

201 49



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**PREVENCION Y TRATAMIENTO DE URGENCIAS
ODONTOLOGICAS QUIRURGICAS Y OPERATORIAS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

MARIA LUISA CALLEJAS FARIAT

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | | |
|-----|--|----|
| I | INTRODUCCION | 1 |
| II | CONTROL DEL DOLOR Y DE LA INFECCION FOCAL DENTAL | 3 |
| III | LESIONES AGUDAS DE LA CAVIDAD BUCAL | 34 |
| | A) Infecciones agudas | |
| | a) Pulpitis dolorosa | |
| | b) Absceso periapical agudo | |
| | c) Absceso periodontal | |
| | d) Pericoronitis | |
| | e) Osteomielitis | |
| | f) Inflamación flemonosa | |
| | g) Otros padecimientos dolorosos | |
| | B) Infecciones agudas de las glándulas salivales | |
| IV | LESIONES AGUDAS DE LA MUCOSA BUCAL | 46 |
| | a) Lesiones mecánicas | |
| | b) Quemaduras térmicas | |
| | c) Quemaduras químicas | |
| | d) Quemaduras galvánicas | |
| | e) Idiosincrasia a drogas | |
| V | ULCERACIONES AFTOSAS Y HERPETICAS | 53 |
| VI | COMPLICACIONES LOCALES DE LA ANESTESIA LOCAL | 56 |
| | a) Trismus muscular | |
| | b) Dolor o hiperestesia | |
| | c) Edema | |
| | d) Enfisema | |
| | e) Infección | |
| | f) Hematoma | |
| | g) Parestesia y neuritis | |
| | h) Aguja rota | |
| | i) Escaras y úlceras | |

VII ASPIRACION O DEGLUCION DE CUERPOS EXTRAÑOS 62

VIII PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DENTCALVEOLAR 64

Métodos Locales:

- a) Presión
- b) Frío
- c) Agentes hemostáticos
- d) Vasoconstrictores
- e) Electrocauterización
- f) Ligaduras y suturas
- g) Cera para hueso

Métodos Generales:

- a) Transfusión de sangre total
- b) Plasma
- c) Fibrinógeno
- d) Vitamina K
- e) Vitamina C
- f) Estrógenos

IX LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS 69

- a) Desgarramiento de la mucosa
- b) Heridas profundas

- c) Heridas punzantes
- d) Quemaduras térmicas

X LESIONES OSEAS

72

- a) Alveolitis
- b) Fractura del alvéolo
- c) Fractura de la tuberosidad del maxilar
- d) Fractura del maxilar inferior

XI LESIONES DE LOS DIENTES

76

- a) Lesiones de dientes adyacentes
- b) Obturaciones desalojadas o rotas
- c) Extracción equivocada de un diente
- d) Fractura de raíces
- e) Dientes desplazados

XII LESIONES DE LOS DIENTES ANTERIORES PERMANENTES

80

- a) Historia y examen clínico
- b) Prevención de lesiones dentales
- c) Clasificación de lesiones en dientes anteriores traumatizados (Dr. Ellis)

| | | |
|------|--|-----|
| XIII | COMPLICACIONES QUE AFECTAN EL SENO MAXILAR | 90 |
| | a) Perforación del seno maxilar | |
| | b) Raíces o dientes desplazados al interior del seno | |
| | c) Sinusitis | |
| | d) Fístula oroantral | |
| | e) Tumores y quistes del seno maxilar | |
| XIV | LESIONES DE LOS NERVIOS Y VASOS SANGUINEOS | 99 |
| XV | CONCLUSIONES | 101 |
| | BIBLIOGRAFIA | 106 |

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

El Cirujano Dentista debe estar preparado para resolver cualquier situación imprevista que requiera una acción inmediata, ya sea que ésta se origine fuera del consultorio o durante una intervención odontológica.

Por tanto, es de vital importancia que el Odontólogo posea absoluto conocimiento de las técnicas operatorias y quirúrgicas destinadas a la solución de problemas orales, y las ejerza siempre y cuando se sienta capacitado para reconocer y dar atención a aquellas complicaciones comunes que puedan surgir durante el acto operatorio o quirúrgico.

Las urgencias dentales que con mayor frecuencia impulsan al paciente a solicitar atención odontológica, son el dolor y la infección. Independientemente de la causa, (sea traumática o patológica), el Dentista debe tomar decisiones para tratar y controlar estos dos factores habituales en el consultorio dental.

La forma más fácil y eficaz de tratar una complicación, es prevenirla, para lo que se requiere evaluar preoperatoria

mente al paciente y cumplir con los principios operatorios y quirúrgicos establecidos.

Como ningún Cirujano Dentista está exento de enfrentarse a situaciones urgentes, los objetivos primordiales de este trabajo están encaminados a considerar:

- las medidas preventivas que reduzcan al mínimo y -
si es factible, eliminen las posibilidades de complicación durante cualquier acto quirúrgico y operatorio.

- los tratamientos más indicados en caso de que ésta se presente.

- las normas a seguir en el tratamiento de problemas habituales causados fuera del consultorio dental.

II CONTROL DEL DOLOR Y DE LA INFECCION FOCAL DENTAL

El dolor puede ser definido como una sensación desagradable creada por un estímulo nocivo que es allegado mediante nervios específicos hacia el SNC.

El dolor abarca a toda la personalidad y en ese sentido presenta dos aspectos:

Somático = percepción del dolor

Psíquico = reacción al dolor

La percepción del dolor es un proceso fisiológico - por el cual el dolor es recibido y transmitido por mecanismos neurológicos desde los órganos receptores del dolor. Esta fase del dolor es por lo general igual en todos los individuos sanos; pero puede verse afectada por enfermedades y - estados tóxicos.

La reacción dolorosa por otro lado, es la manifestación del paciente de su percepción de una experiencia desagradable.

Estas reacciones difieren de individuo a individuo y de día en día en el mismo paciente. Se manifiestan como muecas faciales, gritos, golpear en el piso con los pies, transpiración, taquicardia, así como pueden manifestarse alteraciones en la respiración.

El grado de la reacción al dolor está determinado por - el umbral doloroso del paciente que puede ser influenciado - por muchos factores.

El umbral del dolor es inversamente proporcional a la - reacción al dolor. Un paciente con elevado umbral del dolor es hiporeactivo, mientras el que tiene bajo umbral del dolor es hiperreactivo.

Los factores que influyen sobre el umbral del dolor en cada individuo son:

- a) ESTADOS EMOCIONALES.- El umbral del dolor de un individuo dependerá en gran parte de su actitud hacia el procedimiento, el operador y el ambiente. Por regla general, los pacientes emotivamente inestables tendrán umbrales bajos, lo mismo que en pacientes muy preocupados o con problemas no necesariamente relacionados con el problema dental.

- b) **FATIGA.-** Se ha probado que los pacientes bien de cansados y que han dormido bien antes de una experiencia desagradable, tienen un umbral mucho más alto que los individuos fatigados y con sueño. Es esencial siempre que sea posible que una buena noche de sueño preceda a la experiencia.
- c) **EDAD.-** Los pacientes mayores tienden a tolerar el dolor, teniendo de esta manera un umbral más eleva do que los jóvenes o niños.
- d) **NACIONALIDAD.-** Los grupos de nacionalidad ofrecen diferencias, por ejemplo, los latinoamericanos son más emotivos, teniendo por lo tanto umbral del dolor más bajo que los norteamericanos.
- e) **SEXO.-** Se considera generalmente que el hombre - tiene un umbral más alto que la mujer, aunque esto carece de bases.
- f) **TEMOR Y APRENSION.-** En todos los casos el umbral del dolor disminuye a medida que aumenta el temor, y la aprensión. Los individuos muy temerosos o - aprensivos, tienden a magnificar mentalmente su ex

perencia desagradable. Estos pacientes se hacen hiperreactivos y magnificarán el dolor fuera de toda proporción con el estímulo original. Por eso es esencial que el operador trate de ganarse la confianza del paciente.

CONTROL DEL DOLOR

El dolor con carácter de urgencia generalmente se presenta en el consultorio dental como resultado de infecciones, traumas, trastornos de la ATM, trastornos oclusales, etc...

Uno de los aspectos más importantes de la práctica odontológica es el control del dolor, para ello existen métodos que afectan a una de sus dos divisiones: Percepción y Reacción.

MÉTODOS DEL CONTROL DEL DOLOR

1) Eliminar la causa.- Suprimir el factor causal es indiscutiblemente el mejor tratamiento del dolor.

2) Bloquear la vía de los impulsos dolorosos.- La inyección, en los tejidos próximos al nervio o nervios implica dos, de una droga que posea propiedades anestésicas locales, impide la conducción central de impulsos fuera de esa zona, interfiriendo así la percepción dolorosa.

3) Elevar el umbral del dolor.- Esto depende de la acción farmacológica de drogas que poseen propiedades analgésicas, las cuales al elevar centralmente el umbral del dolor, interfieren la reacción dolorosa.

Diversas drogas poseen propiedades analgésicas en distinto grado y unas son más eficaces que otras para elevar el umbral. Ciertas drogas como la Aspirina, (ácido acetil salicílico), son eficaces sólo para eliminar perturbaciones leves. Por el contrario, los narcóticos, aunque no son verdaderos analgésicos, como también poseen propiedades hipnóticas, son eficaces contra dolores más intensos.

4) Disminuir la reacción al dolor mediante la depresión cortical.- La eliminación del dolor por la depresión cortical está dentro del alcance de la Anestesia General y de los agentes anestésicos generales. El agente anestésico de elección mediante su creciente depresión del SNC impide toda reacción consciente a un estímulo doloroso.

Cabe mencionar a la Anestesia General como método importante de control del dolor aunque no corresponda a los dominios del profesional en general, ya que requiere experiencia

e instrucción especial para su conocimiento y aplicación adecuada.

5) Usar métodos psicosomáticos.- La ansiedad, el miedo y dolor son tres factores íntimamente relacionados que exageran la respuesta dolorosa.

El método psicosomático para eliminar o controlar el dolor afecta sólo a la reacción dolorosa y su eficacia depende de llevar al paciente a un estado mental adecuado. Esto involucra una fase psicológica que depende de la inter-relación paciente-odontólogo, la cual es eficaz si existe una buena comunicación, aportando el odontólogo apoyo, seguridad y eficiencia técnica y el paciente confianza.

Este método en Odontología requiere mayor atención, ya que ganar la confianza del paciente sin el uso de drogas, proporciona gran ayuda para la realización posterior del tratamiento sintomático del dolor.

Cuando un método psicosomático no produce los resultados deseados, entonces el uso de medicamentos puede resultar de gran valor, y nos referimos así a la Medicación Preanestésica, la cual se define como cualquier clase de droga emplea

da antes de la anestesia para facilitar el procedimiento.

Los usos indicados de la Medicación Preeanestésica, son:

1) Eliminar el temor y la aprensión.- Para aliviar el temor y la aprensión se recurre al uso de hipnóticos, - siendo los barbitúricos los de mayor uso, por lo cual es importante que el paciente se acompañe por un adulto responsable.

2) Reducir los efectos tóxicos de los anestésicos locales.- Cuando se indica la medicación preeanestésica en un intento de reducir la toxicidad de los anestésicos locales, los barbitúricos también son la droga de elección, esto llega a tener valor cuando se han de administrar múltiples inyecciones.

3) Elevar el umbral del dolor.- En algunos casos - puede estar indicada para elevar el umbral. Esto sucede generalmente cuando el paciente padece dolor antes de la anestesia local o cuando manifiesta un umbral del dolor extremadamente bajo. En estos casos la medicación preeanestésica será de ayuda para aumentar la eficiencia del anestésico local y no se usará como sustituto de éste.

CONTROL DEL DOLOR CON DROGAS

El alivio del dolor es uno de los grandes objetivos del arte de curar.

Las drogas cuya acción predominante es disminuir o suprimir el dolor se llaman analgésicas, son administradas al interior del organismo y obran inhibiendo las funciones del SNC.

Se les puede dividir en dos grupos:

- 1) ANALGESICOS QUE PRODUCEN ADICCION O HIPNOANALGESICOS.

Son analgésicos potentes, capaces de actuar sobre cualquier tipo de dolor, profundo, superficial, débil o fuerte. Producen farmacodependencia e inducen al sueño.

Los hipnoanalgésicos comprenden:

- A) Alcaloides del opio.- La morfina, principal alcaloide del opio, tiene múltiples aplicaciones por su propio

dad de controlar el dolor, suprimir el temor y la ansiedad y abolir el reflejo tusígeno. A pesar de sus virtudes, es - una droga peligrosa y muy tóxica que obliga al Dentista a conocer perfectamente sus características farmacológicas.

Entre sus efectos farmacológicos más importantes tenemos:

a) Analgesia.- Es la acción más importante que se presenta con las dosis más bajas. Es efectiva en el dolor que se origina en la pulpa dental.

b) Hipnosis.-

c) Euforia.- puede presentarse o no.

d) Centro respiratorio.- Lo deprime.

e) Centro del vómito.- Lo estimula.

f) Centro de la Tos.- Lo inhibe.

g) Efectos adversos.- El más peligroso a dosis terapéuticas es la dependencia o adicción. Este es el inconveniente

mayor de estos excelentes analgésicos y el principal obstáculo para su uso difundido.

La morfina es el analgésico por excelencia y reduce o suprime el dolor más persistente e insoportable, pero no se debe abusar de ella, dado el peligro de crear hábito (morfinomanía) el cual se presenta con frecuencia en aquellas personas que padecen neuralgia facial persistente. Siempre que fuera posible se sustituirá por otro analgésico como la codeína, los salicilatos o las fenetidinas.

El dolor ocasionado por ciertas variedades de absceso alveolar agudo, por erupción dificultosa del tercer molar inferior, etc..., en casos extremos hace necesaria la administración de morfina.

Codeína.- Este alcaloide del opio, que los Dentistas prescriben con frecuencia, es un analgésico seis veces menos potente que la morfina y de toxicidad muy baja, lo que la convierte en una droga más segura en pacientes embarazadas o en lactación, en diabéticos, cirróticos, etc...

Meperidina.- (Demerol) es un narcótico sintético con -

poder analgésico ocho o diez veces inferior al de la morfina. Se usa como analgésico y también como preanestésico acompañdo por otros medicamentos. Tiende a producir sequedad en la boca, por lo que es útil en Cirugía Bucal.

Metadona.- (Dolophine) analgésico sintético de potencia similar a la morfina para aliviar el dolor, pero que causa - menos efectos tóxicos. Se usa como analgésico para tratar dolores intensos.

USOS ODONTOLOGICOS: La indicación más importante de - los hipnoanalgésicos es en el tratamiento del dolor en todas sus formas. Por su acción hipnótica y sedante sumada a la - analgésica, son muy útiles como medicamentos previos a la - anestesia local o general, sea solos o combinados con otros medicamentos.

Para el tratamiento del dolor en Odontología se prefiere el uso de los analgésicos que no producen adicción. Cuando los dolores son intensos y no se calman, con ellos puede recurrirse a la mezcla de analgésicos no narcóticos con codeína. Cuando esta medicación no sea efectiva, podrá recurrirse al uso de los hipnoanalgésicos, comenzando con metadona o

la meperidina y después la morfina, administrando las dosis más pequeñas que sean efectivas.

Todos los hipnoanalgésicos tratados deben prescribirse con la asistencia de un médico general.

2) Analgésicos que no producen adicción o antipiréticos.

Este grupo abarca las drogas de uso más frecuente tanto por los profesionales como por el público en general.

Son analgésicos de eficacia moderada, cuyo efecto colateral más importante es la acción antipirética (reducen la hipertermia). Además poseen propiedades antireumáticas y/o antiinflamatorias.

Son los más empleados en Odontología para tratar los distintos dolores de origen bucal.

Comprenden tres grupos principales:

1) SALICILATOS.- Es el grupo más usado de los analgésicos antipiréticos por las propiedades que los caracterizan: efectividad, amplio campo de acción, fácil disponibilidad, -

bajo costo y escasa toxicidad.

Son compuestos vinculados con ácido salicílico e incluyen el ácido acetilsalicílico, el salicilato de sodio (que no es usado en Odontología) y la salicilamida.

El ácido salicílico tiene acciones antisépticas y es irritante para la piel y mucosas (actúa como queratolítico).

Acción Analgésica.- Se realiza sobre dolores no intensos de origen traumático o inflamatorio, principalmente en músculos, articulaciones, piel y mucosas. Son efectivos en dolores de cabeza y en los dolores de origen:

dental

pulpar

periodontal

posextracción

de la mucosa o la articulación

USOS ODONTOLOGICOS: En Odontología estos compuestos son usados principalmente como analgésicos, a veces como antipiréticos y/o como antiinflamatorios.

El preparado de elección para uso odontológico es el ácido acetyl salicílico (Aspirina) y en segundo lugar la salicilamida. Son usados en todo tipo de dolor.

Están contraindicados en pacientes con úlceras gástricas y en los alérgicos a salicilatos.

2) DERIVADOS DE LA ANILINA.- Pertenecen a este grupo la acetofenetidina (fenacetina) y el acetaminofeno (Tylenol).

Acción Analgésica.- Son buenos analgésicos y antipiréticos, su ventaja sobre los salicilatos es que causan menos toxicidad.

USOS ODONTOLOGICOS: En Odontología se usan como analgésicos y antipiréticos. Reemplazan a los salicilatos cuando existe hipersensibilidad a los mismos.

3) DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA.- Se divide este grupo en:

Pirazonas analgésicas antipiréticas: aminopirina
 antipirina
 dipirona

Pirazonas antireumáticas o antiinfla
 matorias: fenilbutazona
 oxifenbutazona

Acciones.- La aminopirina, antipirina y dipirona poseen acción antipirética y analgésica similar a la de los salicilatos.

La fenilbutazona y oxifenbutazona aunque poseen las mismas acciones, son poco efectivas como tales en afecciones no inflamatorias.

FORMAS FARMACEUTICAS: todas estas drogas analgésicas se expenden en el comercio en varias formas farmacéuticas, tanto para su administración en los adultos como para la administración en niños. Se les puede encontrar en forma de:

comprimidos

comprimidos edulcorados y aromatizados

cápsulas

tabletas

grageas

pomada

ampollas

supositorios

gotas

jarabe

ALGUNOS NOMBRES COMERCIALES:

Salicilatos.- Bayaspirina
Aspirinetas
Enteretas
Adiro

Derivados de
la anilina.- Fonafor
Parvudol
Tempra

Derivados dela Pirazolona.- Piramidon

Conmel

Analgésicas

Novalgina

Antipiréticas

Butazolidina

Antireumáticas

Alka butazolidina

o

Tanderil

Antiinflamatorias

Naleran

INFECCION FOCAL

El complejo de la infección focal se compone de:

- 1) una causa local el "foco" y,
- 2) las manifestaciones patológicas desatadas por ésta en el organismo-infección focal-.

DEFINICION.- El foco de infección es una zona circunscrita de tejido, infectada por microorganismos patógenos exó

genos, que suele localizarse cerca de una superficie mucosa o cutánea, desde la cual se pueden esparcir, continua o interrumpidamente, irritaciones hacia estructuras próximas o alejadas de todo el organismo.

La infección focal se refiere a metástasis desde focos de infección de microorganismos o sus toxinas que son llevados a través de vía sanguínea o linfática hasta sitios distantes donde son capaces de lesionar tejidos.

FOCOS BUCALES DE INFECCION

En la cavidad bucal imperan una variedad de situaciones que son, teóricamente, fuentes de infección y que pueden dar metástasis a distancia.

Ellas incluyen:

- 1) lesiones periapicales infectadas como el granuloma, quiste y absceso periapical.
- 2) dientes con conductos radiculares infectados.
- 3) enfermedad periodontal con referencia a la extracción o manipulación de dientes.

CONTROL DE LA INFECCION

Existen dos aspectos básicos en el control de la infección:

1) prevención

Y

2) tratamiento

1) En la prevención deberán eliminarse aquellos factores que conducen a la infección:

- cálculos y placa bacteriana que predisponen a las enfermedades de las encías
- dientes con caries
- cavidades infecciosas de los tejidos blandos que predisponen a la pericoronitis.

La frecuencia de infecciones posquirúrgicas puede ser reducida mediante el cierre adecuado de las heridas y la utilización de técnicas asépticas y atraumáticas.

2) En el tratamiento de infecciones como pericoronitis, abscesos dentoalveolares, celulitis, deberá realizarse el tratamiento local indicado (debridación, incisión, drena-

je), y prestar apoyo o mantenimiento (asegurando descanso adecuado, nutrición, ingestión de líquidos).

En tales circunstancias la antibioterapia debe ser considerada como un coadyuvante del tratamiento, ya que es preciso suprimir la causa local directa.

CONTROL FARMACOLOGICO DE LA INFECCION

ANTIBIOTICOS

Son sustancias químicas producidas por microorganismos principalmente por hongos.

Estas sustancias tienen acción tóxica contra ciertas bacterias patógenas y de ahí su importancia en Terapéutica.

No se sabe cual sea el mecanismo exacto de su acción, pero se cree que de cierta manera destruyen sistemas enzimáticos vitales dentro de los microorganismos susceptibles, con lo cual inhiben su desarrollo y multiplicación (bacteriostasis), y en circunstancias favorables matan los microbios (acción bactericida).

Los antibióticos que se usan en Terapéutica deben perma

necer en contacto por algún tiempo con el microbio patógeno para que produzcan su efecto. Esto requiere la administración de dosis diarias suficientes en todo el curso de la infección y por espacio de 24 a 48 horas después que desaparecen todos los síntomas de la enfermedad.

Los microorganismos tienden a volverse resistentes contra los antibióticos cuando se ponen en contacto con dosis ineficaces repetidas. Esto varía según el tipo de antibiótico que se administra.

La persona que es hipersensible a un antibiótico no siempre lo es a todos ellos y, por consiguiente se puede variar el medicamento en caso que el paciente adquiriera hipersensibilidad.

Como los antibióticos no siempre matan los microbios patógenos, son las defensas orgánicas las que acaban con la infección. Con tal objeto es necesario dar al enfermo los mejores cuidados posibles, a fin de que las defensas orgánicas tengan eficacia máxima.

ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS

Se utilizan básicamente para prevenir bacteremias en pacientes con antecedentes de lesión cardíaca, reumática o cardiopatía congénita, siempre que se efectúen procedimientos tales como extracciones dentales, cirugía bucal, manipuleo de tejidos periodónticos y extirpación de amígdalas y adenoides; para así reducir la probabilidad de una endocarditis - bacteriana.

La droga de elección es la penicilina y la eritromicina como segunda opción en caso de alergia a la primera.

Un segundo aspecto de la antibioterapia profiláctica se refiere al uso de antibióticos para evitar infecciones post-operatorias. Existen estudios que han evaluado la eficacia - de esta técnica, los cuales han demostrado que en algunos casos ejemplos de cirugía bucal y maxilofacial, los antibióticos profilácticos aumentan la frecuencia de infecciones.

ANTIBIOTICOS TERAPEUTICOS

Fundamental para el control de la infección es el tratamiento local de apoyo. La decisión de usar antibióticos debe rá basarse en la necesidad establecida de estas drogas.

SELECCION DEL ANTIBIOTICO

La mayor parte de las bacterias que causan infecciones dentales se encuentran en todo el espectro antibacteriano de:

Penicilina G
Penicilina V
Feneticilina
Ampicilina
Eritromicina
Tetraciclinas
Lincomicina
Clindamicina
Cefalospirinas

Los estafilococos productores de penicilinasas pueden -
ser tratados eficazmente con:

Meticilina

Oxacilina

Nafeilina

Cloxacilina

Dicloxacilina

Vancomicina

Cuando se observa una infección clínica ¿Cómo se determina la droga a emplear?. Generalmente, el facultativo elige empíricamente penicilina, eritromicina o tetraciclina. Al hacer esto, puede estar seguro que el germen patógeno será afectado por la droga. Sin embargo, existen casos en que deberá realizarse un antibiograma e instituir un tratamiento con antibióticos antes de obtener los resultados.

La ventaja de realizar un antibiograma en la mayor parte de las infecciones dentarias es que si la droga elegida no es específica contra el agente etiológico, es posible hacer una corrección oportuna en el tratamiento.

P E N I C I L I N A S

Las penicilinas son agentes bactericidas muy potentes que pueden considerarse como el arma más notable y efectiva de la Medicina Moderna. Si no fuera por su potencial alérgico, sería el más seguro y útil de todos los antimicrobianos.

El uso indiscriminado de la penicilina conduce a un aumento del número de bacterias resistentes a la misma y también aumenta el número de personas alérgicas a la droga.

USOS ODONTOLÓGICOS Y CONTRAINDICACIONES: Las penicilinas están indicadas en Odontología en los procesos infecciosos provocados por gérmenes susceptibles a su acción (gram positivos, gram negativos, aeróbicos o anaeróbicos, como el estafilococo, estreptococo, diplococo, etc... y algunos bacilos), y en pacientes no sensibilizados alérgicamente a ellas. Si se cumplen estas dos condiciones, las penicilinas son los antibióticos de elección.

En Terapéutica Dental y Bucal se recomiendan para tratar las enfermedades de la pulpa dental, abscesos alvéolodentales, pericoronitis, osteítis, osteomielitis y celulitis como agente preventivo y curativo. Como preventivo se adminis-

tra la penicilina antes de la operación y por espacio de 24 a 48 horas después de ésta, ejm, como preventivo de la endocarditis bacteriana subaguda; en la GUN cuando las medidas locales no sean efectivas.

En infecciones producidas por gérmenes resistentes a la penicilina, se usan productos sintéticos penicilinasas - resistentes.

La penicilina no debe usarse nunca en aplicación tópica porque su absorción a través de la piel y especialmente de las mucosas, aumenta enormemente sus propiedades sensibilizantes.

FORMAS FARMACEUTICAS:

frascos ampolla

comprimidos

cápsulas

suspensión

jarabe

ALGUNOS NOMBRES COMERCIALES:**Benzetacil****Pen - Oral****Penbritín****Pentrexyl****CEFALOSPORINAS**

Las Cefalosporinas como las penicilinas tienen efecto -
microbicida, acciones y espectro similar.

USOS ODONTOLOGICOS Y CONTRAINDICACIONES: Indicaciones -
semejantes a las penicilinas. Sus principales usos son: como
sustituto de la penicilina en pacientes alérgicos con infec-
ciones graves y en procesos infecciosos producidos por gérme-
nes resistentes a la penicilina.

Su principal contraindicación es en pacientes con hiper-
sensibilidad a la droga.

FORMAS FARMACEUTICAS:**Frasco ampolla****Cápsulas****Comprimidos****Jarabe****Suspensión**

ALGUNOS NOMBRES COMERCIALES:**Ceflorin****Keflin****E R I T R O M I C I N A**

Es básicamente una droga bacteriostática, eficaz contra gérmenes gram positivos.

USOS ODONTOLOGICOS Y CONTRAINDICACIONES: Como sustituto de la penicilina en caso de alergia. En infecciones producidas por gérmenes resistentes a la penicilina.

No deben usarse en pacientes con alergia a la eritromicina.

FORMAS FARMACEUTICAS:**Cápsulas****Comprimidos****Gotas****Suspensión****Tabletas****Supositorios**

ampollas

ALGUNOS NOMBRES COMERCIALES:

pantomicina

ilosone

T E T R A C I C L I N A

■ Son antibióticos bacteriostáticos de amplio espectro.

USOS ODONTOLOGICOS Y CONTRAINDICACIONES: Pueden ser útiles contra las infecciones dentales cuando la penicilina y - la eritromicina sean ineficaces o no puedan emplearse, así como en situaciones que requieran un gran espectro antibacteriano.

Se contraindican por sus efectos sobre huesos y dientes en la mujeres embarazadas a partir del cuarto mes y en los - niños hasta los siete años.

FORMAS FARMACEUTICAS:

cápsulas

comprimidos

Jarabe

Gotas

Frasco ampolla

ALGUNOS NOMBRES COMERCIALES:

Aureomicina

Terramicina

Ledermicina

L I N C O M I C I N A Y C L I N D A M I C I N A

Actúan en general como bacteriostáticos aunque son bactericidas contra algunos microorganismos.

USOS ODONTOLÓGICOS: Están indicadas en casos de osteomielitis resistentes a otros antibióticos, y en infecciones a gram positivos, cuando hay alergia o resistencia a otros antibióticos como las penicilinas.

FORMAS FARMACÉUTICAS:

Cápsulas

Frasco ampolla

Jarabe

ALGUNOS NOMBRES COMERCIALES:

Lincocin

III.- LESIONES AGUDAS DE LA CAVIDAD BUCAL

Las lesiones agudas de la cavidad bucal no se ven todos los días en la práctica odontológica. Sin embargo, todos los Dentistas deben estar preparados para reconocerlas y tratarlas correctamente.

A) INFECCIONES AGUDAS

a) Pulpitis Dolorosa.- Casi invariablemente la pulpi tis dolorosa depende de exposición de la pulpa y de infec --- ción concomitante. El paciente se queja de un dolor de diffi --- cil localización, refiriéndolo en ocasiones en uno de los - cuadrantes.

El pulpómetro eléctrico, en caso de enfermedad, provoca rá una respuesta negativa o subnormal. El calor puede aumentar el dolor y el frío aliviarlo.

En estos casos después de identificar el diente afectado y de comprobar la exposición, el Dentista debe colocar un algodón empapado en eugenol sobre la parte expuesta. Unas -

veces se produce alivio inmediato y el diente puede ser restaurado en forma temporal con una cura de óxido de zinc y eugenol. Cuando se emplea este método sin ayuda de anestésicos, puede notarse el efecto fácilmente.

Ahora bien, cuando se emplea anestesia, su efecto puede pasar antes de tener seguridad de haber obtenido alivio.

El paciente debe saber que la mejoría del dolor por este método es pasajera y que debe llevarse a cabo tratamiento definitivo tan pronto como sea posible, siendo el más indicado la terapéutica endodóntica o la extracción del diente.

b) Absceso periapical agudo.- Si la pulpitis aguda no es tratada, se produce un absceso periapical agudo también conocido como periodontitis supurativa aguda, el cual tiene casi siempre su origen en una infección de la pulpa que se prolonga hasta el ligamento periodontal. También suele originarse a consecuencia de un traumatismo dental que ocasiona la necrosis pulpar; por irritación de tejidos periapicales o por aplicación de sustancias químicas durante procedimientos endodónticos.

Por razones anatómicas se encuentra generalmente distribuido sobre la cara bucal del diente afectado y el pus llega a situarse debajo de la mucosa del surco bucal o labial, sobre la raíz del diente.

En la etapa aguda de este absceso el diente es sensible a la percusión y suele estar algo extruido en su alvéolo. En general, los antibióticos no son necesarios en esta fase, a menos que el paciente presente síntomas generales, ejm, linfadenitis regional y fiebre.

El drenaje mediante una abertura en la cámara pulpar, es el método de elección para el tratamiento del absceso periapical; la extirpación de la pulpa necrótica permitirá un buen drenaje. Si éste no es adecuado y se produce tumefacción de los tejidos, se administrarán antibióticos. En esta etapa de la infección el diente puede extraerse con anestesia local, este procedimiento permitirá evacuar el material purulento.

Siempre estará indicado realizar la extracción del diente o el tratamiento endodóncico.

c) Absceso periodontal.- El absceso periodontal o pericemental, se localiza a lo largo de la encía y de la membrana periodontal.

Ocurre cuando una bolsa periodontal se cierra parcial o totalmente y el pus no puede salir.

La formación de este absceso se acompaña de un dolor intenso debido a la rápida destrucción de tejidos blandos y óseos; generalmente se localiza al lado de una raíz, en su parte apical o en la zona de bifurcación de un diente con varias raíces.

Si se considera posible salvar el diente y si la zona de infección es localizada y fluctúa, el tratamiento indicado se basa en propiciar la salida del pus mediante la incisión y el drenaje. Este último se logra con la inserción de un dren o de una sonda de bolsa periodontal.

Sin embargo, el absceso puede repetirse, a menos que se elimine la irritación y se reduzca la profundidad de la bolsa.

En caso contrario, se recomienda extraer el diente. Los antibióticos se usarán si la infección es difusa y el paciente presenta sintomatología sistémica.

d) Pericoronitis (operculitis) y absceso pericoronario.-

Pericoronitis.- Es la inflamación de los tejidos que se hallan sobre la corona de un diente que no ha erupcionado totalmente.

Este tejido pericoronario que se inflama es traumatizado aún más por el diente antagonista. Además la acumulación de alimentos entre la encía y el diente, origina un proceso supurativo, que causa diversos grados de infección e inflamación.

Se ve más frecuentemente durante la fase eruptiva del tercer molar inferior.

Los síntomas más importantes son la disfagia unilateral (del lado afectado) y cierto grado de trismo.

Las infecciones agudas de intensidad moderada se contro

lan con buches calientes de solución fisiológica e irrigaciones con antisépticos, que se introducen en el surco coronario con una jeringa y aguja roma.

Si se produce un absceso pericoronario, se hace la incisión y drenaje para evacuar el exudado purulento, y además se administran antibióticos si la infección es extensa o si hay síntomas generales.

Son varios los tratamientos posibles una vez que se ha superado la fase aguda. Si se quiere salvar el diente, debe realizarse una operculectomía o extirpación del tejido pericoronario para dejar expuesta la corona. Si está indicada la extracción del diente, ésta se hará después de la desaparición de los síntomas agudos.

Si algún diente antagonista o vecino traumatiza los tejidos, puede rebajarse o extraerse.

EN CASO DE PROCEDERSE A LA EXTRACCION, todos los dientes afectados solo deben extraerse una vez que en el paciente haya una elevada concentración sanguínea del antibiótico de elección y hayan cedido los síntomas generales. Esto se hará para abreviar la evolución de la infección, reducir al

mínimo su propagación y acelerar la recuperación del paciente bajo la adecuada protección con antibióticos.

e) Osteomielitis.- Se conoce con este nombre a la infección de la médula ósea.

Es una secuela grave de las infecciones periapicales - que a menudo terminan en la extensión difusa de la infección a través de los espacios medulares, produciendo necrosis y destrucción de grandes cantidades de hueso.

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

Por lo común, los casos de osteomielitis no son muy numerosos, como sucedía antes del advenimiento de los antibióticos. No obstante, aún hoy se ven casos muy serios originados por gérmenes resistentes a los antibióticos.

El tratamiento se basa en la incisión y el drenaje, cultivo y antibiograma del material extraído. Durante la fase crónica puede acelerarse la curación extirpando el hueso ne-

crótico y los tejidos blandos adyacentes. Los casos muy graves y extensos se tratarán con internación del paciente, mediante tratamiento de apoyo y quirúrgico.

f) Inflamación flemonosa.- (celulitis). La celulitis es una inflamación de los tejidos blandos, que no se circunscribe a una zona, y que tiene a extenderse por los espacios entre los tejidos y a lo largo de los planos faciales.

No hay fluctuación y la zona inflamada aparece tumefacta e indurada.

Lo más común es que la celulitis de cara y cuello sea - el resultado de una infección dental, sea como secuela de un absceso apical u osteomielitis o después de una infección periodontal. A veces, puede originarse de una infección que sigue a la extracción dental, a la inyección realizada con una aguja infectada o a través de una zona infectada, o luego de una fractura mandibular.

La celulitis ha de tratarse por administración de anti-bióticos y eliminación de la causa de la infección.

g) otros padecimientos dolorosos.-

Dentina dolorosa.- Es aquella que ha quedado expuesta por la acción de agentes abrasivos o por una caries precoz. La pérdida de esmalte protector a que da lugar permite y aumenta la transmisión de estímulos térmicos (frío y calor), - físicos (cepillado), y químicos (los dulces). La aplicación de estos irritantes da lugar a una respuesta dolorosa de duración fugaz, que desaparece al suprimir la acción desencadenante y generalmente es de carácter agudo.

La dentina expuesta por caries debe cubrirse con óxido de zinc y eugenol hasta que se restaure el diente con carácter permanente. La dentina cervical expuesta dolorosa puede tratarse a menudo por medio de agentes químicos que desensibilicen el área mediante el depósito de sales poco solubles en los túbulos dentinales expuestos y de caústicos (fluoruro estañoso al 10%, fluoruro sódico, cloruro de zinc, fenol y nitrato de plata).

Existen otros métodos para tratar la hipersensibilidad cervical, pero ninguno proporciona éxito definitivo. Para calmar los síntomas es, en ocasiones, necesario preparar y

restaurar la región con material apropiado.

Recientemente la aplicación tópica de corticoides hidrosolubles ha permitido abrigar ciertas esperanzas y, al parecer ayudan también las pastas dentríficas ricas en estroncio, así como las que contienen formaldehído y fluoruro estañoso.

Hiperemia.- Asociada a la colocación de obturaciones recientes, profundos o ambos, encontramos muchas veces hiperemia - dilatación de los vasos de la pulpa - junto a una pequeña reacción inflamatoria.

El dolor suele ser agudo e intenso y muchas veces lo desencadena la aplicación de estímulos térmicos (calor o frío). Es de corta duración, suele alargarse durante uno o varios minutos y entonces calma poco a poco.

Generalmente la hiperemia es reversible y si se evitan los estímulos desencadenantes la mejoría es mayor y se facilita la recuperación pulpar, debiendo realizarse cuando los síntomas son intensos y persistentes. Desgraciadamente, a veces, puede progresar hacia una pulpitis.

B) INFECCIONES AGUDAS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

La mayoría de los trastornos de las glándulas salivales causan dolores faciales. La ubicación del dolor se halla generalmente limitada a la zona que ocupa la glándula en cuestión. El dolor inmediato o después de un corto período latente, seguido de una hinchazón, es generalmente patognomónico de una glándula salival.

Por esta razón, el paciente acude a veces al consultorio odontológico debido a la inflamación dolorosa de las glándulas salivales, que incluyen la submaxilar, la parótida y la sublingual.

Una de las causas de la inflamación es la obstrucción total o parcial del conducto excretor, por tapones mucosos, restos celulares o cálculos salivales que impiden el flujo normal de saliva.

Un signo importante es la tumefacción de la glándula durante las comidas, debida a la retención de saliva en su interior, acompañada de dolor intenso.

El tratamiento se basa en extraer el sialolito, que se visualiza a veces en las radiografías, para que la glándula vuelva a su estado normal. Este es un procedimiento de urgencia, cuando el dolor es intenso e intolerable.

Cuando la causa es de tipo infeccioso, si se consigue el drenaje del conducto, el cultivo del material y antibiograma, se determinará el antibiótico de elección; en caso contrario se empleará un antibiótico de amplio espectro como penicilina o eritromicina.

El sulfato de atropina, administrado varias veces por día, disminuye el flujo salival y reduce la distensión glandular.

Si los tratamientos mencionados no consiguen atenuar la inflamación, es necesario hacer una sialografía tan pronto como se haya remitido la fase aguda. Para ello se llenan el conducto y los acinos con material opaco (Lipiodol), y se toman radiografías para determinar el grado de afección de la glándula. Si la arquitectura de la glándula aparece radiográficamente con una alteración pronunciada, indica la formación de un tumor que requiere tratamiento quirúrgico.

IV) LESIONES AGUDAS DE LA MUCOSA BUCAL

A) LESIONES MECANICAS

Los traumatismos que pueden ocasionar lesiones mecánicas en las partes blandas orales son muchos y variados:

- 1.- Dentaduras mal ajustadas
- 2.- Bordes rugosos de un gancho o diente fracturado
- 3.- Mordedura de mejilla o de labio u otros hábitos

a) Laceraciones de carrillos, labio y lengua.

La mordedura de mejilla o de labio forma parte de un hábito nervioso del que el enfermo puede no haberse dado cuenta, pudiendo ocurrir incluso durante el sueño.

Este tipo de laceraciones pueden producirse también por golpes, por mordeduras durante la masticación, por ataques epilépticos, por resbalarse un instrumento durante el tratamiento dental, etc..., llegando a ocasionar en la mucosa bucal lesiones inflamadas y muy dolorosas, observándose en ocasiones pequeñas hemorragias submucosas.

El tratamiento consiste en suturar la mucosa si es una herida fresca y profunda. No hay indicación para el empleo de antibióticos, a menos que la herida esté infectada o el individuo se encuentre en mal estado general, pero pueden utilizarse analgésicos suaves y colutorios de agua oxigenada, para ayudar a mantener limpia la herida.

Se explicará al paciente en caso de hábito de mordisqueo la naturaleza de su afección y se le sugerirá una consulta - psiquiátrica. Si el traumatismo se debe a una maloclusión, - debe ser corregida.

Cualquier lesión traumática que no cure en dos semanas puede ser neoplásica; en tales circunstancias se toma una - biopsia para descartar la presencia de un carcinoma.

b) QUEMADURAS TERMICAS.

Este tipo de quemaduras son muy frecuentes tras la anestesia, a veces ocasionadas por instrumentos dentales insuficientemente enfriados, cera caliente o por compuestos para - impresión.

Por otra parte, la cavidad oral se lesiona con alimentos y bebidas demasiado calientes.

Entre las lesiones debidas al calor y al frío tenemos:

Alergia al calor.- En casos excepcionales existe hipersensibilidad frente al calor, que se manifiesta sólo en la región expuesta (cavidad oral y labios).

Urticaria por frío.- La colocación de hielo seco en la boca provoca escaras considerables en los tejidos orales, - las cuales se observan con frecuencia en niños.

En general, 24 horas después de la quemadura se encuentra un material coagulado, que si la herida fue profunda se desprende y deja al descubierto una mucosa roja y dolorosa . La aplicación de corticoides en una pasta adhesiva sirve como capa protectora.

Las quemaduras térmicas tardan 2 semanas en curar. Como tratamiento pueden indicarse sedantes, analgésicos suaves y dieta blanda poco irritante.

c) QUEMADURAS QUÍMICAS

Una de las quemaduras químicas que con mayor frecuencia se ve en el consultorio odontológico es la producida por la aspirina que el paciente ha estado colocando en la mucosa próxima a un diente con dolor. Se produce una zona blanqueada debido a la necrosis de la mucosa, que se desprende y deja una base enrojecida ulcerada.

El comienzo es brusco y la curación dilata una semana o diez días cuando no surgen complicaciones. Resulta útil en estos casos la aplicación de una pomada antibacteriana paliativa.

Otras quemaduras químicas pueden deberse al fenol, a gotas para el dolor dentario y a otros cáusticos aplicados por el paciente o inadvertidamente por el dentista. En este último caso el profesional debe usar un agente neutralizante.

Una vez que se produce la quemadura, se le debe tratar con aplicaciones periódicas de corticoides para aliviar los síntomas. El tratamiento se completa con una dieta blanda, no irritante y con analgésicos suaves y sedantes si es necesario.

Se producen quemaduras yatrógenas por contacto de la mucosa anestesiada, con instrumentos demasiado calientes. La - llamada "quemadura por rollo de algodón" se observa con frecuencia. La mucosa que a veces se adhiere al rollo o torunda de algodón seco, puede desprenderse al retirar éste de la boca. Se aconseja para prevenir este tipo de lesiones, cubrir la mucosa con vaselina antes de aplicar el algodón o humedecerlo con el chorro de agua antes de retirarlo.

d) QUEMADURAS GALVANICAS

En la cavidad bucal se suelen producir corrientes galvánicas por la acción de restauraciones metálicas diferentes al hacer contacto durante la oclusión y en presencia de la - saliva que actúa como electrolito.

Este choque galvánico también ocurre en dientes con viajas restauraciones metálicas cuando toman contacto brusco - con un "nuevo" metal extraño, como por ejemplo un instrumento dental, extractor de saliva, restauración reciente o in - cluso un tenedor.

Este fenómeno origina dolor y, si el proceso continúa,

puede dar lugar a ulceraciones gingivales.

El tratamiento consiste en rebajar una de las restauraciones para evitar el contacto durante la oclusión, o en eliminar y reemplazar una de las restauraciones de modo que ambas sean del mismo metal.

El dolor disminuye al transcurrir el tiempo con tratamiento o sin él, lo que sin duda se debe a la disminución del potencial eléctrico y a la protección creciente por el desarrollo de dentina reparadora o terciaria.

e) IDIOSINCRASIA A DROGAS

La reacción local a drogas o materiales que se usan en contacto con la cavidad bucal recibe el nombre de estomatitis venenata y si se debe a drogas administradas por vía sistemática que producen reacción en la mucosa bucal, al estado se llama estomatitis medicamentosa.

Las dentaduras acrílicas producen reacciones locales comunes en la mucosa bucal. Si el paciente es alérgico a este material, presentará una mucosarojiza que no debe confundirse con reacciones subplacas provenientes de una higiene bu -

cal deficiente o de una prótesis mal adaptada. Una prueba aplicando el material que se supone causante, confirmará el diagnóstico. Los colutorios, los dentríficos y ciertas pastillas son otros productos capaces de provocar reacciones similares.

El edema angioneurótico, que se manifiesta por edema de la cara, se produce por acción de drogas, ciertos alimentos, cosméticos o agentes desconocidos. Esta reacción alérgica afecta habitualmente los labios, los párpados, las mejillas o la faringe, y puede durar desde algunas horas a varios días. Es necesario explicar al paciente la naturaleza de este estado para tranquilizarlo.

Se practica la traqueotomía si hay edema intenso de faringe o lengua para proporcionar respiración adecuada e impedir la muerte por asfixia.

La estomatitis medicamentosa puede ser producida por la administración sistemática de antibióticos, sulfamidas y salicilatos. La mucosa bucal y la encía se ulceran, inflaman y presentan dolor intenso. El tratamiento es sintomático.

V) ULCERACIONES AFTOSAS Y HERPÉTICAS

Definición.- Úlcera es una lesión que resulta de la destrucción del revestimiento epitelial y de una parte del tejido conectivo subyacente.

Las úlceras, como lesiones de la cavidad bucal, son procesos que se observan a menudo y que pueden formarse de muchas maneras. La más sencilla y más frecuente es mediante la destrucción del epitelio de revestimiento por un traumatismo físico, químico o eléctrico. Sin embargo, muchas úlceras son producidas por diferentes agentes etiológicos como son:

virus

alergia a medicamentos o a prótesis

deficiencias nutricionales

trastornos emocionales

enfermedades sistémicas

idiopáticos

y por factores locales:

mala higiene bucal

oclusión defectuosa

erupciones dentarias

Estas lesiones, a menudo de origen incierto, se tratan paliativamente con la aplicación local de protectores (tintura de benjuí, Orabase), cuando se acompañan de dolor intenso.

Si se conoce la causa, por ejemplo, traumática (irritaciones producidas por prótesis, lesiones producidas por el cepillado, etc...) ésta debe ser eliminada.

En ocasiones está indicado otro tratamiento de sostén, como lavados de boca con Dyclone u otros anestésicos tópicos inmediatamente antes de cada comida.

Cuando se sospecha la existencia de una infección secundaria, pueden resultar útiles los colutorios antisépticos - con soluciones diluidas de peróxido de hidrógeno, cepacol o sustancias de acción semejante. Cuando la infección es grave puede ser necesario la administración de antibióticos generales.

Por lo general las ulceraciones aftosas y herpéticas, -;

presentan duración de siete a catorce días, llegando a sanar con o sin tratamiento. Aunque la deshidratación de las vesículas con alcanfor o alcohol, acelera el curso y facilita la curación sin cicatrización.

VI) COMPLICACIONES LOCALES DE LA ANESTESIA LOCAL

La complicación de la anestesia puede definirse como - cualquier desviación de lo que normalmente se espera durante o después de la administración de la anestesia regional. De tal forma que cuando se inserte una aguja en los tejidos y - se inyecte una solución anestésica, el resultado debe ser la ausencia de dolor en la zona inervada por los nervios afecta dos.

Las complicaciones de la anestesia pueden dividirse en dos grupos:

1).- Las atribuibles a las soluciones usadas: se refieren a las que resultan de la absorción de la solución anestésica como son:

toxicidad
intolerancia
alergia, y
anafilaxia

y se consideran reacciones generales a la droga.

2.- Las atribuibles a la inserción de la aguja: son resultado de la inserción de la aguja o de otras dificultades técnicas y comprenden:

- a) trismus muscular
- b) dolor o hiperestesia
- c) edema
- d) enfisema
- e) infección
- f) hematoma
- g) parestesia y neuritis
- h) agujas rotas
- i) escaras y úlceras

a) **TRISMUS MUSCULAR.**- Cualquier afección muscular, o limitación de movimiento se califica como trismus. Este es una complicación común de la anestesia regional, especialmente después de bloqueos del nervio alveolar inferior.

La causa más común de trismus es el trauma a un músculo o ligamento durante la inserción de la aguja; también puede deberse a infección producida por la aguja o por soluciones

contaminadas.

Los síntomas son evidentes por lo que el dentista debe determinar la causa y prescribir el tratamiento.

Se pueden sugerir ligeros ejercicios y terapia con drogas para aliviar el dolor si es intenso; buches calientes si existe infección ligera o antibióticos dependiendo del estado del individuo y de la intensidad de la infección.

El trismus puede impedirse:

- 1) usando agujas afiladas y esterilizadas
- 2) limpiando la zona de inserción con una solución antiséptica
- 3) insertando la aguja sin trauma de tal forma que no atravesase músculos innecesariamente

b) DOLOR O HIPERESTESIA.- Es muy común durante o después de la administración de un anestésico regional y puede ser resultado de:

- 1) inyección en un músculo, ligamento o ATM

- 2) inyección demasiado rápida
- 3) numerosas punciones con la aguja
- 4) solución muy fría
- 5) solución contaminada

Las precauciones a tomar para que la maniobra asociada a la anestesia sea lo más indolora posible son:

- 1) considerar la morfología y fisiología de la zona
- 2) inyectar la solución lentamente y con la menor presión posible
- 3) evitar múltiples inserciones en la misma zona
- 4) aproximar la T° de la solución inyectada a la T° del cuerpo
- 5) usar soluciones estériles
- 6) pincelar la zona de inserción con un anestésico tóxico

c) EDEMA.- El edema o hinchazón de los tejidos es generalmente un síntoma consecutivo a trauma, infección, alergia o hemorragia.

d) ENFISEMA.- Complicación rara postinyección que -
suele deberse a la entrada de aire en los tejidos faciales.

e) INFECCION.- Las infecciones posinyección pueden -
resultar :

- 1) del uso de agujas o soluciones contaminadas
- 2) de la conservación de agujas
- 3) de llevar bacterias desde la superficie de mucosas no aseptizadas hasta las estructuras profundas, -
con la punta de la aguja.

Las "infecciones por aguja", como regla, originan sínto
mas de infección dentro de las 24 horas después de la inyec-
ción.

La infacción se previene con:

- 1) asepsia de la zona, instrumentos, agujas y solucio
nes.
- 2) lavado escrupuloso de las manos del profesional
- 3) no inserción de la aguja en zonas infectadas

f) HEMATOMA.- Complicación común generalmente asociada al bloqueo cigomático e infraorbitario, que consiste en la efusión de sangre en los tejidos, como resultado de punzar un vaso. Se absorbe con pequeño efecto residual que se manifiesta por una decoloración de la piel que puede persistir unos días.

g) PARESTESIA Y NEURITIS.- Suelen presentarse muy rara vez parálisis facial y ceguera temporaria como resultado del depósito de la solución anestésica cerca del nervio facial o del nervio óptico, o por punción accidental del nervio. Complicación que por lo general dura mientras persisten los efectos de la droga anestésica.

h) AGUJAS ROTAS.- La ruptura de agujas es una complicación rara y fácil de evitar. Cuando ocurre se debe a defectos técnicos o a movimientos reflejos bruscos de la cabeza del paciente. En general, el material con que actualmente se les fabrica impide que se produzcan tales accidentes.

i) ESCARAS Y ULCERAS.- Son reacciones alérgicas locales, caracterizadas por una descamación epitelial en la mucosa bucal o en los labios que sugieren usar un anestésico de composición química diferente.

VII) ASPIRACION O DEGLUCION DE CUERPOS EXTRAÑOS

Uno de los accidentes temidos en la práctica odontológica es la aspiración o deglución de objetos extraños. El más frecuente es un diente, sin embargo, cualquier objeto - raíz, tapones de gasa, incrustaciones, coronas, puentes - puede - ser aspirado o deglutido. Esto sucede cuando en los procedimientos quirúrgicos los dientes por extraer se desprenden en forma brusca y repentina o cuando porciones de coronas u obturaciones desprendidas caen, sin ser vistos, dentro de la faringe.

Cuando se trabaja con anestesia local, se tendrá presente la posibilidad del desprendimiento accidental de un diente u otros objetos y se actuará con cuidado para impedir que estos cuerpos salgan de nuestro control.

Cuando el cuerpo extraño cae en la garganta, el paciente llega a toser y expeler el objeto, pero cuando esto no sucede, se debe inclinar el cuerpo del paciente hacia adelante, con la cabeza hacia abajo y entre las piernas, para facilitar la salida del cuerpo extraño. Si esto no es efectivo y persiste la tos, está indicado hacer el examen visual de la

faringe y extraer el objeto con los dedos o con instrumentos apropiados. Todo objeto que pase a la faringe y no sea expulsado, caerá en el aparato respiratorio o en el digestivo. En este último caso, no será necesario tratamiento alguno, ya que recorrerá el tubo digestivo sin causar daños. Sin embargo, deberá ser extraído por el especialista si se aloja en las vías respiratorias.

Un cuerpo extraño también puede alojarse en la laringe y producir una obstrucción respiratoria aguda, que se manifiesta por cianosis, disnea y por un estado eventual de inconsciencia. Cuando se presentan estos signos, el operador debe tomar la lengua del paciente, llevarla hacia adelante y limpiar la faringe de todo elemento extraño, por medio de los dedos, instrumentos o succión. Si el procedimiento no disminuye la obstrucción, se creará, sin demora, una vía aérea de urgencia (cricotiroidotomía) y se enviará al paciente al médico para que éste proceda al rescate del objeto.

VIII) PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA
DENTOALVEOLAR

La definición más simple de hemorragia es la salida de sangre de los vasos sanguíneos. Este es un fenómeno provocado cada vez que se extrae un diente o que se realiza una intervención quirúrgica en boca.

La mayor parte de los problemas de sangrado postoperatorios son de naturaleza local y presentan poca dificultad para su manejo; sin embargo en ocasiones pueden alcanzar serias complicaciones, una de ellas el choque, ya sea hipovolémico o psicógeno (el más frecuente).

CONTROL DE HEMORRAGIA

Prevención.-- Es el mejor tratamiento de la hemorragia y consiste en adoptar las medidas preoperatorias más importantes:

- 1) historia clínica
- 2) evaluación física del paciente

- 3) pruebas de laboratorio cuando se sospeche alguna -
anormalidad (tiempo de sangría y de coagulación)

y en recurrir a métodos que reduzcan la hemorragia, tales como:

- 1) cirugía atraumática
- 2) eliminación de tejido granulomatoso
- 3) retiro de espículas óseas fracturadas

Métodos de Control.- Pueden utilizarse métodos locales y generales para controlar la hemorragia.

Los métodos locales se clasifican en:

- a) presión
- b) frío
- c) agentes hemostáticos
- d) vasoconstrictores
- e) electrocauterización
- f) ligaduras y suturas
- g) cera para hueso

a) presión.- el paciente debe morder una gasa o esponja seca colocada directamente sobre la zona sangrante, durante unos 15 minutos a una hora, dependiendo de la intensidad de la hemorragia.

La aplicación de presión varía desde la utilización de gasa con o sin agentes hemostáticos, hasta el taponamiento de la herida con gasa yodoformada o con agentes hemostáticos absorbibles que puedan ser suturados en la herida.

b) frío.- la aplicación local de hielo, con intervalos de 5 minutos durante las primeras cuatro horas, puede reducir la intensidad de una hemorragia, pues produce contracción de los vasos sanguíneos.

c) agentes hemostáticos.- se utilizan sobre gasas o alvéolos en combinación con la aplicación de presión:

ácido tánico

gelfoam

oxycel

espuma de fibrina

trombina (líquido y polvo)

d) vasoconstrictores.- la aplicación tópica de adrenalina al 1:1 000 mediante un algodón o gasa, promueve la hemostasis (contracción vascular que retarda la salida de sangre a partir del vaso lesionado).

e) electrocauterización.- puede ser directa sobre los pequeños vasos que sangran, o indirecta pinzando el vaso con una pinza hemostática y tocándolo con el instrumento eléctrico.

f) ligaduras y suturas.- consiste en suturar los márgenes aproximados de la herida, utilizando:

- 1) agujas atraumáticas
- 2) catgut absorbible en heridas profundas
- 3) hilos de seda o nylon en heridas de superficie

g) cera para hueso.- se usa para ocluir el vaso óseo sangrante. Otra forma puede ser comprimiendo el vaso con un instrumento romo.

Los métodos generales no suelen ser necesarios, pero cuando están indicados varían desde la administración de agentes hemostáticos hasta la reposición terapéutica del factor intrínseco faltante, necesario para la coagulación de la sangre.

Los métodos generales más usados son:

- a) transfusión de sangre total
- b) plasma
- c) fibrinógeno
- d) vitamina K
- e) vitamina C
- f) estrógenos

IX LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

La falta de control de instrumentos utilizados en procedimientos quirúrgicos y operatorios como elevadores, fórceps, fresas y otros instrumentos rotatorios, produce desgarramientos, laceraciones, u otras lesiones en los tejidos blandos vecinos, que pueden ser evitadas mediante el uso cuidadoso de los instrumentos y un soporte adecuado de la mano, que limite los movimientos de los mismos, si se llegaran a deslizar del diente.

a) Desgarramiento de la mucosa.- Estas heridas deben tratarse inmediatamente; en la mayoría de los casos todo lo que se requiere es recolocar la mucosa y suturar en forma interrumpida o continua. La hemorragia se controla generalmente por compresión, aunque a veces es necesario ligar los vasos principales o los sitios que sangran.

b) Heridas profundas.- En ocasiones, la ruptura de vasos importantes provoca hemorragias profusas, que por lo general logran detenerse manteniendo una gasa por compresión digital sobre la zona sangrante; a veces se requiere una

fuerte presión con los dedos de ambas manos, una intrabucal sobre el punto hemorrágico y la otra extrabucalmente. Si éste método no da resultado, se extrae la sangre mediante succión continua y se suturan los vasos principales, las zonas hemorrágicas y los bordes de la herida.

Después de la hemostasia las heridas se suturan por planos.

c) Heridas punzantes.- Son el resultado de caídas y accidentes que ocurren mientras el individuo tiene en la boca algún objeto puntiagudo o que pueden producirse también - por la punción accidental de los tejidos blandos con los instrumentos usados por el Dentista.

El tratamiento consiste en examinar la herida para asegurarse de que no queden cuerpos extraños, lavarla con un antiséptico y dejar que cure por granulación.

Los antibióticos sólo están indicados cuando la lesión abarca estructuras más profundas.

d) Quemaduras térmicas.- Los instrumentos calientes

y rotatorios pueden provocar quemaduras dolorosas en la mucosa bucal; heridas que en general no requieren tratamiento. Si existe dolor, puede aliviarse cubriendo la herida con una capa protectora de tintura de benzofina.

X) LESIONES OSEAS

a) Alveolitis.- Doloroso estado postoperatorio causado por la desintegración del coágulo en un alvéolo dental.

El tratamiento está encaminado a aliviar el dolor y a estimular la reparación de la herida de la extracción. Consiste en:

- 1) la limpieza del alvéolo con irrigación salina o por raspado suave
- 2) la aplicación de cada 2 o 3 días de un tapón oclusivo que contenga un analgésico y un antiséptico
- 3) cuando el apósito ya no emita olor necrótico puede afirmarse que se inició la curación

La prevención puede realizarse mediante:

- 1) la inserción de conos antibióticos o quimioterapéuticos en el alvéolo
- 2) la perforación del hueso cortical que rodea al alvéolo para asegurar un aporte sanguíneo más adecuado

- 3) un tratamiento de apoyo general
- 4) vitaminoterapia
- 5) antibioterapia sistémica, etc...

Aunque estas medidas no excluyen la posibilidad de que se presente la alveolitis.

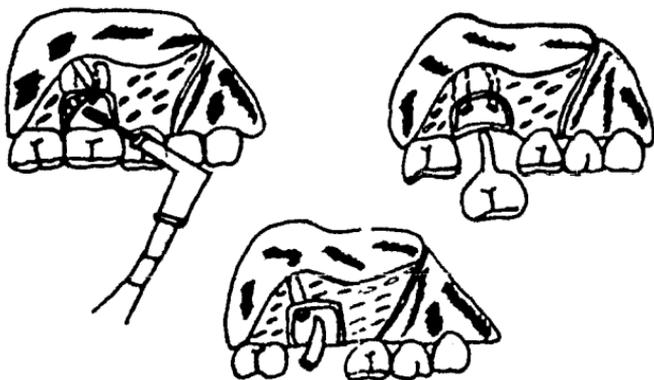
b) Fractura del alvéolo.- El hueso alveolar se puede fracturar en extracciones difíciles, y adherirse al diente - extraído o quedarse en la herida.

En el primer caso se hace el acceso a la zona y se alisa el hueso remanente con instrumentos apropiados; en el segundo caso, si el fragmento es pequeño, es necesario extraerlo y tratar el hueso en la forma mencionada, por el contrario, si el fragmento es grande, debe ser colocado en su lugar mediante presión digital y suturarlo a los tejidos blandos adyacentes.

c) Fractura de la tuberosidad del maxilar.- Accidente raro que resulta de la aplicación incontrolada de fuerza al extraer un segundo o tercer molar superior, o por el uso inadecuado de fórceps al extraer dientes muy adheridos.

Esta complicación puede evitarse mediante un buen plan preoperatorio. En éste se puede observar si existe un seno maxilar grande que se acerque a la cresta alveolar. En tal caso, se hará lo siguiente:

- 1) colgajo de tejido blando
- 2) cortar una pequeña porción de hueso alveolar
- 3) extraer el diente en fragmentos



Si la tuberosidad se fractura, se intentará separar el diente de ésta, sin producir lesiones importantes en el hueso, de no ser posible, se esperará unas semanas antes de extraer el diente, para permitir que la fractura cure.

d) Fractura del maxilar inferior.- La fractura accidental de la mandíbula durante la extracción de un diente es rara, pero ocurre. Y en la mayoría de los casos se produce por el uso inadecuado de fórceps o por la aplicación de fuerzas exageradas.

El problema es más común en personas de edad, cuyos maxilares son delgados y atróficos.

La fractura se acompaña de un crujido audible y de movilidad anormal en la zona lesionada. Si el diente se ha luxado y puede extraerse con un mínimo de traumatismo adicional, se extrae y posteriormente se trata la fractura, en casos que el diente permanezca firmemente unido al hueso, se deja la extracción y se procede a tratar la fractura por algún método conocido.

XI) LESIONES EN LOS DIENTES

a) Lesiones de dientes adyacentes.- Por el uso impropio de fórceps o elevadores, se puede luxar, arrancar o fracturar dientes vecinos. Estas complicaciones se previenen mediante una adecuada evaluación preoperatoria y evitando además toda presión sobre los dientes adyacentes.

Cuando se lesionan los dientes vecinos, el tratamiento depende de la gravedad del traumatismo. Si el diente posee una movilidad mínima no está indicado el tratamiento, ya que éste adquirirá con el tiempo una buena adherencia, pero si el movimiento es excesivo, será necesario forularizar al diente.

Cuando un diente se desplaza por completo y está sano, se le repondrá inmediatamente en su lugar y se estabilizará, posteriormente, una vez readherido, el tratamiento endodónico ayudará a conservarlo.

b) Obturaciones desalojadas o rotas.- Esta complicación de la exodoncia, suele suceder por el uso inadecuado de

fórceps o elevadores. El tratamiento consiste, una vez extraído el diente indicado, en colocar una obturación temporaria en el diente adyacente y realizar la restauración permanente más adelante.

Se debe evitar la caída de obturaciones rotas o cuerpos extraños dentro de los alvéolos abiertos, esto se logra con el empleo de radiografías antes del cierre de la herida, - cuando se sospeche la presencia de algún fragmento.

Otra medida para reducir esta complicación, consiste en seguir un orden al extraer los dientes, de tal forma que si se han de extraer dientes superiores e inferiores, se comenzará por los superiores.

Los fragmentos metálicos que aparecen radiográficamente en un hueso alveolar normal, no es necesario eliminarlos, ya que raras veces producen síntomas y quedan durante años sin originar problemas.

c) Extracción equivocada de un diente.- Este es un - accidente que se puede evitar con facilidad si el Dentista - está alerta, teniendo clara noción del diente o dientes por

extraer y en caso de duda, consultar al Dentista que lo examinó.

Cuando se extraen dientes sanos por razones ortodóncicas, para asegurar la extracción de los dientes correspondientes, es conveniente marcarlos con un lápiz indeleble.

Si el diente se extrae por error, se le trata como en el caso de dientes desplazados por accidente.

d) Fractura de raíces.- Las raíces fracturadas y retenidas en el alvéolo pueden originar procesos patológicos, pero es más común que no creen problemas durante años. Aunque esto no significa que deban dejarse, sino que se extraerán inmediatamente.

La fractura de las raíces puede evitarse mediante el uso de radiografías y una adecuada planificación preoperatoria.

Habrán ruptura de raíces en cualquiera de los siguientes casos:

- 1) raíces delgadas
- 2) raíces curvas
- 3) raíces divergentes
- 4) raíces anquilosadas
- 5) dientes desvitalizados
- 6) hueso alveolar adyacente
- 7) aplicación de fuerzas excesivas
- 8) no tomar correctamente al diente

Los últimos dos factores dependen del operador. Por lo tanto la fractura de la raíz es un riesgo normal de la exodoncia y siempre que suceda debe ser retirada en seguida.

e) Dientes desplazados.- La aplicación de fuerzas excesivas desplaza dientes hacia los espacios anatómicos vecinos. Esto sucede con mayor frecuencia en la eliminación de los terceros molares retenidos superiores hacia el seno maxilar o inferiores hacia el espacio sublingual. Dientes que deben ser removidos por las técnicas quirúrgicas indicadas.

XII) LESIONES DE LOS DIENTES ANTERIORES PERMANENTES

Las lesiones por fractura de los dientes anteriores permanentes suceden principalmente en niños entre los 8 y 11 años de edad, período de crecimiento caracterizado por una desenfrenada actividad física.

Los dientes que más frecuentemente se ven afectados son los incisivos centrales superiores. Los niños presentan con más frecuencia fractura de dientes anteriores permanentes que las niñas, en una relación de 2:1 .

Los niños con sobremordida horizontal severa (Maloclusión clase II división I de Angle) son más propensos a este tipo de accidentes, debido a la incompetencia muscular que dificulta unir los labios normalmente, lo que en determinado momento podría brindar mayor protección.

A) HISTORIA Y EXAMEN CLINICO

Como las lesiones en los dientes deben tratarse lo antes posible, se recomienda contar con hojas impresas para la

obtención de una historia preliminar rápida que comprenda lo siguiente:

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DIRECCION _____

PADRES _____

FECHA DE EXAMEN _____

EDAD _____ TELEFONO _____

HISTORIA DE LA FRACTURA _____

FECHA Y HORA DE LA FRACTURA _____

SITIO DEL ACCIDENTE _____

¿COMO OCURRIO EL ACCIDENTE? _____

¿HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE ESTE

TIPO ANTERIORMENTE? SI _____ NO _____

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DESCRIBA EL CASO _____

SIGNOS:

Dientes involucrados _____

Exposición pulpar _____

Movilidad _____

Desplazamiento _____

Color _____

SINTOMAS:**Dolor a masticación**

Reacción a percusión

Reacción al calor

Reacción al frío

Reacción al ácido

Reacción al dulce

Lectura de vitalómetro

Interpretación radiográfica

Tratamiento de emergencia

Examen subsecuente

El examen clínico constará de:

- 1) Observación visual
- 2) Palpación
- 3) Transiluminación
- 4) Pruebas de vitalidad
- 5) Pruebas térmicas
- 6) Examen radiográfico

Clasificación de lesiones en dientes anteriores
traumatizados.

Dr. Ellis.



B) PREVENCIÓN DE LESIONES DENTALES

Existen dos fundamentos básicos para evitar lesiones dentales:

- 1) Corrección ortodóntica de perfiles propensos a traumatismos y,
- 2) Utilización de protectores bucales al practicar deportes violentos.

C) CLASIFICACIÓN DE LESIONES EN DIENTES ANTERIORES -
TRAUMATIZADOS (Dr. Ellis)

- | | |
|-------------|--|
| Clase I.- | Fractura coronaria simple, con poca o ninguna dentina afectada. |
| Clase II.- | Fractura coronaria extensa, con considerable dentina afectada pero no la pulpa. |
| Clase III.- | Fractura coronaria extensa, con considerable dentina afectada y exposición pulpar. |
| División 1 | Misma fractura con ligera exposición pulpar. |
| División 2 | Misma fractura con amplia exposición pulpar. |

- Clase IV.- Diente traumatizado que se vuelve no vital - con o sin pérdida de estructura dentaria.
- Clase V.- Pérdida del diente como resultado del trauma tismo.
- Clase VI.- Fractura radicular con o sin pérdida de estructura coronaria.
- Clase VII.- Desplazamiento del diente, sin fractura coronaria o radicular.
- Clase VIII.- Fractura coronaria en masa y su reemplazo protésico.

C) TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DENTALES

Clase I.- Estas fracturas se manifiestan por un resquebrajamiento de la porción central del borde incisal o con mayor frecuencia, la fractura de un ángulo incisoproximal.

Tratamiento inmediato o de urgencia:

- 1) suavizar los bordes rugosos del esmalte fracturado, contorneando el borde incisal con una rueda de diamante y con un hule darle tersura.

- 2) cubrir el borde fracturado con una capa de barniz protector (barniz de copalite) o con un sellador de fisuras, para proteger a la pulpa de irritaciones adicionales.
- 3) citar al paciente seis u ocho semanas después, - (tiempo crítico de recuperación pulpar) a menos - que aparezca dolor en el intervalo.
- 4) toma de radiografías periapicales y registro de - pruebas de vitalidad.
- 5) restauración con materiales estéticos, si es necesaria.

Clase II.- Muchas de estas fracturas pueden estar tan próximas a la pulpa que será visible un color rosado por la delgada capa de dentina que la protege.

Tratamiento inmediato.- Estos traumatismos requieren - de:

- 1) un recubrimiento protector y,

- 2) una restauración temporal inmediata como puede ser:
 - banda ortodóncica
 - corona de acero con o sin frente estético de -
resina
 - corona de celuloide y resina
- 3) control de la oclusión
- 4) retirar el mantenedor temporal después de seis u -
ocho semanas, si datos clínicos y radiográficos -
son positivos.
- 5) colocar una restauración permanente.

Clase III.- Existen cuatro caminos a seguir:

- 1) Recubrimiento pulpar.- en exposiciones mínimas -
que no tienen más de 24 horas.
- 2) Pulpotomía.- en exposiciones pulpares amplias, -
con hemorragia moderada y que son examinadas den -
tro de las 72 horas posteriores al accidente.

- 3) Pulpectomía.- se aconseja si la pulpa está degenerada, putrefacta o con vitalidad dudosa, en exposiciones pulpareas que tienen más de 72 horas.

En dientes fracturados con ápices totalmente desarrollados, se realizan los procedimientos endodónticos de instrumentación biomecánica y obturación radicular.

En dientes con formación apical incompleta y ápices anchos, se realiza un tratamiento especial que comprenda una técnica de estimulación de desarrollo apical y los procedimientos endodónticos normales.

- 4) Extracción del diente.- cuando la terapéutica y la restauración del diente resultan imposibles, se procederá a la extracción del diente afectado.

Clase IV.- Si la pulpa se vuelve no vital como resultado de una lesión y desea conservarse el diente, deberá realizarse una pulpectomía y un tratamiento endodóntico.

Clase V.- Según las circunstancias individuales, el tratamiento incluirá reimplantación o construcción de reemplazos prostodónticos.

Clase VI.- La mayoría de las fracturas radiculares ocurren en dientes con raíces plenamente formadas, que se evidencian radiográficamente.

El tratamiento comprende:

- a) reducción de la fractura, bajo anestesia local, -
aproximando al máximo los fragmentos mediante manipulación digital
- b) inmovilización del diente durante seis semanas
- c) observación radiográfica de cambios patológicos en el diente lesionado o en la región apical circundante.

Clase VII.- El desplazamiento del diente puede ser hacia labial, lingual, extrusión o intrusión.

Tratamiento inmediato:

- a) colocar el diente en su posición original bajo anestesia local
- b) inmovilizarlo durante seis semanas
- c) control radiográfico y pruebas de vitalidad
- d) practicar el tratamiento del conducto si existen - signos de necrosis

Clase VIII.- Si es posible se lleva a cabo:

- a) pulpectomía
- b) obturación del tercio apical de la raíz
- c) cementado en la raíz de un centro de oro fundido
- d) cementado de una corona con funda de porcelana

XIII) COMPLICACIONES QUE AFECTAN EL SENO MAXILAR

- a) Perforación del seno maxilar
 - b) Raíces o dientes desplazados al interior del seno
 - c) Sinusitis
 - d) Fístula oroantral
 - e) Tumores y quistes del seno maxilar
-
- a) Perforación del seno maxilar:

El seno maxilar es frecuente que se lesiones durante las extracciones de premolares y molares superiores, en las cuales puede abrirse el piso del antro, perforación que puede ser accidental o instrumental.

En el primer caso, la comunicación se efectúa por razones anatómicas de vecindad de los molares con el piso -

del seno. En el segundo caso, los instrumentos de exodoncia pueden perforar el piso sinusal.

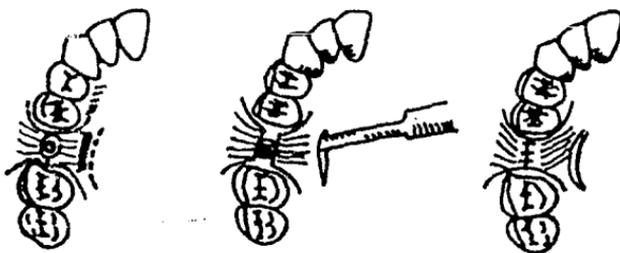
Para comprobar la afección del seno maxilar, se debe ocluir la nariz del paciente y hacer que espire. La salida de aire a través del alvéolo indica que la membrana del seno ha sido perforada.

Tratamiento de la comunicación.- en la mayoría de los casos, cuando la perforación es pequeña, el coágulo se encarga de obturarla, basta sólo una torunda de gasa que favorezca la hemostasis o un punto de sutura que acerque los bordes de la herida.

Si la penetración es grande, debe hacerse sutura inmediata. Esta reducirá la posibilidad de contaminación del seno por las infecciones bucales; evitará cambios patológicos del seno que pueden persistir durante algún tiempo y también, la perforación de una fistula bucoantral.

Un procedimiento sencillo para cerrar una penetración accidental en el seno es el siguiente:

- incisiones alrededor del diente o dientes y atravesando la abertura. Incisión en el paladar para facilitar el desplazamiento de la mucosa.
- las paredes bucal y palatina del alvéolo se reducen con el alveolótomo
- se aproximan los bordes de la mucosa y se levantan los colgajos con legra
- se suturan los colgajos
- la herida palatina se deja abierta



b) Raíces o dientes desplazados al interior del seno:

Otra complicación menos frecuente es la entrada de un diente o raíz en la cavidad del seno maxilar, cuerpos que pueden ser tolerados durante años sin generar síntomas y que por lo tanto no requieren tratamiento: en cambio, si el paciente presenta síntomas de sinusitis y las radiografías revelan una enfermedad concomitante, se indica la intervención quirúrgica.

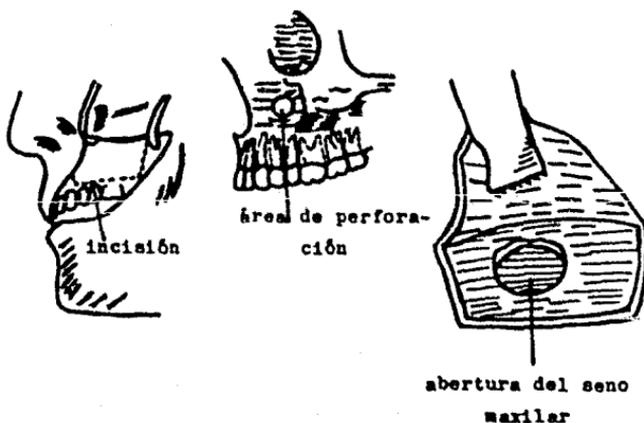
Existen dos vías para la extracción:

- 1) practicar un colgajo y penetrar en el antro a través del alvéolo
- 2) entrar a través de la fosa canina (procedimiento de Caldwell)

Vía de acceso de Caldwell: esta vía es de preferencia por su fácil acceso y exposición óptima. Consiste en:

- 1) incidir la parte alta de la fosa canina

- 2) separar el mucoperiostio
- 3) tallar con fresa una ventana ósea por encima de los ápices de las raíces
- 4) extraer el cuerpo extraño, sea por aspiración o instrumentación
- 5) cierre de la incisión y del alvéolo



c) Sinusitis:

La sinusitis maxilar y en general varios procesos patológicos originados en el seno maxilar se manifiestan a veces en la cavidad bucal, por lo que es fácil confundirlos con urgencias odontológicas.

La sinusitis es la inflamación de la mucosa que tapiza a los senos y puede ser aguda o crónica.

Su causa:

infecciosa

alérgica

traumática

quística

tumoral

Se estima que de un 10 a un 15 % de los casos de sinusitis maxilar son de origen dental o relacionado con él.

Si en un cuadrante superior existen varios dientes sensibles a la percusión, sin lesión aparente de los mismos, se deberá pensar en la existencia de una sinusitis.

Tratamiento.- Consiste en la extracción del diente in -
fectado o la terapia endodóntica; el tratamiento del seno co
rresponde al otorrinolaringólogo.

d) Tumores y quistes del seno maxilar:

Los tumores y quistes del seno maxilar si no son -
de origen dental, se tratan generalmente por un otorrino -
laringólogo.

Los quistes benignos y tumores de origen dental -
que afectan al seno, se pueden intervenir a través de la zo -
na lesionada o por medio de la operación de Caldwell.

e) Fístula oroantral.-

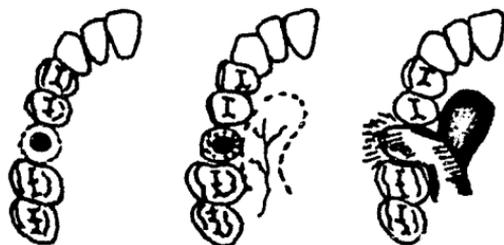
Cuando un cuerpo extraño (raíz o diente) que ha pe
netrado en el seno maxilar, no se elimina, o cuando la aber -
tura que se ha producido en el seno no se cierra, el pacien -
te puede desarrollar una sinusitis crónica o bien una fístu -
la oroantral que exige tratamiento.

La operación se realiza cuando el seno esté libre de in

fección, que puede eliminarse por irrigación y antibioterapia o quirúrgicamente mediante legrado de toda la mucosa infectada y un drenaje adicional, por la formación de una ventana nasosinusal. El cierre de la fístula se hace por sutura mediante corrimiento de tejidos de rotación de colgajos.

Una técnica consiste en emplear un colgajo palatino.

- la incisión se hace con una hoja No. 15
- se levanta un colgajo pedicular donde el paladar sea grueso y tenga un buen riego sanguíneo
- se desplaza el colgajo para cubrir el defecto y se sutura
- la región que queda al descubierto se cubre con gasa saturada con tintura compuesta de benjuí o con cemento quirúrgico



Medidas preventivas:

Estas complicaciones pueden evitarse:

- 1) considerando el riesgo durante cualquier intervención cercana al seno maxilar
- 2) tratando inmediatamente el problema
- 3) eliminando completamente tejido infectado, para evitar la persistencia de una fistula

XIV) LESIONES DE LOS NERVIOS Y VASOS SANGUINEOS

a) Lesiones nerviosas.- Las intervenciones quirúrgicas en la boca pueden lesionar los nervios de la cara y cavidad bucal.

En la región del maxilar inferior existen tres pares de nervios que pueden ser afectados:

- nervio dental inferior
- nervio lingual
- nervio mentoneano

Causas:

- 1) el uso imprudente de curetas y elevadores
- 2) la extracción de raíces profundas
- 3) la retracción de colgajos de tejidos blandos
- 4) el bloqueo troncular

En la mayor parte de los casos existe una pérdida de sensibilidad en el área inervada por el nervio afectado, que oscila entre seis semanas y seis meses.

Tratamiento: no existe tratamiento más eficaz que el tiempo. El nervio regenera lentamente y después de un tiempo variable se recupera la sensibilidad. Un tratamiento coadyuvante suele ser la administración de complejo B.

b) Lesiones de vasos sanguíneos.- cuando se cortan accidentalmente vasos pequeños, la hemorragia se controla por compresión.

Cuando la hemorragia se origina en vasos de mayor calibre requiere de ligaduras adecuadas.

Cuando la hemorragia proviene del conducto nutricional, puede detenerse comprimiendo el hueso subyacente con un instrumento romo o colocando un agente hemostático absorbible en el orificio del conducto.

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

- 1.- Una urgencia es una situación imprevista que exige acción inmediata.
- 2.- En Odontología, el dolor y la infección, son urgencias que impulsan al paciente a solicitar atención.
- 3.- El grado de la reacción al dolor está determinado por el umbral doloroso, que puede ser influenciado por diferentes factores: estados emocionales, fatiga, edad, raza, sexo, temor y aprensión.
- 4.- Los métodos para control del dolor comprenden: eliminación de la causa, bloqueo de la vía de los impulsos nerviosos, elevación del umbral del dolor y métodos psicossomáticos, que se encuentran al alcance del dominio profesional en general.
- 5.- La medicación preanestésica se indica cuando los métodos psicossomáticos no resultan eficaces.

- 6.- El control del dolor con drogas puede efectuarse por -
medio de analgésicos narcóticos y analgésicos no narcó-
ticos.
- 7.- Las drogas más empleadas en Odontología para tratar los
distintos dolores de origen bucal son los analgésicos
que no producen adicción (salicilatos, derivados de la
anilina y derivados de la pirazolona).
- 8.- Las lesiones periapicales infectadas, los dientes con
conductos radiculares infectados y la enfermedad perio-
dental, constituyen focos bucales de infección.
- 9.- El control de la infección comprende dos fases: preven-
ción y tratamiento.
- 10.- La antibioterapia es un coadyuvante en el tratamiento
de la infección, ya que es necesario primero suprimir
la causa local.
- 11.- Los antibióticos profilácticos se usan básicamente pa-
ra prevenir bacteremias en pacientes con antecedentes
de lesión cardíaca o reumática.

- 12.- Los antibióticos terapéuticos constituyen el tratamiento local de apoyo. Los mejores usados en Odontología son: penicilinas, eritromicinas, tetraciclinas, lincomicina, clindamicina y cefalosporinas.
- 13.- Las lesiones en las partes blandas orales son muchas y variadas, la causa puede ser: mecánica, térmica, química, galvánica, por el uso de drogas o materiales que establecen contacto con la cavidad bucal o drogas que son administradas por vía general.
- 14.- Las lesiones agudas de la cavidad bucal más frecuentes son: pulpitis dolorosas, absceso periapical agudo, absceso periodontal, pericoronitis, osteomielitis y celulitis.
- 15.- Las úlceras son procesos que se observan a menudo en la cavidad bucal y pueden ser tratadas paliativamente o sanar sin tratamiento en 7 a 14 días.
- 16.- Las complicaciones locales de la anestesia local, pueden ser evitadas mediante el conocimiento de la morfología y fisiología de la zona por anestésicar y el empleo de métodos asépticos del instrumental.

- 17.- Cuando un objeto extraño es aspirado o deglutido, alojándose en las vías respiratorias, debe ser extraído por un especialista.

- 18.- La hemorragia puede controlarse en forma preventiva o utilizando métodos locales y/o generales.

- 19.- El uso adecuado del instrumental quirúrgico y operativo, y el control de la mano del operante, evita que sean lesionados tejidos blandos vecinos.

- 20.- La alveolitis, fractura del alvéolo, fractura de la tuberosidad del maxilar y fractura del maxilar inferior, son lesiones óseas que pueden presentarse durante la práctica odontológica.

- 21.- Mediante el uso prudente del instrumental exodóncico y una adecuada evaluación preoperatoria, se pueden evitar lesiones en los dientes adyacentes.

- 22.- La corrección ortodóntica de perfiles propensos a traumatismos y la utilización de protectores bucales

en la práctica de deportes violentos, son fundamentos básicos para prevenir las lesiones dentarias.

- 23.- Las complicaciones que afectan al seno maxilar pueden traer serias complicaciones, por lo que es necesario impartir el tratamiento inmediato.

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

Monheim Leonard

Anestesia local y control del dolor en la práctica dental.

Buenos Aires, Mundi, 1960. 307 p.

Mathis, Hermann

Problemas de la infección focal dental.

Buenos Aires, Mundi, 135 p.

Jorgensen Niels Bjorn

Anestesia Odontológica

México, Interamericana, 1970, 143 p.

Zegarelli Edward V.

Diagnóstico en Patología Oral

Barcelona, Salvat, 1972. 652 p.

Shafer William G

Patología Bucal 3a. Ed. México

Interamericana, 1977. 846 p.

Mitchell

Propedéutica Odontológica 2a. Edición

Interamericana, 1973. 941 p.

Bazexque Pablo

Farmacología Odontológica

Buenos Aires, Mundi, 1976 879 p.

McCarthy Frank

Emergencias en Odontología

Buenos Aires, Ateneo, 1973. 536 p.

Finn Sidney B

Odontopediatria Clínica

Interamericana, 1979. 613 p.

Ellis R.

Clasificación y tratamiento de traumatismos de los dientes

en los niños

Buenos Aires, Mundi, 1962. 199 p.

Ries Centeno G

Cirugía Bucal

Buenos Aires, Ateneo, 1979. 680 p.

Clínicas Odontológicas de NorteAmérica

Urgencias Odontológicas

Interamericana, 1973. 546 p.

Revista A.D.M.

**Tratamiento de fracturas coronarias parciales en dientes
anteriores permanentes**

Volúmen XXXV Septiembre/Octubre de 1978

Costich - White

Cirugía Bucal

Interamericana, 1976