARSE COMPRESAS HÚMEDAS Y FRÍAS SOBRE LA FRENTE DEL PACIENTE.

SI EL PACIENTE NO RESPONDE EN 15 SEGUNDOS, DEBE ADMINISTRARSE OXÍGENO, COLOCÁNDOLE UNA MASCARILLA EXACTAMENTE ENCIMA DE LA NARIZ Y LA BOCA, DE MODO QUE LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS, LLEVEN UNA ALTA CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO A LOS PULMONES. EL PACIENTE QUE EXPERIMENTA UN EPISODIO DE SÍNCOPE SIMPLE O DE CHOQUE NEURÓGENO, SUELE RECUPERARSE RÁPIDAMENTE; Y SI EL PACIENTE ESTÁ DE ACUERDO, EL DENTISTA PUEDE PROSEGUIR EL TRATAMIENTO; SI NO, DEBE FIJARSE UNA NUEVA CITA.

5.1.2 HIPERVENTILACIÓN

LA HIPERVENTILACIÓN O ALCALOSIS RESPIRATORIA, SE

PRESENTA EN PACIENTES EXTREMADAMENTE NERVIOSOS, RESPIRA RÁPIDA Y SUPERFICIALMENTE, DISMINUYENDO ASÍ EL NIVEL DE BIÓXIDO DE CARBONO EN LA SANGRE Y PRODUCÉNDOSE UNA ELEVACIÓN DEL PH SANGUÍNEO Y UN ESTADO DE ALCALOSIS. ASÍ, DISMINUYE LA DISOCIACIÓN DE LA OXIHEMOGLOBINA Y, POR LO TANTO, SE REDUCE LA OXIGENACIÓN DEL CEREBRO, PRODUCIÉNDOSE PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO DEBIDA A HIPOXIA CEREBRAL. LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS SON; ADEMÁS DE LAS RESPIRACIONES RÁPIDAS Y SUPERFICIALES, EL PACIENTE EMPIEZA A TENER UNA SENSACIÓN INTENSA DE HORMIGUEO E INCOMODIDAD EN MANOS Y PIES EN SU TOTALIDAD, LOS DEDOS DE LAS MANOS VAN ADQUIRIENDO LA POSICIÓN DE GARRA Y LOS PIES ADOPTAN UNA POSICIÓN DE ROTACIÓN INTERNA CON ESTA SINTOMATOLOGÍA EL DENTISTA SABRÁ QUE EL PACIENTE ESTÁ EN HIPERVENTILACIÓN.

5.1.2.1 TRATAMIENTO. SE LE PIDE AL PACIENTE QUE CONTENGA LA RESPIRACIÓN, TANTO TIEMPO, COMO SEA POSIBLE PARA ELEVAR EL NIVEL DEL BIÓXIDO DE CARBONO EN LA SANGRE, Y CON ELLO, BAJAR EL PH. EN ALGUNOS CASOS, SE HA SUGERIDO QUE EL PACIENTE RESPIRE EN UNA BOLSA DE PAPEL, DE MODO QUE VUELVA A INHALAR EL AIRE

ESPIRADO Y SE RESTAURE ASÍ. EL NIVEL DEL BIÓXIDO DE CARBONO SANGUÍNEO, SIN EMBARGO, ESTA TÉCNICA ES MUY MOLESTA, PORQUE LAS RESPIRACIONES RÁPIDAS HACEN QUE LA BOLSA PRODUZCA CHASQUIDOS Y EL PACIENTE EXPERIMENTA ASFIXIA, LO QUE ACRECENTA SU MIEDO Y SU HISTERIA. LA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE PENTOBARBITAL, PARA SEDAR AL PACIENTE, ES CON FRECUENCIA LA MEJOR SOLUCIÓN AL PROBLEMA. UNA SEGUNDA ELECCIÓN, ES TERMINAR EL TRATAMIENTO Y DESPEDIR AL PACIENTE, DÁNDOLE UNA NUEVA CITA. LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO, A MENUDO PONE FIN ESPECTACULARMENTE AL EPISODIO DE HIPERVENTILACIÓN, PARA EVITAR UNA RECURRENCIA EN LA SIGUIENTE VISITA, SERÁ NECESARIO, LA PREMEDICACIÓN AL PACIENTE LA NOCHE ANTERIOR, PARA TENER LA SEGURIDAD DE QUE TENDRÁ UN BUEN DESCANSO Y LUEGO CONTINUAR LA PREMEDICACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN DE PENTOBARBITAL POR VÍA INTRAVENOSA ANTES DE QUE EMPIECE LA OPERACIÓN. LA HIPERVENTILACIÓN SE VE CON MÁS FRECUENCIA EN MUJERES, ADOLESCENTES O AMAS DE CASA JÓVENES CON VARIOS HIJOS, LO QUE CONTRIBUYE A SU ANSIEDAD.

DESPUÉS DE LA HIPERVENTILACIÓN, EL PACIENTE PUEDE

EXPERIMENTAR UN PROLONGADO PERÍODO DE HIPOTENSIÓN, RECUPERA EL CONOCIMIENTO EN FORMA COMPLETA, PERO AL INTENTAR PONERSE DE PIE, SE DESMAYA OTRA VEZ. EN ESTOS CASOS, LA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA DE 0.2 A 0.3 ML., DE UNA SOLUCIÓN DE ADRENALINA - (0.2 A 0.3 MG) AYUDARÁ A RESTAURAR Y MANTENER UNA ADECUADA PRESIÓN ARTERIAL. PUEDE CONFIRMARSE, QUE EL ESTADO DE HIPOTENSIÓN SE HA CORREGIDO VOLVIENDO A TOMAR LA PRESIÓN ARTERIAL.

5.1.3 ALERGIAS

LAS VERDADERAS REACCIONES ALÉRGICAS A ANESTÉSICOS LOCALES, SON EXTREMADAMENTE RARAS. ES MÁS PROBABLE, QUE EL DENTISTA ENCUENTRE EN EL CONSULTORIO, PACIENTES CON VERDADERAS ALERGIAS QUE SE MANIFIESTAN CON HIPERSENSIBILIDAD ESPECÍFICA A BARBITURATOS, COMPUESTOS DE ASPIRINA, ANTIBIÓTICOS O YODO. EN MUCHOS CASOS, LA REACCIÓN SE PRESENTARÁ COMO VESÍCULAS O ULCERACIONES EN LA PIEL O EN LAS MUCOSAS, TAMBIÉN SE PUEDEN PRESENTAR COMO ERUPCIÓN, URTICARIA, EDEMA ANGIONEURÓTICO O RINITIS. CUANDO LA ALERGIYA ES GRAVE, EL PACIENTE PUEDE EXPERIMENTAR UN ATAQUE ASMÁTICO.

5.1.3.1 TRATAMIENTO. DEBE DE ADMINISTRARSE INMEDIATAMENTE DE 0.2 A 0.3 MG. DE ADRENALINA (0.2 A 0.3 ML. DE UNA SOLUCIÓN AL 1:1 000) EN INYECCIÓN INTRAVENOSA MUY LENTA. COMO TRATAMIENTO CONJUNTO, PUEDE ADMINISTRARSE HASTA 1 ML. DE DIFENHIDRAMINA (BENADRYL) DE 50 MG. POR ML. ESTO, NO SÓLO TIENE UN EFECTO HISTAMÍNICO, SINO QUE ÉSTA PRODUCE TAMBIÉN LIGERA SEDACIÓN QUE SIRVE PARA MITIGAR LA APRENSIÓN DEL PACIENTE. PERO EL BENADRYL NO ES UN SUSTITUTIVO DE LA -- ADRENALINA Y, CUANDO LA REACCIÓN ES GRAVE, ES ÉSTA ÚLTIMA DROGA LA INDICADA. SI EL PACIENTE NO RESPONDE A LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA EN UNO O DOS MINUTOS, PUEDE REPETIRSE LA DOSIS INICIAL.

5.2 COMPLICACIONES OPERATORIAS.

SON TODAS LAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN PRESENTARSE DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, O TAMBIÉN LLAMADO TIEMPO OPERATORIO, NOMBRAREMOS LAS MÁS COMUNES:

- HEMORRAGIAS DURANTE LA INTERVENCIÓN.
- TRISMOS.
- LUXACIÓN.
- LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
- LESIONES DE LOS VASOS SANGUÍNEOS.
- LESIONES ÓSEAS.

- FRACUTRA DE MANDÍBULA.

5.2.1 HEMORRAGIA DURANTE LA INTERVENCIÓN.

LA HEMORRAGIA PUEDE CONSTITUIR UNA COMPLICACIÓN DURANTE LAS MANIOBRAS OPERATORIAS O DESPUÉS DE ELLAS. LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DURANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SON; EL PLANTEAMIENTO DESACERTADO Y LA FALTA DE CUIDADO AL MANIPULAR LOS TEJIDOS.

COMO MEDIDA PREVENTIVA, SE NECESITA VERIFICAR LAS RADIOGRAFÍAS, HEVISAR LA HISTOPIA CLÍNICA, PORQUE PACIENTES CON LA PRESIÓN ELEVADA PUEDEN PLANTEAR - PROBLEMAS HEMORRÁGICOS, DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ HACER TODOS LOS ESFUERZOS POSIBLES PARA CONTROLAR EL SANGRADO DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DEBIDO A QUE LA PÉRDIDA DE SANGRE, AÚN BAJO LAS CONDICIONES MÁS FAVORABLES PODRÍA SER MÁS EXTENSA, SI EL SANGRADO NO PUEDE SER CONTROLADO MEDIANTE LOS MÉTODOS SISTEMÁTICOS COMO LA SUTURA Y POR PRESIÓN CON GASAS, SE UTILIZARÁ CERA PARA HUESO.

5.2.2 TRISMO

DEFINICIÓN. ES EL ESPASMO TETÁNICO DE LOS MÚSCULOS

ORIGINADORES DE QUE LA BOCA ESTÉ RÍGIDAMENTE CERRADA. ESTE TÉRMINO SE UTILIZA PARA INDICAR CUALQUIER INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA. EL GRADO DEL TRISMO PUEDE SER MODERADO, MARCADO Y COMPLETO.

EL TRISMO ES MUY FRECUENTE EN LAS EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES IMPACTADOS, ÉSTO ES -- CUANDO SE UTILIZAN CIERTAS TÉCNICAS ORALES POSTQUIRÚRGICAS QUE AFECTA A LA ZONA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

TAMBIÉN ES FRECUENTE CUANDO HAY UNA INFECCIÓN MUY PROFUNDA EN LOS DIENTES POSTERIORES, QUE HA AFECTADO A LOS MÚSCULOS MASTICADORES.

ESTO TAMBIÉN PUEDE OCURRIR CUANDO EL PACIENTE PRESENTA GRAN TENSIÓN EMOCIONAL, O EN PERSONAS SUSCEPTIBLES QUE ADEMÁS PUEDE OCURRIR ESPONTÁNEAMENTE O DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO EN LAS REGIONES BUCALES.

5.2.2.1 TRATAMIENTO. SI EL ORIGEN ES INFECCIOSO, EL TRATAMIENTO SERÁ COMO PARA UNA INFECCIÓN, YA SEA CERRADA, PRIMERAMENTE SE VERÁ SI ES POSIBLE HACER UNA INCISIÓN, PARA FACILITAR LA SALIDA DE EXUDADO, ADEMÁS DE MANDAR UNA FARMACOTERAPIA ADECUADA CON RELAJANTES MUSCULARES, PARA COMBATIRLA CORRECTAMENTE.

SI EL ORIGEN ES DEBIDO A LA EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INFERIOR, PUEDE DEJARSE PASAR UNAS 48 HORAS, SI DESPUÉS DE ESTE TIEMPO NO PASA EL PROBLEMA, SE HARÁ UN EXAMEN MINUCIOSO, PERO, SI EL PROBLEMA DESAPARECE EN LAS PRIMERAS 48 HORAS, SERÁ DEBIDO ÚNICAMENTE AL TRAUMATISMO DE LA CIRUGÍA A QUE FUÉ SOMETIDO.

5.2.3 LUXACIÓN.

LA LUXACIÓN (DISLOCACIÓN) DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, OCURRE CON RELATIVA FRECUENCIA, CUANDO LA RELACIÓN DE LA CÁPSULA Y DEL LIGAMENTO TEMPOROMANDIBULAR PERMITE AL CÓNDILO MOVERSE HASTA EL PUNTO ANTERIOR DE LA EMINENCIA ARTICULAR, DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE APERTURA. LA CONTRACCIÓN Y EL ESPASMO MUSCULAR, MANTIENEN AL CÓNDILO EN ESTA POSICIÓN DE MANERA QUE ES IMPOSIBLE PARA EL PACIENTE CERRAR LA BOCA, Y REGRESARLA A SU POSICIÓN NORMAL DE OCLUSIÓN. LA DISLOCACIÓN PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL Y PUEDE OCURRIR ESPONTÁNEAMENTE DESPUÉS DE ABRIR LO MÁS GRANDE POSIBLE LA BOCA, COMO OCURRE DURANTE UN BOSTEZO O LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES EN PIEZAS POSTERIORES, SIENDO MÁS FRECUENTE DURANTE LA

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR,

5.2.3.1 TRATAMIENTO. LA LUXACIÓN GENERALMENTE PUEDE REDUCIRSE, HACIENDO PRESIÓN HACIA ABAJO EN LOS DIENTES POSTERIORES Y PRESIÓN HACIA ARRIBA EN EL MENTÓN ACOMPAÑADA DE UN DESALOJAMIENTO POSTERIOR DE LA MANDÍBULA. ES POSIBLE, QUE EL OPERADOR PUEDA HACER ESTAS MANIOBRAS DE PIE DELANTE DEL PACIENTE. GENERALMENTE, LA REDUCCIÓN NO ES DIFÍCIL, SIN EMBARGO, EL ESPASMO MUSCULAR PUEDE SER LO SUFICIENTEMENTE GRANDE, PARA NO PERMITIR LA MANIPULACIÓN SIMPLE DEL CÓNDILO PARA REGRESARLO A SU POSICIÓN NORMAL. EN TALES CIRCUNSATANCIAS, ES NECESARIO PRODUCIR UNA RELAJACIÓN SUFICIENTE, PARA LOGRAR LA REDUCCIÓN ADECUADA DEL CÓNDILO LUXADO. ESTO PUEDE LOGRARSE POR LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA GENERAL O LOCAL (ADICIONÁNDOLE UN RELAJADOR MUSCULAR, SI ES NECESARIO). JOHNSON HA INFORMADO CASOS DE REDUCCIÓN ESPONTÁNEA DE LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, DESPUÉS DE INFILTRAR UNA SOLUCIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL, EN LA MUSCULATURA QUE RODEA AL CÓNDILO. ESTE MÉTODO NO REQUIERE MANIPULACIÓN YA QUE LOS MÚSCULOS SE TORNAN FLÁCIDOS, LO SUFICIENTE PARA PERMITIR AL CÓNDILO REGRESAR A SU POSICIÓN NORMAL EN LA

CAVIDAD GLENOIDEA, ES DE INTERÉS MENCIONAR, QUE JOHNSON HA NOTADO QUE CUANDO OCURRE LA DISLOCACIÓN, ES BILATERAL, SÓLAMENTE ES NECESARIO ANESTESIAR UN LADO PARA LOGRAR LA REDUCCIÓN BILATERAL ESPONTÁNEA, EN OCASIONES LAS LUXACIONES DE LARGA DURACIÓN PUEDEN ESTAR PRESENTES Y PASAR INADVERTIDAS. CON FRECUENCIA ESTO OCURRE DESPUÉS DE EXTRACCIONES DE DIENTES POSTERIORES O AMIGDALECTOMÍA CON ANESTESIA GENERAL, PUÉS LA MANDÍBULA SE ABRE AL MÁXIMO, LA DISLOCACIÓN PUEDE PASAR INADVERTIDA SI EL PACIENTE NO SE EXAMINA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

5.2.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

LA PÉRDIDA DE CONTROL DE LOS INSTRUMENTOS PRODUCE A VECES LACERACIONES, DESGARRAMIENTOS U OTRAS LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS. LOS ELEVADORES, LOS FORCEPS, PUEDEN RESBALAR EN LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES Y DAÑAR LOS TEJIDOS DEL LABIO, LA MEJILLA, LA LENGUA, EL PISO DE LA BOCA O EL PALADAR.

5.2.4.1 TRATAMIENTO. LOS DESGARRAMIENTOS DE LA MUCOSA DEBEN DE TRATARSE INMEDIATAMENTE; EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE PROCEDE A UNA SUTURA SIN DEBRIDAMIENTO. LA HEMORRAGIA SE CONTROLA GENERALMENTE POR COMPRESIÓN, AUNQUE A VECES ES NECESARIO LIGAR LOS VASOS

PRINCIPALES O LOS SITIOS DONDE SANGRAN. ES RARO - QUE LAS LACERACIONES LIMITADAS A LA MUCOSA SEAN LO SUFICIENTEMENTE PROFUNDAS, COMO PARA ASEGURAR EL CIERRE POR PLANOS. EL RESTABLECIMIENTO DE LA MUCOSA SOLO REQUIERE UNA SUTURA CON PUNTOS INTERRUMPIDOS O CONTINUOS. EL PERIOSTIO QUE SE HAYA SEPARADO DEL HUESO DEBE SER REUBICADO Y SUTURADO SIN DEMORA. LAS HERIDAS PROFUNDAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS, PUEDEN PRODUCIRSE CUANDO LOS DISCOS, LOS BURILES U OTROS INSTRUMENTOS DE EXODONCIA RESBALAN EN LA SUPERFICIE DENTARIA Y LACERAN O DESGARRAN LOS TEJIDOS BLANDOS. EL PROBLEMA MÁS FRECUENTE EN ESTE TIPO DE HERIDAS PROFUNDAS ES LA LESIÓN DE LOS VASOS, PERO DE ESTO YA SE HABLARÁ EN EL TEMA DE HEMORRAGIAS Y SUS TRATAMIENTOS.

UNA VEZ CONSEGUIDA LA HEMOSTASIS, ESTAS HERIDAS DEBEN SER SUTURADAS POR PLANOS, OBLITERANDO LAS ZONAS PROFUNDAS, PARA ELIMINAR CUALQUIER ESPACIO MUERTO, Y APROXIMANDO LA SUBMUCOSA PARA REDUCIR LA TENSIÓN SOBRE LAS SUTURAS DE LA MUCOSA.

5.2.5 LESION DE LOS VASOS SANGUÍNEOS.

LAS LESIONES DE LOS VASOS SANGUÍNEOS SON FRECUENTES, PERO AFORTUNADAMENTE, LA MAYORÍA DE LAS VECES,

LOS VASOS LESIONADOS SON PEQUEÑOS Y CUANDO SE COR-
TA ACCIDENTALMENTE, LA HEMORRAGIA PUEDE CONTROLAR-
SE POR COMPRESIÓN.

ES MENOS FRECUENTE CUANDO LAS HEMORRAGIAS SON ORIGI-
NADAS POR VASOS DE MAYOR CALIBRE, REQUIRIENDO UNA
LIGADURA ADECUADA.

5.2.5.1 TRATAMIENTO. LA EXTRACCIÓN DE DIENTES JUNTO CON
OTRAS INTERVENCIONES SOBRE LOS MAXILARES, PUEDE --
PRODUCIR UNA HEMORRAGIA COPIOSA SUSCEPTIBLE DE
COHIBIRSE POR COMPRESIÓN O EMPLEANDO TAPONES HEMOS-
TÁTICOS. SI SE UTILIZA GASA, EL TAPÓN DEBE DEJARSE
DE 5 A 10 MINUTOS, PARA LUEGO SACARLO CUIDADOSAMEN-
TE.

ESTE TIPO DE TAPONAMIENTO VA A DETENER LA HEMORRA-
GIA CASI SIEMPRE, PERO A VECES PERSISTE UNA PEQUEÑA
PÉRDIDA DE SANGRE, EN ESTE CASO DEBE COLOCARSE OTRO
TAPÓN QUE SE VA A DEJAR POR VARIOS DÍAS. SIN EMBAR-
GO, ES MÁS CONVENIENTE CONTROLAR LA HEMORRAGIA IN-
TRODUCIENDO EN LA CAVIDAD UN AGENTE HEMOSTÁTICO AB-
SORBIBLE, QUE PUEDE SER SUTURADO EN LA HERIDA Y
QUE NO REQUIERE UNA POSTERIOR EXTRACCIÓN.

SOLO CUANDO LA HEMORRAGIA PROVIENE DEL CONDUCTO NU-
TRICIO, PUEDE SER DETENIDA PRESIONANDO EL HUESO

SUBYACENTE CON UN INSTRUMENTO ROMO, O COLOCANDO MATERIAL ABSORBIBLE EN EL ORIFICIO DEL CONDUCTO NUTRICIO.

EN CONTADAS OCASIONES ES NECESARIO CONSULTAR AL HEMATÓLOGO O INTERNAR AL PACIENTE EN UN HOSPITAL, PARA SU TRATAMIENTO Y CONTROL.

5.2.6 LESIONES ÓSEAS.

FRACTURA DEL ALVÉOLO. ESTE TIPO DE FRACTURA SUELE OCURRIR DURANTE EXTRACCIONES DIFÍCILES, Y EL FRAGMENTO ROTO PUEDE SALIR CON EL DIENTE O QUEDAR EN LA HERIDA. EN EL PRIMER CASO EL HUESO ALVEOLAR REMANENTE SE PRESENTA CON UNA SUPERFICIE ÁSPERA Y DENTELLADA. EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS SE DEBE DESPEGAR UNA PEQUEÑA BANDA DE PERIOSTIO, PARA GANAR ACCESO A LA ZONA Y SUAVIZAR LOS BORDES CON EL INSTRUMENTO ADECUADO; LJMA, ALVEOLOTOMO O AMBOS.

5.2.6.1 TRATAMIENTO. CUANDO EL TROZO FRACTURADO ES PEQUEÑO Y HA QUEDADO SEPARADO DEL PERIOSTIO, ES NECESARIO EXTRAERLO Y TRATAR A LA CAVIDAD EN LA FORMA YA DESCRITA. EN CAMBIO, SI EL FRAGMENTO ES GRANDE Y SE MANTIENE FIJO AL PERIOSTIO, DEBE SER COLOCADO EN SU LUGAR MEDIANTE PRESIÓN DIGITAL Y FIJADO POR SUTURA A LOS TEJIDOS BLANDOS SUBYACENTES.

ESTE TIPO DE PROBLEMA, SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. EN ESTA ZONA LA EXTRACCIÓN DEL FRAGMENTO ES DIFÍCIL Y DEJA UN GRAN DEFECTO RESIDUAL CON INTENSO DOLOR POSTOPERATORIO, EDEMA Y TRISMO. LO MEJOR ES DEJARLO EN LA POSICIÓN CORRECTA, ESTO LE PERMITIRÁ QUE SE ADHIERA AL RESTO DEL HUESO, PARA SU REHABILITACIÓN EN CORTO PLAZO.

5.2.7 FRACTURA DE MANDÍBULA.

ESTA COMPLICACIÓN ES RARA Y SE PRESENTA EN LAS EXTRACCIONES DENTARIAS. LA MAYORÍA DE LOS ACCIDENTES SE PRODUCEN POR EL USO INADECUADO DE LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS, O LA APLICACIÓN DE FUERZAS EXAGERADAS. EL PROBLEMA ES MÁS COMÚN EN PERSONAS DE EDAD, CUYAS MANDÍBULAS SON DELGADAS Y ATRÓFICAS, PERO PUEDE OCURRIR EN CUALQUIER TIPO DE PACIENTE.

5.3 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

SON TODAS LAS COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR DESPUÉS DE CADA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CITAREMOS LAS MÁS COMUNES:

- HEMORRAGIA POSOPERATORIA.
- ALVEOLITIS.

- INFECCIÓN.

5.3.1 HEMORRAGIA POSTOPERATORIA.

EL SANGRADO POSTOPERATORIO PUEDE SER DIVIDIDO EN SANGRADO PRIMARIO QUE ES EL QUE OCURRE DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS, Y EL SANGRADO SECUNDARIO QUE ES EL QUE OCURRE ALGÚN TIEMPO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

SI EL PACIENTE LLAMA POR TELÉFONO Y EXPLICA QUE TIENE HEMORRAGIA, SE LE INDICARÁ QUE SE PONGA UNA GASA EN EL PUNTO QUE SANGRA Y QUE HAGA PRESIÓN, PERO SI EL SANGRADO ES PROFUSO, ENTONCES DEBERÁ SER VISTO POR EL DENTISTA EN EL CONSULTORIO INMEDIATAMENTE.

ALGUNOS PACIENTES SE PONEN MUY NERVIOSOS CUANDO - TIENEN UNA HEMORRAGIA, SE LES PUEDE CALMAR CON UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE UN PREPARADO HIPNÓTICO. DESPUÉS SE BUSCARÁ EL PUNTO QUE SANGRA, UNA VEZ LOCALIZADO POR MEDIO DE LA SUCCIÓN Y DE TORUNDAS, SE PUEDE ANESTESIAR LA ZONA. HAY QUE PROCEDER CON CUIDADO DEBIDO AL DOLOR POSTOPERATORIO Y LA SENSIBILIDAD DE LA PARTE OPERADA.

LA HEMORRAGIA DURANTE LAS 24 HORAS A LA INTERVENCIÓN GENERALMENTE SE PUEDE COHIBIR CON UNA NUEVA

SUTURA. ESTA PUEDE PROCEDER POR CANALES NUTRICIOS GRANDES DEL HUESO ALVEOLAR, EN CUYO CASO, DEBEREMOS PROCEDER AL APLASTAMIENTO DEL HUESO QUE RODEA AL PUNTO QUE SANGRA.

UNA HEMORRAGIA TARDÍA DESPUÉS DE UNA SEMANA O MÁS DE HABERSE PRACTICADO LA CIRUGÍA ORAL PUEDE OBEDECER A UN TRAUMA EN TEJIDO DE GRANULACIÓN.

SI EL PACIENTE PARECE ESTAR EN MALAS CONDICIONES FÍSICAS CON PULSO RÁPIDO Y FILIFORME, TENSIÓN SANGUÍNEA BAJA, PIEL COLOR CENIZA, Y MANOS FRÍAS Y PEGAJOSAS, LA PÉRDIDA HEMÁTICA PROBABLEMENTE HA SIDO IMPORTANTE, EN TAL CASO, SE ACONSEJA QUE EL PACIENTE SE COLOQUE COMPRESAS FRÍAS SOBRE LA FRENTE COMO UN TRATAMIENTO DE URGENCIA, SE LLAMARÁ INMEDIATAMENTE AL DENTISTA QUE LO MÁS PROBABLE ES QUE ACONSEJE LLEVAR DIRECTAMENTE AL PACIENTE AL HOSPITAL DONDE EL TRATARÁ EL CASO.

5.3.2 ALVEOLITIS.

ES UNA PÉRDIDA DEL COÁGULO SANGUÍNEO, QUE HACE LAS VECES DE BARRERA PROTECTORA DEL TEJIDO ÓSEO SUBYACENTE. AL DESAPARECER EL COÁGULO, SU RESPECTIVAS TERMINACIONES NERVIOSAS, QUEDAN EXPUESTAS EN LA CAVIDAD BUCAL, ORIGINANDO UN DOLOR DE VARIABLE INTEN

SIDAD. ESTA COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA ES MUY COMÚN.

5.3.2.1 TRATAMIENTO. CONSISTE EN COLOCAR UN TAPÓN QUE CONTENGA UN ANALGÉSICO, PARA ALIVIAR EL DOLOR Y UN ANTISÉPTICO PARA COMBATIR LA INFECCIÓN QUE PUDIERA HABÉR. ANTES DE APLICAR EL TAPÓN HAY QUE LIMPIAR PERFECTAMENTE EL ALVEOLO PARA QUE NO QUEDEN RESTOS DEL COÁGULO DESINTEGRADO, DE MODO QUE LA MEDICACIÓN ENTRE EN CONTACTO DIRECTO CON EL HUESO. ESTO SE HACE MEDIANTE EL RASPADO SUAVE O POR IRRIGACIÓN. DESPUÉS SE SECA EL ALVEOLO Y SE APLICA EL TAPÓN MEDICADO CON ANALGÉSICO Y ANTISÉPTICO.

NO SE DEBE CAMBIAR DIARIAMENTE EL TAPÓN, PORQUE ESTO VA A IMPEDIR EN EL ALVEOLO, LA PROLIFERACIÓN DEL TEJIDO DE REPARACIÓN, Y PROLONGA EL PERÍODO DE RECUPERACIÓN. ASÍ, EL TAPÓN DEBE CONTENER INGREDIENTES DE ACCIÓN PROLONGADA, QUE REQUIERAN SU CAMBIO CADA 2, 3 Ó 4 DÍAS. EL TAPÓN DEBE CONTENER LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

- | | |
|-------------------|-----|
| - EUGENOL | 46% |
| - BALSAMO DE PERÚ | 46% |
| - CLOROBUTANOL | 4% |
| - BENZOCAINA | 4% |

LA MEDICACIÓN SE APLICA SOBRE UNA GASA, DE MODO QUE QUEDE SUELTA EN EL ALVEOLO, CUBRIENDO TODO EL HUESO EXPUESTO. HAY QUE VOLVER A SUTURAR EL ALVEOLO CON TODA LA FRECUENCIA QUE SEA NECESARIO PARA LA COMODIDAD DEL PACIENTE, HASTA QUE EL HUESO QUEDA CUBIERTO POR LOS TEJIDOS DE REPARACIÓN QUE PROLIFERAN SOBRE ÉL.

5.3.3 INFECCIÓN

GENERALMENTE SE PRESENTA CUANDO EXISTE ALGÚN EDEMA ASOCIADO A LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, QUE LLEGAN A SU MÁXIMO, DURANTE LAS 24 HORAS SIGUIENTES A LA OPERACIÓN, Y DEBE EMPEZAR A DISMINUIR A LAS 48 HORAS. SI EL PACIENTE SIGUE TENIENDO INFLAMACIÓN, DOLOR O AUMENTO DE TEMPERATURA DESPUÉS DE 48 HORAS SE PUEDE EMPEZAR A BUSCAR SIGNOS DE PROCESOS INFECCIOSOS.

A VECES LAS INFECCIONES POSTOPERATORIAS PUEDEN NO MANIFESTARSE DURANTE LAS DOS O MÁS SEMANAS SIGUIENTES AL ACTO QUIRÚRGICO.

5.3.3.1 TRATAMIENTO. SERÁ NECESARIO HACER UNA INCISIÓN EN LA HERIDA PARA PROPORCIONAR DRENAJE, EN CASO DE QUE SE HAYA EXTRAÍDO EL TERCER MOLAR INFERIOR, PUEDE OBTENERSE UN BUEN DRENAJE, DESLIZANDO UNA CURE-

TA AL ESPACIO PERIODONTAL SOBRE EL ÁNGULO BUCODISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, DEJANDO QUE EL PUS SALGA POR ESTA VÍA.

SI LA INFECCIÓN EN ESTA ÁREA ES SUFICIENTEMENTE EXTENSA, SERÁ NECESARIO COLOCAR UN TUBO DE DRENAGE EN LA HERIDA DURANTE UN DÍA O DOS, DEBE HACERSE UNA SEGUNDA HERIDA EN LA MUCOSA BUCAL ALVEOLAR DISTALMENTE A LA ADHESIÓN GINGIVAL DEL SEGUNDO MOLAR. ESTA INTERVENCIÓN SE EMPLEA PARA NO ALTERAR EL PROCESO DE REPARACIÓN ALREDEDOR DEL SEGUNDO MOLAR.

DE PRESENTARSE EL PROCESO INFECCIOSO, ES INDISPENSABLE LA ANTIBOTERAPIA DE ELECCIÓN EN DOSIS ADECUADA.

EN CIRUGÍA BUCAL UTILIZAMOS LA PENICILINA COMO PRIMERA INSTANCIA, Y EN CASO DE PRESENTARSE ALERGIAS, ENTONCES SE INDICARÁ LA ERITROMICINA COMO SEGUNDA ELECCIÓN, Y DE SER NECESARIO UTILIZAREMOS LOS ANTIFLAMATORIOS ADISIONANDOLOS A LA ANTIBIOTERAPIA.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO POSOPERATORIO6.1 POSOLOGIA.

LA POSOLOGÍA QUE SE INDICA EN LA CIRUGÍA BUCAL ES MUY VARIADA, PUÉS CADA PACIENTE ES UN CASO ESPECÍFICO, EN EL CUAL SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES, TANTO PERSONALES COMO FAMILIARES. LOS PRINCIPALES FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA CIRUGÍA BUCAL LOS PODEMOS DIVIDIR EN:

- ANALGÉSICOS
- ANTIHISTAMÍNICOS
- ANTINFLAMATORIOS
- ANTIBIÓTICOS
- TRANQUILIZANTES

6.1.1 ANALGÉSICOS.

ES EL FÁRMACO QUE VA A ELIMINAR O ATENUAR UN DOLOR, CUALQUIERA QUE SEA SU ORIGEN O NATURALEZA.

LOS ANALGÉSICOS LOS DIVIDIMOS EN NARCÓTICOS Y NO NARCÓTICOS.

LOS ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS GENERALMENTE SON INEFICACES EN CUANTO SE DESEE CONTROLAR UN DOLOR SEVERO, POSEEN UNA BAJA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS,

ACTÚAN PRINCIPALMENTE EN LAS ETAPAS MÁS SUPERFICIALES DEL DOLOR Y POSEEN PROPIEDADES ANTIINFLAMATORIAS. SU GRADO DE FÁRMACO-DEPENDENCIA ES BAJO.

LOS ANALGÉSICOS NARCÓTICOS SON CLARAMENTE MÁS EFECTIVOS EN EL CONTROL DEL DOLOR AGUDO, Y TIENEN MAYOR INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS, PARTICULARMENTE A NIVEL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, Y NO POSEEN PROPIEDADES ANTIINFLAMATORIAS.

LAS PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS DE LOS ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS.

- SON EMPLEADOS FAVORABLEMENTE EN DOSIS ALTAS
- SU ADMINISTRACIÓN ES GENERALMENTE POR VÍA ORAL
- TIENEN ACCIÓN PERIFÉRICA LOCAL
- ALGUNOS POSEEN PROPIEDADES ANTIINFLAMATORIAS Y ANTIPIRÉTICAS
- TIENEN LA CARACTERÍSTICA DE PODER SER COMBINADOS CON OTRAS DROGAS
- PRESENTAN UNA BAJA INCIDENCIA DE FÁRMACO-DEPENDENCIA Y ABUSO

LAS PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS DE LOS ANALGÉSICOS NARCÓTICOS.

- TIENEN MAYOR EFECTIVIDAD CONTRA EL DOLOR SEVERO
- GRAN INCIDENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS

- SON EFECTIVOS A BAJAS DOSIS
- ACCIÓN CENTRAL LOCALIZADA
- NO SON COMBINABLES CON OTRAS DROGAS
- PRESENTAN UN ALTO ÍNDICE DE FARMACO-DEPENDENCIA Y ABUSO

DE LOS ANALGÉSICOS SOLO TRATAREMOS LOS NO NARCÓTI-
COS.

6.1.1.1 CLASIFICACIÓN DE ANALGÉSICOS NO NARCÓTI-

- GRUPO SALCILATOS
- DERIVADOS DE PIRAZOLONA
- DERIVADOS DE LA ANILINA
- GRUPOS CINCOFENOS

6.1.1.1.1 SALCILATOS.

LOS SALCILATOS MÁS FRECUENTEMENTE USADOS SON:

- SALCILATO SÓDICO
- ACIDO ACETIL SALCÍLICO (ASPIRINA)
- SALICILAMIDA

6.1.1.1.1.1 EFFECTO ANALGÉSICO: LOS SALCILATOS ALIVIAN
LOS DOLORES DE BAJA INTENSIDAD, YA SEA LOCALIZADOS
O EXTENDIDOS, ACTÚAN EFICAZMENTE EN CEFALÉAS, MIAL
GIAS, ARTRALGIAS,

LOS SALCILATOS SE PUEDEN COMBINAR CON DERIVADOS DE
LA CODEÍNA, PARA LOGRAR UN EFECTO MAYOR.

6.1.1.1.1.2 EFEECTO TÓXICO: SOBRE EL APARATO CARDIOVASCULAR PROVOCA PEQUEÑOS AUMENTOS EN LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y EN EL PULSO, ASÍ COMO PROTROMBINEMIA EN SANGRE Y HEMORRAGIAS PETEQUIALES (O SEA DISMINUYE LA FORMACIÓN DE PROTROMBINA).

EL PACIENTE QUE PRESENTA ALERGIAS A LA ASPIRINA U OTRO SALCILATO, PUEDEN SUFRIR REACCIONES ANAFILÁCTICAS DE TIPO URTICARIO O ASMÁTICO, SE DEBE TENER CUIDADO CON ESTOS PACIENTES, YA QUE ES PROBABLE QUE PRESENTEN ALERGIA A CIERTOS ANESTÉSICOS.

CUANDO UN PACIENTE HA TENIDO UN TRATAMIENTO PROLONGADO CON ASPIRINAS, DEBE SER EXAMINADO A FONDO PARA DETECTAR UN POSIBLE PROBLEMA DE COAGULACIÓN, PUES EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SERÍA PELIGROSO.

6.1.1.1.1.3 EXCRECIÓN: SE ELIMINA POR RIÑÓN, PUES GENERALMENTE ENTRE EL 70% Y 80% DE LA DOSIS ADMINISTRADA, SE ENCUENTRA EN LA ORINA, SU ELIMINACIÓN ES LENTA, APROXIMADAMENTE EL 50% DE UNA DOSIS DETERMINADA SE ELIMINA EN 24 HORAS.

6.1.1.1.1.4 CONTRAINDICACIÓN: PACIENTE CON ÚLCERA PÉPTICA, CON HEMORRAGIAS, TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y EN PACIENTES ASMÁTICOS Y ALÉRGICOS.

6.1.1.1.1.5 DOSIFICACIÓN.

A GRANDES DOSIS PRODUCE DELIRIO, SARCILISMO (NÁUSEAS, VÓMITOS, SORDERA, CEFALEA, CONFUSIÓN MENTAL, PULSO ACELERADO, RESPIRACIÓN AUMENTADA, SUDORACIÓN, ALTERACIONES GASTROINTESTINALES Y TAQUICARDIA).

6.1.1.1.2 DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA.

6.1.1.1.2.1 TANDERIL (OXIFENBUTAZONA)

ACCIÓN: ES ANTIINFLAMATORIA, ANTIPERÉTICA Y ANALGÉSICA.

INDICADA: EN PROCESOS INFLAMATORIOS, ABCEOS, EXTRACCIONES DENTARIAS, CIRUGÍA.

REACCIÓN SECUNDARIA: ESTOMATITIS, DERMATITIS DE TIPO ALÉRGICO, URTICARIA. SE RECOMIENDA INGERIR LAS GRAGEAS DESPUÉS DE LOS ALIMENTOS.

6.1.1.1.2.2 DOLVIRAN.

INDICADA: EN ESTADOS DOLOROSOS DE CIERTA INTENSIDAD Y LOCALIZACIÓN, NEURALGIAS, NEURITIS, JAQUECAS, DOLORS POSTOPERATORIOS.

REACCIÓN SECUNDARIA: (NO LAS HAY EN LAS DOSIS INDICADAS). PUEDE PROVOCAR TAQUICARDIA, PALPITACIONES, SUDORACIÓN, SOMNOLENCIA.

CONTRAINDICADA: ULCERA PÉPTICA, HEMORRAGIAS INTES-
TINALES, INTOLERANCIA A LOS MEDICAMENTOS.

DOSIS: UNA O DOS TABLETAS TRES VECES AL DÍA.

6.1.1.1.2.3 BESEROL 500.

ACCIÓN: ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO, RELAJANTE MUSCULAR. SE INDICA DESPUÉS DE EXTRACCIONES DENTARIAS, ODONTALGIAS, TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

REACCIÓN SECUNDARIA: FIEBRE, ESTOMATITIS, EDEMA, DIARREA, GASTRITIS.

CONTRAINDICADA: ALERGIA AL MEDICAMENTO, INSUFICIENCIA CARDIACA, ÚLCERA GASTRODUODENAL ACTIVA, OLIGURIA, INSOMNIO.

DOSIS: UNA O DOS TABLETAS TRES O CUATRO VECES AL DÍA.

6.1.1.1.2.4 CONMEL.

ACCIÓN: ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO, ANTIINFLAMATORIO. INDICADA DESPUÉS DE EXTRACCIÓN DENTARIA, ODONTALGIAS, DOLOR POSTOPERATORIO.

CONTRAINDICADA: ÚLCERA GASTRODUODENAL, HEMATITIS, NEFRITIS.

DOSIS: SEGÚN INTENSIDAD DE DOLOR.

6.1.1.1.2.5 MAGNOPYROL.

ACCIÓN: ANALGÉSICO, ESPASMOLÍTICO

INDICADA: PRE Y POSTOPERATORIO

CONTRAINDICADA: ALERGIA A LOS COMPONENTES DEL FÁR-

MACO.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: DE PREFERENCIA LA ENDOVENOSA O INTRAMUSCULAR.

DOSIS: DE UNA A 2 AMPOLLETAS A LA VEZ.

6.1.1.1.2.6 NEO-MELUBRINA.

INDICADA: PARA TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LAS ENFERMEDADES QUE SE ACOMPAÑAN DE FIEBRE Y DOLOR, NEURALGIAS Y MIALGIAS DE CUALQUIER ETIOLOGÍA, ELIMINA DOLOR PRE Y POSTOPERATORIO Y PARA POTENCIAR LOS ANALGÉSICOS LOCALES EN ODONTOLOGÍA Y EN CIRUGÍA MENOR.

CONTRAINDICADA: GASTRITIS, ÚLCERA GÁSTRICA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y RENAL AGUDAS.

REACCIÓN SECUNDARIA: NÁUSEAS, VÓMITO, URTICARIA.

DOSIS: UNA AMPOLLETA POR VÍA INTRAMUSCULAR DOS O TRES VECES AL DÍA.

6.1.1.1.2.7 PRODOLINA

ACCIÓN: ANALGÉSICO, ANTIINFLAMATORIO, ESPASMOLÍTICO.

INDICADA: EN ODONTALGIAS, NEURALGIA DEL TRIGEMINO, DOLOR POSTOPERATORIO.

CONTRAINDICADA: ÚLCERA GASTRODUODENAL, HEPATITIS, NEFRITIS, INSUFICIENCIA CARDIACA, DISCRACIAS SAN-

GUÍNEAS.

REACCIÓN SECUNDARIA: NÁUSEAS, VÓMITOS, GASTRITIS.

DOSES: UNA TABLETA CADA SEIS HORAS, DEPENDE INTENSIDAD DE DOLOR.

6.1.2 ANTI-HISTAMINICOS.

SON SUSTANCIAS QUE DISMINUYEN LA INTENSIDAD DE LAS REACCIONES ALÉRGICAS Y ANAFILÁCTICAS, ADEMÁS, SON ANTAGONISTAS DE LAS ACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LA HISTAMINA.

-ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS

- ANTAGONISTAS NO ESPECÍFICOS

6.1.2.1 ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS. SON LOS QUE BLOQUEAN O ANTAGONIZAN A LA HISTAMINA SIN QUE BLOQUEEN EFECTOS FARMACOLÓGICOS DIAMETRALMENTE OPUESTOS A LOS DE LA HISTAMINA.

6.1.2.2 ANTAGONISTAS NO ESPECÍFICOS. TAMBIÉN SE LES DENOMINA NO COMPETITIVO, VAN A SER EL RESULTADO DE UN EFECTO DIRECTO DEL MEDICAMENTO SOBRE LOS SISTEMAS EFECTORES, QUE ES PARECIDO AL PRODUCIDO POR LA ADRENALINA FRENTE A LOS EFECTOS DE LA HISTAMINA, PROVOKA BRONCO-DILATACIÓN, VASOCONSTRICCIÓN, INHIBICIÓN DE LA MOTILIDAD INTESTINAL, POR LO QUE CONTRARRESTA LOS EFECTOS OPUESTOS DE LA HISTAMINA EN

DIFERENTES TEJIDOS.

LOS ANTIHISTAMÍNICOS VAN A ACTUAR PRINCIPALMENTE EN PULMÓN, MUSCULATURA LISA Y EN PIEL.

ACCIONES DIVERSAS DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS.

- EFECTOS SOBRE EL SNC
- EFECTOS ANTICOLINÉRGICOS
- ACCIONES ANESTÉSICAS LOCALES
- ACCIONES ANTISEROTONINA
- EFECTO DE TIPO COCAÍNICO

EFECTOS SOBRE EL SNC: PRODUCE EFECTO SEDANTE DIFERENTE DE LOS BARBITÚPICOS, NO ES AGRADABLE, Y SI LA DOSIS AUMENTA, LA SEDACIÓN QUEDA SUSTITUIDA POR IRRITABILIDAD, LLEGANDO A CONVULSIONES HIPERPEXIA O MUERTE.

ACCIONES ANESTÉSICAS LOCALES: SON ADECUADOS PARA COMBATIR EL PRURITO EN APLICACIÓN TÓPICA, PUEDEN CAUSAR SENSIBILIDAD Y SERÁ MEJOR EVITAR SU EMPLEO TÓPICO.

INDICACIONES: ALERGIA MEDICAMENTOSA Y ALIMENTICIA, ASMA ALÉRGICO, ENFERMEDAD DEL SUERO, REACCIONES ANAFILÁCTICAS, VÓMITOS POSTOPERATORIOS, PICADURAS DE INSECTOS, DERMATITIS POR CONTACTO, ETC.

LA DURACIÓN DE LA ACCIÓN APROXIMADA ES DE 3 A 6 HO

RAS, PERO ALGUNAS ACTÚAN MUCHO MÁS TIEMPO.

EFFECTOS SECUNDARIOS: SOMNOLENCIA, SEDACIÓN, SUMBIDOS DE OÍDOS, VÉRTIGOS, MALESTAR EPIGÁSTRICO, PALPITACIONES, OPRESIÓN TORÁXICA, DEBILIDAD DE MANOS.

TOXICIDAD: EN CONJUNTO LOS ANTIHISTAMÍNICOS SON POCO TÓXICOS EN LAS DOSIS ADECUADAS, PERO SE HA OBSERVADO EL ENVENENAMIENTO AGUDO DESPUÉS DE INGERIR UNA DOSIS MUY ELEVADA.

HAY UNA GRAN VARIEDAD DE ANTIHISTAMÍNICOS Y PUEDEN HACERSE POCAS DIFERENCIAS ENTRE ELLOS EN CUANTO A SU EFICACIA, VARÁN EN POTENCIA, DOSIFICACIÓN Y - LOS EFECTOS COLATERALES.

LOS ANTIHISTAMÍNICOS MÁS COMUNMENTE USADOS SON:

6.1.2.1.1 BENADRYL.

INDICADO: ALERGIA MEDICAMENTOSA; ALERGIA ALIMENTICIA, ASMA ALÉRGICO, DERMATITIS POR CONTACTO, ENFERMEDAD DEL SUERO, PICADURAS DE INSECTOS, URTICARIA, PRURITO ANAL, VÓMITOS POSTOPERATORIOS, FIEBRES ERVATIVAS DE LA INFANCIA, ETC.

CONTRAINDICADO: EN PACIENTES QUE ESTÉN BAJO INTENSA MEDICACIÓN DEPRESORA DEL S.N.C., NO SE DEBEN ADMINISTRAR A GRANDES DOSIS EN PACIENTES QUE REQUIE-

RAN UN ADECUADO CONTROL MENTAL, NO USARLO EN PACIENTES QUE HAYAN INGERIDO ALCOHOL, SEDANTES O INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA.

REACCIONES SECUNDARIAS: SOMNOLENCIA, SEQUEDAD EN LA BOCA.

DOSIS: UNA CÁPSULA 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

6.1.2.1.2 CLORO-TRIMETÓN.

INDICADO: MANIFESTACIONES ALÉRGICAS, URTICARIAS, JAQUECA, PRURITO NO ESPECÍFICO, DERMATITIS ALÉRGICAS, ALERGIA ALIMENTICIA, EDEMA ANGIONEURÓTICO, REACCIONES A LAS TRANSFUSIONES, AL SUERO, Y EN LAS ERUPCIONES EXANTEMÁTICAS TALES COMO; SARAPIÓN, RUBIOLA Y VARICELA.

CONTRAINDICADO: EN DÓSIS TERAPÉUTICAS SE DESCONOCEN HASTA LA FECHA.

REACCIÓN SECUNDARIA: EN PERSONAS HIPERSENSIBLES, SE PRESENTA LA SOMNOLENCIA.

DOSIS: TABLETAS O JARABE, UNA TABLETA, O UNA O DOS CUCHARADITAS DE JARABE 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

6.1.3 ANTIINFLAMATORIOS.

ES UNO DE LOS MEDICAMENTOS CON LOS QUE CUENTAN EL CIRUJANO DENTISTA, PARA LOGRAR UN RÁPIDO RESTABLE

CIMIENTO DE LOS PROCESOS INFLAMATORIOS DEL PACIENTE,

INFLAMACIÓN: Es un mecanismo de defensa del organismo, aunque puede llegar a presentar complicaciones en ciertas enfermedades. La intensidad inflamatoria puede considerarse como un equilibrio precario entre el atacante y el huésped. En sí, la inflamación es una serie de reacciones celulares y tisulares en el sitio donde se produce la agresión.

Los signos clínicos locales de la inflamación se han caracterizado clásicamente como calor, rubor, tumor y dolor. El fenómeno inflamatorio presenta 5 fases: irritación, modificaciones circulatorias, exudación, fenómenos regresivos, fenómenos de regeneración y fenómenos de reparación.

Los antiinflamatorios son de dos tipos:

- No enzimáticos
- Enzimáticos

6.1.3.1 ANTIINFLAMATORIOS NO ENZIMÁTICOS: Son sustancias derivadas de la pirazolona, cuyo poder antiinflamatorio es más fuerte que el analgésico.

La gran ventaja que poseen es que como son enzimas, no van a actuar rompiendo barreras de fibrina y de esta forma ayudan a que no se propaguen las infecciones, por otra parte, como derivados de la pirazolona tienen actividad antiflogística, antitérmica y analgésica.

6.1.3.1.1 TANDERYL

INDICADA: INFLAMACIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS, INFLAMACIÓN Y TUMEFACCIÓN POSTRAUMÁTICA, INFLAMACIÓN DE ÓRGANOS PÉLVICOS, INFLAMACIÓN EN ODONTOLOGÍA - (ABCESOS, EXTRACCIONES DE PIEZAS DENTARIAS, CIRURGÍA).

CONTRAINDICADA: ÚLCERA GASTRODUODENAL, HIPERSENSIBILIDAD FRENTE A DERIVADOS PIRAZOLÓNICOS, PRECAUCIÓN EN TRASTORNOS RENALES, CARDÍACOS Y HEPÁTICOS.

REACCIÓN SECUNDARIA: ESTOMATITIS, DERMATOSIS DE TIPO ALÉRGICO, HERPES LABIAL, URTICARIA.

DOSIS: DOS GRAGEAS TRES VECES AL DÍA. SE RECOMIENDA TOMAR LAS GRAGEAS DESPUÉS DE LOS ALIMENTOS.

6.1.3.1.2 TANTUM

INDICADA: AFECCIONES INFLAMATORIAS CUALESQUIERA - QUE SEAN SUS CAUSAS Y SUS MANIFESTACIONES, TRAUMATOLOGÍA, GINECO-OBSTETRICIA, ODONTOLOGÍA, ETC.

CONTRAINDICADA: SENSIBILIDAD AL FÁRMACO.

REACCIONES SECUNDARIAS: OCASIONALMENTE PIROSIS.

DOSIS: CUATRO TABLETAS AL DÍA DEGLUTIDAS CON LECHE O DISUELTAS EN MEDIO VASO DE AGUA.

6.1.4 ANTIBIÓTICOS.

LOS ANTIBIÓTICOS SON SUSTANCIAS QUE VAN A IMPEDIR EL DESARROLLO DE CIERTOS MICROORGANISMOS.

DEFINICIÓN: ANTIBIÓTICO ES AQUELLA SUSTANCIA RESULTADO DE UNA ESPECIE DE MICROORGANISMO (HONGOS, BACTERIAS, ACTOMICETOS), A TRAVÉS DE LA CUAL, SE VA A OBTENER UNA SUPERIORIDAD SOBRE LA ESPECIE MICROBIANA ANTAGONISTA CON OBJETO DE ELIMINARLA. FACTORES QUE DEBERÁN SER CONSIDERADOS ANTES DE ESTABLECER UNA TERAPÉUTICA CON ANTIBIÓTICOS:

NATURALEZA DE LA LESIÓN

LOS TIPOS DE LESIONES CAUSADAS POR MICROORGANISMOS EN BOCA SE DIVIDEN EN:

- A) LA MÁS COMÚN ES EL ALVEOLO SECO.
- B) LA FORMACIÓN DE ABCESO ES LA SEGUNDA LESIÓN MÁS COMÚN.
- C) LA INVASIÓN DE BACTERIAS A PARTIR DE UN ABCESO LA NATURALEZA DE LA LESIÓN ES IMPORTANTE EN LA TERAPÉUTICA DE ANTIBIÓTICOS, PORQUE ENTRE MAYOR SEA EL ABCESO, MENOR SERÁ LA EFECTIVIDAD DEL ANTIBIÓTICO. HE AQUÍ LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN AQUELLOS CASOS DONDE CONSIDEREMOS QUE ESTE TIPO DE TERAPIA, SEA MÁS EFECTIVA.

DOSES Y ADMINISTRACIÓN

EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA ES EL DE CREAR LO MÁS RÁPIDO POSIBLE UN NIVEL DE CONCENTRACIÓN ÓPTIMA

DE LA DROGA, ASÍ COMO MANTENER UN NIVEL EFECTIVO. CADA ANTIBIÓTICO TIENE SUS PROPIAS CARACTERÍSTICAS, DEPENDIENDO DE LA ZONA DE ABSORCIÓN Y EXCRECIÓN.

LOS ANTIBIÓTICOS PUEDEN SER ADMINISTRADOS POR DIFERENTES VÍAS COMO SON; ORAL, CUTÁNEA, INTRAVENOSA O INTRAMUSCULAR.

LA VÍA INTRAVENOSA SERÁ LA QUE PRODUZCA EL NIVEL DE CONCENTRACIÓN MÁS RÁPIDO EN SANGRE, PERO TAMBIÉN SU ELIMINACIÓN SERÁ MÁS RÁPIDO. ESTA VÍA DE ADMINISTRACIÓN ES EMPLEADA EN LOS CASOS DE UNA INFECCIÓN FULMINANTE. PARA MANTENER UN NIVEL ADECUADO NOS AUXILIAREMOS CON UNA O MÁS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

LA ADMINISTRACIÓN ORAL HA VENIDO A SER MUY POPULAR Y CONVENIENTE TANTO PARA EL PACIENTE, COMO PARA EL MÉDICO, AL NO SER MOLESTA, NI PRESENTAR GRANDES DIFICULTADES, UNA DE LAS DESVENTAJAS DE ESTA FORMA DE ADMINISTRACIÓN, ES EL RELATIVO CONTROL QUE EL PACIENTE PRESENTA PARA SEGUIR LAS INSTRUCCIONES MÉDICAS CORRECTAS.

USOS DE LOS ANTIBIÓTICOS

LOS ANTIBIÓTICOS SON EMPLEADOS EN LA ODONTOLOGÍA

PARA CONTROLAR INFECCIONES, O EN SU DEFECTO, PARA PREVENIRLAS,

PROBLEMAS QUE PUEDEN OCASIONAR LA TERAPIA ANTIBIÓTICA:

- LA PRESENTACIÓN DE UN CUADRO ALÉRGICO
- REACCIONES TÓXICAS AL PACIENTE DEBIDO AL SUMINISTRO DE ANTIBIÓTICOS POR LARGOS PERÍODOS.
- ALGUNOS ANTIBIÓTICOS SON CAPACES DE PRODUCIR MALESTAR GENERAL COMO DIARREA, VÓMITO, DOLOR DE CABEZA, ETC, DEBIDO A LA PRESCRIPCIÓN DE UNA TERAPIA ERRÓNEA POR UN MAL DIAGNÓSTICO.

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS:

- SEGÚN SITIO DE ACCIÓN.
- SEGÚN SU ESPECTRO
- BACTERICIDAS Y BACTERIOSTÁTICAS

1. SEGUN SITIO DE ACCION

ANTIBIÓTICOS QUE ACTÚAN SOBRE LA MEMBRANA DE LA CÉLULA BACTERIANA:

- | | |
|---------------|---------------|
| - PENICILINAS | - VANCOMICINA |
| - CEFALOTINA | - RISTOCETINA |
| - CICLOCERINA | - BACITRACINA |

ANTIBIÓTICOS QUE PRODUCEN EFECTO DETERGENTE EN LA

MEMBRANA CELULAR:

- POLIMIXINAS
- COLISTINA
- NOVIOBIOCINA
- NISTAMINA
- ANFOTERICINA

FÁRMACOS QUE ACTÚAN INHIBIENDO LA SÍNTESIS PROTEICA:

AMINOGLUCIDOS

- ESTREPTOMICINA
- GENTAMICINA
- NEOMICINA
- KANAMICINA

MACROLIDOS

- CARBOMICINA
- ERITROMICINA
- OLEANAOMICINA
- TETRACICLINA
- CLORANFENICOL

FÁRMACOS QUE ALTERAN EL MECANISMO DE LOS ÁCIDOS NUCLEICOS:

- ACIDO NALIDIXICO
- GRISEOFULVINA

SUBSTANCIAS QUE ALTERAN EL METABOLISMO INTERMEDIO:

- SULFONANIDAS
- AGENTES TUBERCULOSTÁTICOS

II. SEGUN SU ESPECTRO

AMPLIO ESPECTRO	ESPECTRO INTERMEDIO	ESPECTRO LIMITADO
- AMPICILINA	- BACITRACINA	- POLIMIXINA
- CARBENCILINA	- DICLOXACILINA	- ANFOTERICINA
- CEFALOSPORINAS	- ERITROMICINA	- NISTATINA
- CLORANFENICOL	- LINCOMICINA	- GRISEOFULVINA
- METACILINA	- NOVOMIACINA	
- RIFAMICINA	- OXACILINA	
- TETRACILINA	- KANAMICINA	
	- VANCOMICINA	

LOS ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO ACTÚA SOBRE UNA GRAN VARIEDAD DE BACTERIAS GRAM (+) Y GRAM - (-).

LOS ANTIBIÓTICOS DE ESPECTRO INTERMEDIO TIENEN SU ACCIÓN LIMITADA SOBRE EL GRAM (+) O SOBRE GRAM - (-).

LOS ANTIBIÓTICOS DE ESPECTRO REDUCIDO SOLO VA A ACTUAR SOBRE DETERMINADO GERME ESPECÍFICO.

III. BACTERICIDAS Y BACTERIOSTÁTICOS

- LOS AGENTES BACTERICIDAS TIENEN LA PROPIEDAD DE MATAR A LAS BACTERIAS.
- LOS AGENTES BACTERIOSTÁTICOS TIENEN LA PROPIEDAD DE INHIBIR LA MULTIPLICACIÓN BACTERIANA.

BACTERICIDAS

- BACITACINA
- CEFALOSPROPINA
- CICLOCERINA
- COLIMICINA
- ESTREPTOMICINA
- KANAMICINA
- NEOMICINA
- PENICILINA
- POLIMIXINA
- RISTOCETINA
- VANCOMICINA

BACTERIOSTATICOS

- AC. NALIDIXICO
- CLORANFENICOL
- ERITROMICINA
- GRISEOFULVINA
- LINCOMICINA
- NOVOBIOCINA
- OLEANDOMICINA
- TETRACICLINA
- TEATRECIL
- OLEANAOMICINA

PARA QUE UN ANTIBIÓTICO TENGA VALOR PRÁCTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN, ESTE DEBE ACTUAR SOBRE LOS MICROORGANISMOS INVASORES SIN CAUSAR DAÑOS GRAVES A LAS CÉLULAS DEL HUESPED.

DEBIDO A LA GRAN VARIEDAD DE ANTIBIÓTICOS QUE EXISTEN, SOLO TRATARÉ A AQUELLOS QUE TIENEN INTERES - ODONTOLÓGICO.

3.1.4.1 PENICILINA

SE DERIVA DE HONGOS DEL GÉNERO PENICILLIUM, FUÉ DESCUBIERTA POR FLEMING EN EL AÑO DE 1929. ES UNO

DE LOS ANTIBIÓTICOS CUYO DESCUBRIMIENTO TRAJÓ UNO DE LOS MAYORES ADELANTOS EN LA CIENCIA MÉDICA.

6.1.4.1.1 MODO DE ACCIÓN:

LA PENICILINA ES BACTERIOSTÁTICA Y BACTERICIDA, - INCLUSO EN LAS CONCENTRACIONES MUY BAJAS DE PENICILINA, LA BACTERIA SENSIBLE PUEDE NO MULTIPLICARSE.

6.1.4.1.2 METABOLISMO:

LA ABSORCIÓN DE LA PENICILINA DESPUÉS DE ADMINISTRADA POR VÍA ORAL DEPENDE EN GRAN PARTE DE LA PRESENCIA DE ALIMENTOS EN EL ESTÓMAGO Y DE LA RAPIDEZ DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO. SE OBTIENEN RESULTADOS MÁS PREVISIBLES, SI EL MEDICAMENTO SE TOMA CON EL ESTÓMAGO VACÍO.

EN GENERAL LA ABSORCIÓN VARÍA SEGÚN VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y LA PREPARACIÓN FARMACOLÓGICA EMPLEADA.

6.1.4.1.2.1 ABSORCIÓN POR VÍA BUCAL:

POR ESTA VÍA SE VA A ABSORBER EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL, APROXIMADAMENTE LA CUARTA PARTE DE LA DOSIS INGERIDA, UNA PARTE SE ABSORBE EN EL ESTÓMAGO, Y LA MAYORÍA EN EL DUODENO, TAN RÁPIDAMENTE QUE ALCANZA LA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA MÁXIMA DE 30 A 60 MINUTOS.

6.1.4.1.2.2 ABSORCIÓN POR LAS VÍAS SUBCUTÁNEA E INTRAMUSCULAR:

CULAR:

DESPUÉS DE ADMINISTRADA, LAS SALES SOLUBLES DE PENICILINA CRISTALINA EN SOLUCIONES ACUOSAS, SE ABSORBEN RÁPIDAMENTE OBTENIENDOSE NIVELES MÁXIMOS DE 15 A 30 MINUTOS. LOS PREPARADOS DE ACCIÓN PROLONGADA POR VÍA INTRAMUSCULAR, SE ABSORBEN LENTAMENTE EN UN PERÍODO DE 12 HORAS A VARIOS DÍAS, SEGÚN EL PREPARADO Y TIPO DE VEHÍCULO, ESTOS SON PENICILINA PROCAÍNICA, EN SUSPENSIÓN OLEOSA O ACUOSA, O LA PENICILIAN O DE BENZATINA.

6.1.4.1.2.3 ABSORCIÓN POR VÍA RECTAL:

SE ABSORBE RÁPIDAMENTE EN LA MUCOSA DE LA PORCIÓN INFERIOR DEL RECTO, SE OBTIENEN NIVELES SANGUÍNEOS EFICACES MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE UN SUPOSITARIO DE MANTECA DE CACAO, CUYO CONTENIDO SEA DE 0.5 A 1.0 MILLONES DE UNIDADES.

DESPUÉS DE LA ABSORCIÓN DE LA PENICILINA, ESTA SE DISTRIBUYE AMPLIAMENTE EN LOS TEJIDOS Y LÍQUIDOS CORPORALES.

LA PENICILINA SE EXCRETA RÁPIDAMENTE Y PRINCIPALMENTE POR EL RIÑÓN, TAMBIÉN SE ELIMINA POR OTRAS VÍAS, PERO EN POCA CANTIDAD.

6.1.4.1.3 CLASIFICACIÓN DE LAS PENICILINAS.

- PENICILINAS NATURALES
- FENOXIPENICILINA
- PENICILINA RESISTENTE A LA PENICILINASA DEL ESTAFILOCOCO
- PENICILINA DE AMPLIO ESPECTRO

6.1.4.1.3.1 PENICILINAS NATURALES:

LAS PENICILINAS SON LA G, K, X, F Y O PRODUCIDAS POR ALGUNA VARIEDAD DE PENICILLIUM EN TANQUE DE FERMENTACIÓN, O POR MODIFICACIONES QUÍMICAS DE LA MOLÉCULA DE PENICILINA "G" COMO LA PROCAINA Y LA BENZATINA.

- PENICILINA "G" CRISTALINA

ACTÚA SOBRE GRAM (+) ESTREPTOCOCOS Y NEUMOCOCOS.
DE FÁCIL ELIMINACIÓN
DÓSIS DEPENDE DE LA GRAVEDAD Y DE LA EDAD.

- PENICILINA BENZATINA

ESTÁ INDICADA PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE TREPONEMOSIS Y FIEBRE REUMÁTICA.
ES DE ACCIÓN LENTA.

- PENICILINA "G" PROCAINICA

ESTÁ INDICADA PARA INFECCIONES LEVES O MODERADAS PROVOCADAS POR GÉRMESES SENSIBLES.

ES DE ELIMINACIÓN RETARDADA.

6.1.4.1.3.2 FENOXIPENCILINA.

ESTAS PENICILINAS SON MÁS ESTABLES A LOS JUGOS GÁSTRICOS Y SE ABSORBEN EN EL INTESTINO MEJOR QUE LA PENICILINA "G".

SOLO ESTÁ INDICADA PARA ADMINISTRARSE POR VÍA BU-CAL.

ESTÁ INDICADA EN INFECCIONES NO GRAVES CAUSADAS - POR ESTREPTOCOCOS BETAHEMOLÍTICOS Y NEUMOCOCOS.

6.1.4.1.3.3 PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA DEL ESTAFILOCOCO.

ESTE GRUPO ES OBTENIDO HACIENDO CAMBIOS EN LA CADENA DE LA PENICILINA NATURAL, ENTRE ELLAS TENEMOS:

- METICILINA
- OXCACILINA
- CLOXACILINA
- NAFCILINA

ESTAS PENICILINAS DEBEN SER UTILIZADAS EN LOS CASOS EN QUE ESTÉ CONFIRMADA LA INFECCIÓN, DEBIDA A UN GÉRME PRODUCTOR DE PENICILINASA, CON EL OBJETO DE NO PROVOCAR GÉRME RESISTENTES A ESTOS MEDICAMENTOS.

6.1.4.1.3.3.1 METICILINA:

SE USA PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESTAFILOCOSICAS GRAVES.

- INEFICÁZ CONTRA BACTERIAS GRAM (-)

VÍA DE ADMINISTRACIÓN ES LA PARENTERAL, ESPECIALMENTE LA INTRAMUSCULAR, PUÉS POR VÍA INTRAVENOSA SE CORRE EL RIESGO DE PROVOCAR UNA TROMBOFLEBITIS.

6.1.4.3.3.2 OXACILINA

SE INDICA PARA INFECCIONES CAUSADAS POR ESTREPTOCOCOS PYOGENES O POR NEUMÓCOCOS (MENOS EFECTIVA - QUE LA PENICILINA "G").

- VÍA DE ADMINISTRACIÓN LA ORAL Y LA PARENTERAL.

6.1.4.1.3.3.3 CLOXACILINA

- INDICADA PARA TRATAMIENTO DE ESTAFILOCOCCIAS

- VÍA DE ADMINISTRACIÓN ES LA ORAL, SE ABSORBE BIÉN EN EL TRACTO DIGESTIVO, DESPUÉS DE LA DOSIS DE UN GRAMO EN 30-60 MIN. LLEGA AL MÁXIMO LA CANTIDAD CONTENIDA EN EL PLASMA.

6.1.4.1.3.3.4 NAFCILINA

ES MUY RESISTENTE A LA PENICILINASA

- ES EFICÁZ CONTRA LAS INFECCIONES CAUSADAS POR CEPAS STAPHAUREUS PRODUCTO DE ESTA ENZIMA.

- ES MÁS EFICÁZ QUE LA METICILINA CONTRA STAPH-AUREUS, RESISTENTES CONTRA LA PENICILINA "G".

6.1.4.1.3.4 PENICILINAS DE AMPLIO ESPECTRO.

LA CADENA LATERAL DE LAS PENICILINAS SEMI-SINTÉTICAS LE DÁ MAYORES PROPIEDADES ANTIBACTERIANAS A LOS SIGUIENTES FARMACOS:

- AMPICILINA
- METACILINA
- CARBENCILINA

6.1.4.1.3.4.1 AMPICILINA:

- REPRIME LA PROLIFERACIÓN DE LAS BACTERIAS GRAM (+) Y GRAM (-).
- VÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL Y PARENTERAL
- INDICADA PARA ENFERMEDADES LEVES O MODERADAS
- DOSIS SEGÚN LA EDAD Y GRAVEDAD, PARA ADULTOS DE 2 O 4 GR. DIARIOS REPARTIDOS EN 4 TOMAS.

6.1.4.1.3.4.2 METACILINA:

SE OBTIENE POR MEDIO DE LA CONDENSACIÓN DE AMPICILINA CON ACETONA.

- SU ABSORCIÓN ES MÁS LENTA QUE LA DE LA AMPICILINA, PERO AL CABO DE TRES HORAS SE OBTIENEN NIVELES SANGUÍNEOS MÁS ALTOS Y DURADEROS.
- SUS INDICACIONES SON LAS MISMAS DE LA AMPICILINA

6.1.4.1.3.4.3 CARBENCILINA

- ESTÁ INDICADA CONTRA CEPAS PROTEUS Y PSEUDOMONAS

- Y TAMBIÉN CONTRA ALGUNAS CEPAS RESISTENTES.
- VÍA DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL.

LAS PENICILINAS COMO TODOS LOS AGENTES ANTIMICROBIANOS PROVOCAN DIVERSOS EFECTOS O REACCIONES.

6.1.4.1.4. REACCIONES SECUNDARIAS DE LAS PENICILINAS :

- HAY DOLOR EN EL SITIO DE INYECCION DE TODAS LAS PENICILINAS, ESPECIALMENTE LA "G".
- SE PUEDEN PRODUCIR REACCIONES ALÉRGICAS COMO PRURITO, URTICARIA, DERMATITIS, ASMA, PERIARTRITIS, NÁUSEAS, VÓMITO Y EN OCASIONES FATALES CHOQUES -- ANAFILÁCTICOS.
- NO ES CONVENIENTE HACER PRUEBAS SUBCUTÁNEAS, --- PUÉS ADEMÁS DE SER PELIGROSAS, SUS RESULTADOS NO SON CONFIABLES.

REACCIONES TÓXICAS:

- LLEGA A PROVOCAR HIPERSENSIBILIDAD, ALERGIA Y --- CHOQUES ANAFILÁCTICOS.

6.1.4.1.5. USOS TERAPÉUTICOS DE LA PENICILINA:

EN INFECCIONES NEUMOCOCCICAS COMO:

- NEUMONÍAS - BACTEREMIA - ARTRITIS
- ENDOCARDITIS - OSTEOMIELITIS
- PERITONITIS - MENINGITIS NEUMOCÓCCICAS

INFECCIONES ESTREPTOCÓCCICAS COMO:

- FARINGITIS
- TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO
- AMIGDALITIS
- HERIDAS INFECTADAS
- OTITIS
- PERITONITIS
- ENDOCARDITIS
- OSTEOMIELITIS
- MENINGITIS

OTRAS INFECCIONES COMO:

- SÍFILIS
- DIFTERIA
- GONORREA
- ENDOCARDITIS
- ACTINOMICOSIS
- ESTREPTOCÓCCICA AGUDA

6.1.4.1.6. USO PROFILÁCTICO DE LAS PENICILINAS:

- ANTES Y DESPUÉS DE EXTRACCIONES DENTARIAS PARA PREVENIR UNA BACTEREMIA O UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA.

CONTRAINDICACIONES:

- EN PACIENTES CON ANTECEDENTES ALÉRGICOS O SUSCEPTIBLES A LA PENICILINA.

6.1.4.1.7. SELECCIÓN DE LA PENICILINA APROPIADA:

PARA UNA APROPIADA SELECCIÓN DE LA PENICILINA - SERÁ NECESARIO:

- CONOCER A NUESTRO PACIENTE POR MEDIO DE UNA HISTORIA CLÍNICA.

- CONOCER LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES - DEL MEDICAMENTO POR PRESCRIBIR.
- INDICAR LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS CORRECTA.

6.1.4.2. TETRACICLINAS:

LOS TRES ANTIBIÓTICOS TETRACÍCLICOS SON:

- CLOROTETRACICLINA (AUREOMICINA)
- OXITETRACICLINA (TERRAMICINA)
- TETRACICLINA

FUERON DESCUBIERTOS DESPUÉS DE AMPLIOS ESTUDIOS, - DE SELECCIÓN DE ANTIBIÓTICOS PRODUCIDOS POR GÉRME- NES DEL SUELO.

ESTAS DROGAS SE CARACTERIZAN POR:

- UN ESPECTRO ANTIBACTERIANO AMPLIO
- EFICÁZ AL SER ADMINISTRADA POR VÍA ORAL
- EL ÍNDICE TERAPÉUTICO ES MUY FAVORABLE.

LAS TETRACICLINAS SON COMPUESTOS CRISTALINOS ANFO- TÉTRICOS, Y POSEEN UN ESQUELETO HIDRONAFTACENO CO MÚN. LAS BASES DE LA TETRACICLINA SON UNOS COMPUES- TOS DE COLOR AMARILLO PÁLIDO, ALGO AMARGO, POCO SO- LUBLE EN AGUA, PERO SOLUBLE EN LA MAYORÍA DE LOS -

SOLVENTES ORGÁNICOS.

6.1.4.2.1. PROPIEDADES ANTIMICROBIANAS

- ACTÚAN SOBRE GRAM (+) Y GRAM (-)
- INHIBEN EL DESARROLLO DE RICKETTSIA AMIBAS, MICO PLASMAS DE LOS AGENTES LINFOGRANULOMA VENÉREO, PSITACOSIS Y PARA MICROORGANISMO, QUE SON RESISTENTES O INMUNES A OTROS ANTIBIÓTICOS.

6.1.4.2.2. METABOLISMO

SON ABSORBIDAS RÁPIDAMENTE, PERO INCOMPLETAMENTE POR EL TUBO DIGESTIVO. LA ABSORCIÓN ES MÁS ACTIVA EN EL ESTÓMAGO Y EN LA PORCIÓN SUPERIOR DEL - INTESTINO DELGADO Y MAYOR AÚN, EN ESTADO DE AYUNO. ES RECOMENDABLE QUE LAS TETRACICLINAS SE ADMINISTREN 1 Ó 2 HORAS DESPUÉS DE LOS ALIMENTOS, ESPECIALMENTE SI ÉSTOS POSEEN GRANDES CANTIDADES DE - CALCIO COMO LA LECHE, PUÉS LA ABSORCIÓN SE ENCUENTRA DISTRIBUÍDA FRENTE AL CALCIO, YA QUE FORMARÍA CON LA TETRACILINA COMPLEJOS INSOLUBLES.

6.1.4.2.3. EXCRECIÓN

LA TETRACICLINA ES ELIMINADA POR LA ORINA Y LAS HECES FECALES, SIENDO EL RIÑÓN LA VÍA PRINCIPAL DE LOS TRES ANTIBIOTICOS TETRACICLICOS. LA QUE - MÁS RÁPIDO SE ELIMINA Y EN SU TOTALIDAD, ES LA -

OXITETRACICLINA, LE SIGUE LA TETRACICLINA Y POR ÚLTIMO, LA CLOROTETRACICLINA.

6.14.2.4 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

LA VÍA PRINCIPAL ES LA ORAL, RESERVÁNDOSE LA PARENTERAL, PARA CASOS GRAVES O EN PACIENTES QUE NO PUEDAN INGERIRLA POR VÍA ORAL, SE RECOMIENDA LA INTRAMUSCULAR, YA QUE LA INTRAVENOSA ES MUY IRRITANTE.

6.1.4.2.5 INDICACIONES:

ESTÁN INDICADAS PRINCIPALMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE:

- ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA
- BRUCELOSIS
- SALMONELOSIS
- ORQUITIS
- GONORREA
- ÚLCERAS VÁRICOSAS INFECTADAS
- INFECCIONES POR SHIGUELLAS
- ESPIROQUETAS
- COCOS Y ESTREPTOCOCOS GRAM (+)
- HERPES SIMPLE
- ESTOMATITIS AFTOSA

ESTOS MEDICAMENTOS TAMBIÉN PUEDEN UTILIZARSE COMO TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN EN PACIENTES CON LESIONES CARDÍACAS ANTES O DESPUÉS DE OPERACIONES (AUNQUE EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN ES LA PENICILINA).

6.1.4.2.6 CONTRAINDICACIONES:

- MUJERES EMBARAZADAS DESPUÉS DEL CUARTO MES DE EMBARAZO.
- EN NIÑOS MENORES DE 8 AÑOS
- HIPERSENSIBILIDAD A CUALQUIER TETRACICLINA.

6.1.4.2.7 REACCIONES SECUNDARIAS

- PRODUCE EFECTOS COLATERALES GASTROINTESTINALES COMO; ANOREXIA, NÁUSEAS, VÓMITO, DIARREA).
- EN LA PIEL CAUSA MACULOPAPULAR Y ERIMATOSO FOTO-SENSIBILIDAD).
- PROVOCA REACCIONES POR HIPERSENSIBILIDAD (URTICARIA, EDEMA ANGIO-NEURÓTICO, PERICARDITIS EXASERVAÇÃO DE LUPUS ERITEMATOSO O SISTEMÁTICO).
- EN LA SANGRE CAUSA ANEMIA HEMOLÍTICA, TROMBOCITOPENIA, ETC.).

6.1.4.3 CLORAFENICOL

ES UN ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO, BACTERIOS

TÁTICO, QUE VA A INTERFERIR ESPECIALMENTE EN LA SÍNTESIS DE PROTEÍNAS FORMADAS EN LAS MITOCONDRIAS.

SE ABSORBE CON RAPIDEZ EN EL TUBO DIGESTIVO, Y SE OBTIENE SU MÁXIMA CONCENTRACIÓN EN EL PLASMA A LAS 2 HORAS DESPUÉS DE ADMINISTRADA, Y A LAS 12 Ó 18 HORAS HA DESAPARECIDO EN LA SANGRE. SE ELIMINA CON RAPIDEZ POR LA ORINA, A LAS 24 HORAS SE HA ELIMINADO DE 80 A 92% DE UNA DOSIS BUCAL.

EL CLORANFENICOL PASA AL LÍQUIDO RAQUÍDEO, A LA BILIS, A LA LECHE Y AL SEMEN. ÁTRAVIESA LA BARRERA PLACENTARIA Y ALCANZA EN EL PLASMA FETAL UNA CONCENTRACIÓN DE 30 A 80% DE LA QUE TIENE EN LA SANGRE DE LA MADRE.

6.1.4.3.1 CONTRAINDICACIONES

- PELIGROSO EN LACTANTES, EN DONDE SE PUEDE ORIGINAR UN COMPLEJO SISTEMÁTICO LLAMADO "SÍNDROME GRIS".
- NO UTILIZARSE EN INFECCIONES LEVES.
- HIPERSENSIBILIDAD AL MEDICAMENTO

6.1.4.4 BACILTRACINA

ES UN ANTIBIÓTICO PRODUCIDO POR LA CEPÁ BACILO

AEROBIO, ESPOROGENO GRAM (+), ES DE ESPECTRO PAR-
RECIDO AL DE LA PENICILINA, Y RESULTA PARTICU-
LARMENTE EFICAZ CONTRA GÉRMENES GRAM (+) LOS -
DEL GRUPO NEISERIA Y ESPIROQUETAS.

LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN IDEAL ES LA TÓPICA,
PUÉS NO PRODUCE EFECTOS LOCALES TÓXICOS. TAM-
BIÉN SE PUEDE ADMINISTRAR INTRAMUSCULAR, SIENDO
BIEN ABSORBIDA Y DISTRIBUÍDA EN EL ORGANISMO, SE
ELIMINA POR FILTRACIÓN GLOMERULAR POR LA ORINA
EN UNA PROPORCIÓN DEL 10 AL 40% DESPUÉS DE UNA
DOSIS IM.

6.1.4.4.1 INDICACIONES:

- INFECCIONES DE PIEL Y MUCOSAS, DONDE SE APLI-
CA TÓPICAMENTE EN INFECCIONES QUIRÚRGICAS (CIRU
GÍA DENTAL).

6.1.4.4.2 CONTRAINDICACIONES:

- PERSONAS SENSIBLES AL MEDICAMENTO
- EN NEFROPATÍAS

6.1.4.4.3 EFECTOS TÓXICOS:

- REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD PRINCIPALMEN-
TE EN ERUPCIONES CUTÁNEAS.

6.1.4.4.4 INDICACIONES:

- SU USO SE RESERVA ÚNICAMENTE PARA INFECCIONES

GRAVES, PROVOCADAS POR MICROORGANISMOS RESISTENTES A OTROS ANTIBIÓTICOS.

6.1.4.4.5 EFECTOS SECUNDARIOS:

- ERUPCIONES CUTÁNEAS, NÁUSEAS, VÓMITO.
- EN LA LENGUA LLEGA A CAUSAR GLOSITIS (DOLOR A LA PRESIÓN, HIPEREMIA, COLORACIÓN NEGRA Y AUMENTO EN LA DIMENSIÓN DE LAS PAPILAS LINGUALES).

6.1.4.4.6 EFECTOS TÓXICOS

- LESIÓN DE LA MÉDULA ÓSEA.
- TRASTORNOS HEMATOPOYÉTICOS (ANEMIA APLÁSTICA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA), POR ÉSTA CAUSA DURANTE EL TIEMPO QUE SE ADMINISTRA, DEBE HABER EXÁMENES DE SANGRE.

6.1.4.5 ERITROMICINA

ES UN ANTIBIÓTICO PARTICULARMENTE EFICAZ CONTRA MICROORGANISMOS GRAM (+), SU ESPECTRO ANTIBACTERIANO QUEDA ENTRE LA PENICILINA Y LAS TETRACLINAS. SU MODO DE ACCIÓN ES BACTERIOSTÁTICO, YA QUE ES BACTERICIDA EN CONCENTRACIONES MUY ELEVADAS.

LA ERITROMICINA ES UNO DE LOS ANTIBIÓTICOS MÁS SEGUROS DE EMPLEO GENERAL, PARA INFECCIONES RES

PIRATORIAS SOBRE TODO EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA.

6.1.4.5.1 ABSORCIÓN:

SE ABSORBE POR LA PARTE ALTA DEL INTESTINO DEL GADO PIERDE ACTIVIDAD EN CONTACTO CON EL JUGO GÁSTRICO Y EL CONTENIDO ALIMENTICIO DEL ESTÓMAGO RETRASA SU ABSORCIÓN FINAL. PARA EVITAR PROBLEMAS, ÉSTE MEDICAMENTO SE INTRODUCE EN CÁPSULAS CUYA PARED ES RESISTENTE A LOS ÁCIDOS.

LA CONCENTRACIÓN MÁXIMA SE OBTIENE EN UNA O CUATRO HORAS DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN Y DISMINUYE CON RAPIDÉZ A LAS 4 Ó 6 HORAS.

LA ERITROMICINA SE DISTRIBUYE EN LOS LÍQUIDOS INTRACELULARES, ATRAVIESA LA PLACENTA. LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA FETAL ES DE 6 A 20% DE LA MATERNA.

LA EXCRECIÓN DE LA DROGA YA METABOLIZADA ES LA RENAL.

LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN ES DE PREFERENCIA ORAL, PUÉS POR VÍA INTRAMUSCULAR PUEDE CAUSAR DOLOR MUY INTENSO AL SER ADMINISTRADA Y ENDURECIMIENTO EN EL SITIO DE LA APLICACIÓN.

6.1.4.5.2 INDICACIONES:

- ES MÁS EFICAZ QUE LA PENICILINA EN GÉRMENES GRAM (+), BACTEREMIA, ENDOCARDITIS, MENINGITIS, OSTEOMIELITIS.
- EN INFECCIONES CAUSADAS POR COCOS GRAM (+) - ESTAFILOCOCOS, NEUMOCOCOS, ESTREPTOCOCOS HEMOLÍTICOS, ESPIROQUETAS.
- PARA PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA.

6.1.4.5.3 EFECTOS TÓXICOS:

- TRASTORNOS GASTROINTESTINALES MODERADOS
- SENSIBILIDAD EN PIEL.

6.1.4.5.5 EFECTOS SECUNDARIOS:

- CAUSAN VÓMITOS
- AUMENTAN EL NÚMERO DE EVACUACIONES POR TRÁNSITO INTESTINAL RÁPIDO.
- DOLORS ABDOMINALES DIFUSOS DE TIPO CÓLICO.

6.1.4.6 CEFALOSPORINAS

SU ESTRUCTURA ES MUY SEMEJANTE A LA DE LAS PENICILINAS, DIFIEREN EN SU NÚCLEO BÁSICO, SU ESPECTRO ANTIBACTERIANO ES ALGO AMPLIO.

SU PRINCIPAL VENTAJA ES QUE SON RESISTENTES A LA PENICILINASA ESTAFILOCOCCIA. ACTÚA CONTRA GÉRMENES GRAM (+), PROTEUS MIRABILIS, ESCHERICHIA-COLI.

ACTUALMENTE SE CONOCEN CUATRO CEFALOSPORINAS -
ÚTILES DEL MISMO ESPECTRO ANTIBACTERIANO Y SON:
ADMINISTRADAS POR VÍA ORAL

- CEFALOGLICINA
- CEFALEXINA

ADMINISTRADAS POR VÍA INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA

- CEFALOTINA
- CEFALORIDINA

6.1.4.6.1 EFFECTOS SECUNDARIOS:

- APROXIMADAMENTE EL 5% DE LOS PACIENTES PRESENTAN HIPERSENSIBILIDAD.
- ENFERMEDAD DEL SUERO
- FIEBRE
- ERUPCIÓN URTICARIA

EXISTE UNA SENSIBILIDAD CRUZADA ENTRE LAS CEFALOSPORINAS Y LAS PENICILINAS, POR LO QUE SE RECOMIENDA QUE NO SE DEBEN ADMINISTRAR EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA Y VICEVERSA.

6.1.5 TRANQUILIZANTES

DEFINICIÓN:

ES UNA DROGA CAPAZ DE CONTROLAR LA HIPEREXITABILIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO, SIN EMBOTAMIENTO DE

LA CONCIENCIA NI PRODUCCIÓN DE SUEÑO.

LOS TRANQUILIZANTES SE CLASIFICAN EN:

- TRANQUILIZANTES MAYORES O DROGAS ANTIPSICÓTI
CAS.
- TRANQUILIZANTES MENORES O DROGAS ANTIANSIEDAD.

6.1.5.1 DROGAS ANTIPSICÓTIICAS

ESTAS DROGAS SE CARACTERIZAN PORQUE PRODUCEN UNA MEJORA ESPECÍFICA DEL ESTADO DEL ESPÍRITU Y DE LA CONDUCTA DE PACIENTES PSICÓTIICOS, SIN MAYOR ACCIÓN SEDANTE Y SIN PROVOCAR ADICCIÓN, - ESTAS DROGAS SE INDICAN PARA EVITAR NÁUSEAS Y VÓMITOS Y ADEMÁS CON LA CAPACIDAD DE POTENCIAR LA ACCIÓN DE OTRAS DROGAS COMO LOS ANESTÉSICOS.

CLASIFICACIÓN:

- FENOTICINAS
- TIOXANTEMAS
- BUTIROFENAS

6.1.5.2 DROGAS ANTIANSIEDAD

EN CONTRASTE CON LAS DROGAS ANTIPSICÓTIICAS, ES QUE EN ÉSTAS DROGAS HAY UNA SERIE DE COMPUESTOS DENOMINADOS PRODUCTOS CONTRA LA ANSIEDAD, EMPLEADOS GENERALMENTE, A VECES EN FORMA INNecesaria. CONTRA EL NERVIOSISMO Y LA TENSIÓN EN

INDIVIDUOS NORMALES O NEURÓTICOS.

CLASIFICACIÓN:

- BENZODIACEPINAS
- MEPREBAMATO
- FENAGLICODOL
- BENACTICINA
- HIDROXICINA
- CLORDIAZEPÓXIDO Y OTROS

LA MAYOR PARTE DE LOS MEDICAMENTOS CONTRA LA ANSIEDAD, TIENEN EFECTOS SEDANTES INCLUSO HIPNÓTICOS, Y SON RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS DE ACCIÓN CENTRAL, NO PRODUCEN EFECTOS SECUNDARIOS EXTRAPIRAMIDALES, PERO PUEDEN CREAR DEPENDENCIA.

6.1.5.2.1 DERIVADOS DE LAS BENZODIACEPINAS

- CLORHIDRATO DE CLORDIAZEPÓXIDO (LIBRIUM)
- DIAZEPAN (VALIUM)
- OXAZEPAM (SERAX)

LOS TRES SE UTILIZAN PRINCIPALMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD, PARA PRODUCIR RELAJACIÓN DE MÚSCULOS ESQUELÉTICOS DE ACCIÓN CENTRAL Y COMBATIR EL ALCOHOLISMO.

EFECTOS ADVERSOS:

SOMNOLENCIA, SÍNCOPE, ATARAXIA, EXCITACIÓN PARADÓJICA, EXANTEMAS, Náuseas. LAS BENZODIACEPINAS POR VÍA PARENTAL COMO EL DIAZEPAN, DEBEN UTILIZARSE CON CUIDADO EN PACIENTES QUE AL MISMO TIEMPO CONSUMAN MEDICAMENTOS COMO BARBITÚRICOS, ALCOHOL, ANTICONVULSIVOS, U OTRAS QUE DEPRIMAN AL S.N.C.

PRECAUCIONES:

ESTAS SUSTANCIAS DEBEN USARSE CON PRECAUCIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA QUE PUEDAN CAER EN CONFUSIÓN, ES PELIGROSO GUIAR AUTOMÓVIL, NO SE DEBEN DAR CON OTROS FÁRMACOS QUE PUEDAN CAUSAR EFECTOS ADITIVOS O SUPRAADITIVOS ENTRE ELLOS EL ALCOHOL.

USOS TERAPÉUTICOS:

- EN EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD
- EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO
- EL DIAZEPAN SE HA EMPLEADO EN CIERTO TIPO DE EPILEPSIA.

5.1.5.2.1.1 LIBRIUM

INDICADA:

A DOSIS BAJAS, ACTÚAN CON EFICIENCIA SOBRE LA

ANSIEDAD EN GRADOS LIGEROS O MODERADOS Y LA TENSIÓN PSÍQUICA, CEFALEAS PSICÓGENAS, INQUIETUD PRE Y POSTOPERATORIAS, TENSIÓN PRE-MENSTRUAL Y EL STRES MENSTRUAL, PERTURBACIONES GASTROINTESTINALES, CARDIOVASCULARES, GINECOLÓGICAS ETC., A DOSIS ALTAS SE INDICA PARA ESTADOS MÁS GRAVES DE ANSIEDAD Y TENSIÓN PSÍQUICA, ALCOHOLISMO CRÓNICO.

CONTRAINDICADA:

MISTENIA GRAVE, ESTADOS DE SHOCK, GLUCOMA.

REACCIONES SECUNDARIAS:

A DOSIS ALTAS, SOMNOLENCIA, RESEQUEDAD DE BOCA, REACCIONES ALÉRGICAS.

DOSIS:

DE 20-40 MG. POR DÍA (ADULTO).

6.1.5.2.1.2 DIAZEPAN

INDICADA:

TRANQUILIZADOR, RELAJANTE MUSCULAR.

CONTRAINDICADA:

PERSONAS HIPERSENSIBLES AL MEDICAMENTO, GLUCOMA, HIPERTROFIA PROTÁTICA.

REACCIONES SECUNDARIAS:

SOMNOLENCIA APÁTICA, AGITACIÓN, SEQUEDAD DE BO-

CA.

Dosis:

ESTADOS DE TENSIÓN, EXCITACIÓN Y AGITACIÓN DE 10
A 30 MG. AL DÍA.

6.1.5.2.1.3 VALIUM

INDICADA:

EN TODOS LOS CASOS DE ANSIEDAD Y TENSIÓN GRAVE,
LA EXCITACIÓN ANSIOSA, O CUANDO LOS RASGOS HIPO
CONDRIACOS Y DEPRESIVOS DOMINEN UN CUADRO CLÍNICO.

CONTRAINDICADA:

INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y RENAL, DISCRACIAS SAN-
GUÍNEAS, EMBARAZO, PERSONAS QUE MANEJEN VEHÍCULO
S Y/O APARATOS DE PRECISIÓN.

REACCIONES SECUNDARIAS:

SOMNOLENCIA, MAREO, PARESTESIA, NÁUSEAS, VÓMITO,
HIPOTENSIÓN.

Dosis:

SE RECOMIENDA QUE LA ADMINISTRACIÓN NOCTURNA SEA
DE 5 A 10 MG. Y LA ADMINISTRACIÓN DURANTE EL DÍA
SEA DE 2 A 5 MG., SOBRE TODO A LAS PERSONAS QUE
TRABAJAN.

SE RECOMIENDA LA NO INGESTIÓN DEL ALCOHOL DURAN

TE EL TRATAMIENTO CON VALIUM,

6.2 TRATAMIENTO E INDICACIONES POSOPERATORIAS.

EL TRATAMIENTO A SEGUIR DESPUÉS DE HABER TERMINADO CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, LO PODREMOS DIVIDIR EN:

- TRATAMIENTO INMEDIATO (TERMINADA LA OPERACIÓN)
- TRATAMIENTO MEDIATO (DESPUÉS DE UNAS HORAS DE - REALIZADA DICHA INTERVENCIÓN).

6.2.1 TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO:

TERMINADA LA OPERACIÓN SE LIMPIA LA CARA DEL PACIENTE CON UNA GASA IMPREGNADA DE SUERO FISIOLÓGICO, SE LAVA LA CAVIDAD CON UN ATOMIZADOR, QUE CON TENGA UNA SOLUCIÓN DE SUERO FISIOLÓGICO O AROMÁTICO PARA ELIMINAR SANGRE Y RESTOS BLANDOS ÓSEOS O DENTARIOS, QUE PUDIERAN HABERSE DEPOSITADO EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, EN LOS SURCOS VESTIBULARES DEBAJO DE LA LENGUA, EN EL BÓVEDA PALATINA, - EVITANDO DE ESTE MODO QUE LOS COÁGULOS ENTREN EN ESTADO DE PUTREFACCIÓN.

SE APLICA UN TROZO DE GASA ESTERILIZADA O UN APÓSITO QUIRÚRGICO SEGÚN EL CASO, SOBRE EL LUGAR DE LA

INTERVENCIÓN Y SE INDICA AL PACIENTE QUE MUERDA LA GASA O QUE CUIDE DEL APÓSITO QUIRÚRGICO. EN CASO DE HABERSE REALIZADO LA INTERVENCIÓN BAJO ANESTESIA GENERAL, EL MOMENTO DE DOLOCAR LA GASA, ES AL RETIRARLE EL MANTENEDOR BUCAL, SE CERRARÁ LA BOCA DEL PACIENTE CON MUCHO CUIDADO, PERO FORZÁNDOLE A MORDER LA GASA.

DE CUALQUIER MANERA, SE LLEVA AL PACIENTE A UNA SA LA ADJUNTA PARA QUE DESCANSE Y SE RECUPERE EN UN TIEMPO PRUDENTE.

PUEDA COLOCARSE UNA BOLSA DE HIELO SOBRE LA CARA DEL LADO OPERADO DURANTE ALGUNOS MINUTOS, ÉSTE TRATAMIENTO LO REPETIRÁ EL PACIENTE EN SU DOMICILIO, SEGÚN LAS INDICACIONES IMPRESAS QUE ES ÚTIL ENTREGAR AL PACIENTE PARA QUE ÉL MISMO CUIDE SU RESTABLECIMIENTO.

6.2.2 TRATAMIENTO POSTOPERATORIO MEDIATO:

DE REGRESO EL PACIENTE A SU DOMICILIO DEBERÁ GUARDAR REPOSO AL MENOS 24 HORAS, YA QUE EL REPOSO PREVIENE LA POSIBLE HEMORRAGIA SECUNDARIA,

EL PACIENTE CONTINUARÁ COLOCANDO LA BOLSA DE HIELO SOBRE SU CARA EN PERÍODOS DE 15 MINUTOS, Y OTROS 15 MINUTOS DE DESCANSO, NO ES NECESARIO QUE PRACTI

QUE NINGÚN ENJUAGATORIO DURANTE LAS PRIMERAS TRES HORAS, ES MENESTER CONSERVAR LA INTEGRIDAD DEL COÁGULO, EN CASO DE HEMORRAGIAS, COLOCARÁ EN SU BOCA DEL LADO OPERADO UN TROZO DE GASA SECA QUE MANTENDRÁ EN SU SITIO DURANTE MEDIA HORA.

6.2.3 INDICACIONES PRECISAS SOBRE ALIMENTACIÓN Y LA POSOLOGÍA ESPECÍFICA A SEGUIR.

ALIMENTACION. SE LE INDICARÁ AL PACIENTE QUE DEBERÁ SOMETERSE A UN RÉGIMEN DE ALIMENTACIÓN LÍQUIDA, DURANTE LAS PRIMERAS 12 HORAS SIGUIENTES A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SE DEBERÁ ABSTENER DE GRASA, PICANTES, TABACO, BEBIDAS ALCÓHOLICAS, PUES MUCHOS DE LOS TRASTORNOS POSOPERATORIOS SON POR NO HACER CASO DE ÉSTAS INDICACIONES.

POSOLOGIA. EN ÉSTA INDICACIÓN SE LE ENFATIZARÁ AL PACIENTE, LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL SEGUIR LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS A LA HORA Y LA DOSIS QUE SE LE INDIQUE, PARA ASÍ EVITAR CUALQUIER TIPO DE COMPLICACIÓN. EL DOLOR POSTOPERATORIO ES LA CONSECUENCIA LÓGICA DE UNA OPERACIÓN EN LA CAVIDAD BUCCAL, ESTARÁ EN RELACIÓN DIRECTA AL GRADO DEL TRAUMA, APLASTAMIENTOS, DESGARRES, DISLACERACIONES, ORIGINANDO DOLORASAS CONSECUENCIAS. HERIDAS LIMPIAS Y OPERACIÓN SIN TRAUMATISMO RARAMENTE OCASIONAN DO---

LOR, DE PRESENTARSE DEBE SER COMBATIDO POR LOS DISTINTOS MEDICAMENTOS QUE DISPONE LA TERAPÉUTICA.

EXTRACCIÓN DE PUNTOS DE SUTURA. LOS PUNTOS DE SUTURA DEBERÁN RETIRARSE AL CUARTO O QUINTO DÍA DE LA OPERACIÓN; LA ELIMINACIÓN PREMATURA PUEDE OCASIONAR HEMORRAGIAS SECUNDARIAS O POR LO MENOS LA MOVILIZACIÓN DEL COÁGULO CON LOS CONSIGUIENTES TRASTORNOS. EL RESPETO POR EL COÁGULO ES LA BASE DEL ÉXITO POSTOPERATORIO. LOS HILOS SE RETIRAN PREVIA SECCIÓN CON TIJERAS; SOBRE LA ZONA OPERADA SE PROYECTA UN DELICADO CHORRO DE AGUA TIBIA.

CONCLUSIONES

- EL TEMA PRESENTADO EN ÉSTA TESIS, HA SIDO PARA MI DE UN GRAN INTERÉS ESPERANDO DE ALGUNA FORMA, TRANSMITIR ESE INTERÉS A TODO CIRUJANO DENTISTA, SOBRE TODO AQUELLOS QUE TENGAN CIERTA INCLINACIÓN POR LA CIRUGÍA BUCAL, QUE ADEMÁS SIRVA COMO UN LIBRO DE CONSULTA CON DATOS CLAROS, CONCISOS Y QUE PUEDAN ENCONTRAR EN ÉL IDEAS CONCRETAS.
- ESTE TRABAJO SE REALIZÓ CONFORME A INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y RECOPIACIÓN DE DATOS QUE FUERON ANALIZADOS Y CONCRETADOS PARA SU FÁCIL ACCESO Y COMPRESIÓN.
- EL CIRUJANO DENTISTA QUE GUSTE DE LA CIRUGÍA BUCAL Y QUIERA INCURSIONAR EN ELLA, DEBERÁ PRIMERO, SER HONESTO CON SIGMISMO Y SABER CUANDO ESTÉ PREPARADO PARA REALIZAR CUALQUIER CIRUGÍA BUCAL, Y PARA ÉSTO ES NECESARIO TENER LOS CONOCIMIENTOS INDISPENSABLES, DESTREZA Y SOBRE TODO PRÁCTICA. SI EL CIRUJANO DENTISTA NO CUENTA CON ELLOS, NO LO DEBERÁ INTENTAR, PUÉS NO SOLO PRESTARÁ UN MAL SERVICIO AL PACIENTE, SINO A SÍ MISMO.
- CONSIDERO QUE PARA ALCANZAR EL ÉXITO EN CUALQUIER CIRUGÍA BUCAL, SE DEBERÁ CONTAR PRIMORDIALMENTE CON LA

EVALUACIÓN DEL PACIENTE QUE SE LOGRARÁ CON; UNA BUENA Y COMPLETA HISTORIA CLÍNICA, EXÁMENES CLÍNICOS NECESARIOS, EXAMENES RADIOGRÁFICOS Y ASÍ PODER DIAGNOSTICAR CON EXACTITUD Y APLICAR EL TRATAMIENTO ADECUADO.

- EL OPERADOR DEBERÁ TENER AMPLIOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS Y ANESTÉSICAS MÁS ADECUADAS PARA LA CIRUGÍA BUCAL POR EFECTUAR.
- SE DEBERÁN TOMAR LAS PRECAUCIONES NECESARIAS SOBRE EL LUGAR DE LA INTERVENCIÓN, ASEPSIA, ANTISEPSIA, EQUIPO QUIRÚRGICO COMPLETO, ASISTENCIA MÉDICA, E INCLUSIVE CONTAR LA AYUDA DE OTROS ESPECIALISTAS.
- TODA CIRUGÍA BUCAL SE DEBE PROGRAMAR CONTANDO CON EL TIEMPO SUFICIENTE PARA COMPLEMENTAR SIN PRISAS DICHA INTERVENCIÓN, LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA PRECISA Y REALISTA DEL PROBLEMA QUIRÚRGICO NOS SERÁ DE GRAN AYUDA Y PERMITIRÁ UNA ESTIMACIÓN CONCRETA DEL TIEMPO NECESARIO.
- EL CIRUJANO DEBERÁ TENER EN MENTE TODAS LAS COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE Y SU TRATAMIENTO INMEDIATO A SEGUIR.
- EL OPERADOR ES RESPONSABLE DE SU PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, HASTA LA COMPLETA RECUPERACIÓN DEL MISMO.

- FINALMENTE, SE PODRÍA DECIR QUE LA CIRUGÍA BUCAL, SE NOS PRESENTA COMO UNA ALTERNATIVA MÁS DE LA ODONTOLÓGICA QUE POSEE EL CIRUJANO DENTISTA, PARA CONSERVAR LA ARMONÍA E INTEGRIDAD DE LA CAVIDAD ORAL.

BIBLIOGRAFIA

- "TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL"
GIRALNICK W.C.
ED. SALVAT
MÉXICO (1979)

- "ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL"
ALVIN L. MORRIS Y HARRY M. BOHANNAN
ED. LABOR, S.A.
4A. EDICIÓN (1980)
BARCELONA, ESPAÑA

- "GENERALIDADES EN CIRUGÍA BUCAL"
C.D. MORENO G. JESÚS
TESIS PROFESIONAL
U.N.A.M. MÉXICO (1979)

- "CIRUGÍA BUCAL"
RIES CENTENO GUILLERMO
ED. EL ATENEO
7A. EDICIÓN
MÉXICO

- "PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA BUCAL"
EDMUNDO BATRES LEDÓN
ED. INTERAMERICANA
MÉXICO (1980)

- "INFORMACIÓN PROFESIONAL Y DE SERVICIO AL ODONTÓLOGO"
(I P S O)
LA. EDICIÓN
MÉXICO (1975)
- "PRINCIPALES FÁRMACOS UTILIZADOS EN ODONTOLOGÍA"
CD MA. DE LOURDES CHAVARRÍA MARTÍNEZ
TESIS PROFESIONAL
U.N.A.M. MÉXICO (1977)
- "TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL"
GUSTAVO O. KRUGER
ED. INTERAMERICANA
4A. EDICIÓN
MÉXICO (1982)
- "TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA"
FERNANDO QUIRÓZ
TOMOS 1 Y 2
ED. INTERCONTINENTAL
MÉXICO (1979)
- "FARMACOLOGÍA, ANALGESIA, TÉCNICAS DE ESTERILIZACIÓN Y CIRUGÍA BUCAL EN LA PRÁCTICA DENTAL"
MARTÍN J. DUNN, RONALD F. BOOTH, MARIE CLANCY ED.
EL MANUAL MODERNO, S.A.
MÉXICO (1981)

- "ANATOMÍA DESCRIPTIVA"
CANO MANZANO MANUEL
ED. JOSÉ CAJIRA JR.
PUE, MÉXICO (1980)

- "TÉCNICAS QUIRÚRGICAS"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA
MÉXICO (1980)

- "EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS"
C.D. MA. CANDELARIA GALVÁN VÁZQUEZ
TESIS PROFESIONAL
U.N.A.M. MÉXICO (1980)