

V N A M

20, 73

Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

ODONTOLOGIA

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

ACCIDENTES EN LA EXODONCIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Esperanza Valentina Contreras Bermúdez

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

PROLOGO:

CAPITULO I

- 1.- Historia Clínica.
- 2.- Estudio Radiográfico.
- 3.- Campo Operatorio.

CAPITULO II

ACCIDENTES INMEDIATOS.

- a) Accidentes debido a la Anestesia.
- b) Accidentes sobre los Dientes.
- c) Accidentes en Relación a los Maxilares.
- d) Accidentes en Referencia a los Tejidos Blandos.

CAPITULO III

ACCIDENTES MEDIATOS.

- a) Hemorragias.
- b) Accidentes Post-Anestésicos.
- c) Infecciones.

CAPITULO IV

INFECCIONES.

CAPITULO V

ESTADISTICA REALIZADA EN LA DIRECCION GENERAL
DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL D. D. F. DEL HOS
PITAL INFANTIL DE LEGARIA.

SUGERENCIAS:

CONCLUSIONES:

BIBLIOGRAFIA.

PROLOGO .

Dados los frecuentes accidentes en la práctica de la exodoncia, no propongo establecer nuevos conceptos; pero sí indicar que es necesario saber las causas y evitarlas hasta donde sea posible, en vez de incidir en formulaciones, buscando una nueva toma de conciencia y llegar a ser objeto de reflexión de muchos, despertando preguntas e inquietudes, sean de crítica o de confrontación.

Estos conceptos los podemos basar en resultados de investigación realizados en todo tipo de extracciones; obteniendo que la gran variedad y frecuencia de los accidentes, hace que la extracción dentaria sea una intervención quirúrgica rodeada de gran número de complicaciones que varían de acuerdo a su naturaleza y gravedad. Observando que un sin número están determinadas por causas anatómicas, patológicas y al estado general de salud del paciente principalmente.

Por lo tanto el desconocimiento de una buena técnica a emplear, o movimientos inadecuados durante la intervención, así como las posiciones que deberá adaptar el operador en la maniobra Odontológica; se establece que en la mayoría de los casos no se toma en cuenta los datos clínicos que nos manifiestan los síntomas del caso a tratar.

La principal causa es que no tomamos en cuenta los -- conceptos obtenidos durante la carrera y de los accidentes -- que hemos tenido durante nuestra práctica exodóntica, haciendo caso omiso a esas pequeñas experiencias y lo importante que es para el Odontólogo, la aplicación de la enseñanza de una buena técnica radiográfica y lo fundamental que es su interpretación para lograr la diferenciación entre lo normal

y lo anormal, evitándose así las dificultades que nos traería en el momento de practicar nuestro acto quirúrgico, esto es posible sobre la base de la primera; por lo tanto antes de cualquier intento de interpretación radiográfica es fundamental el conocimiento de las imágenes radio-anatómicas normales. Esto es con el fin de fijar un criterio inherente a la misma que consideramos de gran valor preventivo.

Otro punto importante que se debe tomar en cuenta son los frecuentes accidentes de tipo mecánico, estos pueden ser debido a la poca habilidad del operador o al inadecuado uso de los instrumentos, así como las pésimas condiciones de éste. Olvidándonos con frecuencia del escaso campo operatorio que nos ofrece la cavidad oral, causándonos dificultades visuales y manuales en el momento de llevar a cabo la intervención, ocasionando que algún instrumento se nos pueda resbalar hacia la lengua, piso de boca, mejillas o paladar produciendo cortes, desgarros a estructuras diversas como arterias, venas, nervios y tejido conjuntivo.

En consecuencia añadiré que en una intervención quirúrgica se debe proceder con la mayor objetividad posible, debiéndose efectuar el trabajo del cual requiere de ciertas reglas multidisciplinarias, evitando así la evolución de las complicaciones por falta de experiencia y capacidad de parte del operador o por inadaptabilidad del paciente, que en la mayoría de los casos nos lleva a trastornos graves que en ocasiones pueden ser fatales. De aquí la importancia de los accidentes en la práctica exodóntica, para el Cirujano Dentista.

C A P I T U L O I

1.- Historia Clínica.

Punto muy importante e indispensable para el Cirujano Dentista, ya que por medio de su elaboración se valora el es tado general del paciente, detectando a tiempo los posibles-accidentes o complicaciones que nos pueden traer una inter--vención quirúrgica por pequeña que ésta sea. Por lo tanto - su evaluación es parte del adiestramiento, educación desde - el punto de vista mental y técnico para el operador; esta - preparación es incompleta si únicamente se le dan los medios mecánicos, ya que además debe desarrollar destreza y discernimiento durante la intervención, debo saber la ciencia y el arte de la asistencia de los pacientes, con finalidad encami--nada a fijar los puntos más indispensables para la asisten--cia preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria.

El Cirujano Dentista deberá iniciar la historia clíni--ca con la entrevista del paciente, dejando que exprese con - sus palabras los síntomas del padecimiento actual, y así va--lorar el riesgo quirúrgico en el momento de llevar a cabo la intervención; el riesgo lo podemos diferenciar en habitual,-intermedio o elevado. El primero se caracteriza porque el - paciente no ha tenido efectos sistémicos y se encuentra en - buenas condiciones de salud; el segundo se caracteriza por - el peso, edad, enfermedad sistémica moderadas y el último - por tener efectos sistémicos en uno o más órganos vitales. - Esto es con el fin de que el operador emplee toda su capaci--dad para impedir los peligros de un accidente exodóntico em--pleando su criterio en base a la valoración clínica.(1)

Si todas las afecciones en el organismo influyen durante la intervención quirúrgica, se debe tomar una especial atención en todos los pasos de la historia; comenzando con los antecedentes familiares que nos indican los padecimientos metabólicos, hereditarios o transmisibles, los antecedentes patológicos y los no patológicos nos indican inmunizaciones, padecimientos de la infancia e infecciones, tendencias hemorrágicas, padecimientos mentales o psicológicos, alergias sensibilidad a medicamentos, hábitos, tabaquismo, alcoholismo, tipo de alimentación; sus relaciones sociales son importantes para saber la estabilidad emocional del enfermo. Los aparatos y sistemas nos detectan las alteraciones que nos pueden llevar a un accidente exodóntico, como es una insuficiencia cardíaca-respiratoria y fiebre de etiología desconocida.

El interrogatorio influye en el riesgo quirúrgico, valiéndonos del examen de laboratorio y gabinete que nos darán la evaluación y preparación física del paciente, debemos tomar en cuenta el grupo sanguíneo, RH, tiempo de sangrado, - protrombina, reacción de V.D.R.L (sífilis), presencia de tuberculosis que son un riesgo de contagio para el operador.

La biometría es de gran importancia para detectar alguna enfermedad hemorrágica, debemos de tomar en cuenta el - hematocrito, hemoglobina, fórmula blanca, plaquetas, leucocitos anormales, química sanguínea incluyendo glucosa, urea y creatinina (2). Lo anterior nos llevará a un buen diagnóstico de la cavidad bucal, ya que las afecciones de los tejidos blandos contraindican una intervención, refiriéndonos principalmente a gingivitis y estomatitis que requieren de un tratamiento previo.

2.- Estudio Radiográfico.

Es indispensable que en el momento de llevar a cabo - el acto exodóntico, contar con un estudio radiográfico el - cual se considerara como un recurso básico, que conjuntamente con otros medios de evaluación, nos permitan establecer - un diagnóstico definitivo; haga el pronóstico e incluya tratamiento. Esto es con el fin de informar sobre las características anatómicas relacionadas con la técnica, tales como forma del paladar, posición del arco cigomático, falta y posición de los dientes, estado de la mucosa y estructuras vecinas, deben ser perfectamente consideradas para instituir - el tipo de exodoncia a seguir y así evitar los accidentes durante la maniobra quirúrgica.(3)

La interpretación radiográfica necesita de normas precisas y de una lectura exacta para poder diferenciar entre - lo normal y lo anormal. Entre las anomalías encontramos dientes supernumerarios, macrodoncias, microdoncias, piezas fusionadas, anquilosadas, geminadas, piezas en mal posición e implantadas, raíces cortas y caries profunda que es una - de las principales causas de accidentes en el acto exodóntico, también las patosis apicales que indican un posible accidente durante la intervención quirúrgica, si no se prevee anteriormente (4). Otra detección que se observa en la intervención son las enfermedades sistémicas tanto locales como - generales. De las primeras tenemos infecciones bacterianas, virales, avitaminosis, en las estructuras óseas de mandíbula y maxilar superior se observan cambios como destrucción ósea que indican la presencia de quistes, tumores, osteomielitis, fluorosis crónica, sífilis, rickettsias, displasias ectodérmicas. Entre las enfermedades particulares tenemos amelogene-

sis imperfecta. En las enfermedades generales tenemos raquitismo, escorbuto, hiperparatiroidismo, disostosis cleido craneana, discrasias sanguíneas como agranulocitosis, enfermedad de paget, diabetes, enfermedades metabólicas. Al haber obtenido esta información la persona que realiza el diagnóstico deberá comprender las limitaciones de la radiografía, - tanto en lo ya mencionado y en la importancia de la prevención de los accidentes para detectar raíces fracturadas y absorbidas, fijación de piezas primarias sobre gérmenes de piezas permanentes, dilaceración, desplazamientos anquilosis, - fracturas óseas y cuerpos extraños.

En general estos estudios consisten en localizar lesiones y objetos dentro de los tejidos blandos, evaluación - de raíces múltiples, exámenes de seno y uniones temporomandibulares. Por tal razón no deberían intentarse extracciones sin radiografías previas ya que muchas fracturas dentales y óseas son causadas por ignorar la morfología temporalde cada caso. Las perforaciones de seno maxilar se deben en gran parte al hecho de practicar extracciones sin radiografías que nos indiquen la posición de las raíces principalmente caninos, premolares, molares superiores en relación a la cercanía del Antro de Highmore.

3.- Campo Operatorio.

Las funciones del campo operatorio son indispensables, no solo en el acto exodóntico, sino en todas las funciones - Odontológicas, son muy importantes para evitar toda posibilidad de infección durante la intervención que posteriormente repercutirá en el postoperatorio del paciente. Las medidas- que se deben tomar para evitar estas complicaciones o acci--

dentales, se encuentran relacionadas principalmente por la - - asepsia y antisepsia y esterilización del instrumental y la región por intervenir quirúrgicamente. Para esto se debe de contar con una organización de nuestro campo operatorio ya - que todas las intervenciones bucales se realizan en el consultorio dental y son pocas las que se realizan a nivel de quirófano (5). Para cualquiera de estas intervenciones debemos de contar con el instrumental, muebles y material quirúrgico adecuado.

Para que se pueda llevar a cabo es necesario recordar que la cavidad bucal es muy fértil para las infecciones ya - que está sembrada de innumerables microorganismos, muchos de los cuales son patógenos. Por regla general la boca posee - un alto grado de inmunidad contra la infección de los microorganismos que en ella habitan, inmunidad que es el resultado de la adaptación al medio, sin embargo, es posible que la patogenicidad de ciertos microorganismos sea contrarrestado por saprófitos antagonistas. El peligro de una operación - quirúrgica, radica en la introducción de microorganismos patógenos extraños, contra los cuales el organismo humano no - posee ninguna inmunización (6); para contrarrestar todo esto es necesario la limpieza mecánica de la cavidad bucal, - así como la fuente de donde provenga la infección, tomando - lo siguiente como regla general; antes de cualquier intervención en la boca, debe enjuagarse muy bien, con alguna solución antiséptica, si es necesario se quitarán los depósitos de sarro y en muchos casos se harán tratamientos subgingivales preoperatorios, si hay signos de inflamación o invasión bacteriana se debe premedicar antes de la intervención.

Antes de cualquier intervención en la cavidad bucal, - y aunque no existe droga capaz de esterilizar los tejidos y -

producir la muerte de todos los microorganismos, se pintará con una solución antiséptica la región por intervenir, esto es con el fin de protegerse el sitio de la operación contra la contaminación de la saliva (7), por medio de compresas de gasa o un aspirador, debe limpiarse muy bien la boca e incluye todos los tejidos patológicos, tales como dientes infectados, abscesos; para lograr la mayor limpieza de la boca, - se le recomienda al paciente que se lave los dientes con cepillo y alguna pasta dentífrica antes de la intervención, en seguida se lavará varias veces con alguna buena solución antiséptica, lo cual constituye la limpieza mecánica.

Para poder llevar a cabo todo esto el Cirujano deberá lavarse las manos durante diez minutos con agua caliente, jabón de castilla, jabón verde y una brocha estéril, este lavado debe de ser de las uñas hacia cuatro centímetros por arriba del pliegue del codo, con el fin de arrastrar mecánicamente los gérmenes contenidos en las capas de queratina de los tegumentos y la flora permanece que vive en las glándulas sebáceas y los folículos pilosos (8); después el Cirujano deberá usar guantes quirúrgicos al practicar la intervención, - junto con el vestido adecuado a la operación. Esto constituye una protección no sólo para el paciente sino para el operador, quien queda menos expuesto a contraer infecciones; -- después de haber usado todo el equipo quirúrgico, se volverá a esterilizar en autoclave, se deben hacer paquetes y envoltorios por separados.

El material se coloca en la mesa de mayo de acuerdo a los de la intervención quirúrgica. El negatoscopio se coloca cerca del operador, para que éste pueda consultarla en el momento necesario. La iluminación debe ser adecuada al plano a intervenir, para ello nos ayudamos con el espejo que -

nos dará una visión indirecta a todos los ángulos de la intervención requerida.

Referencias Bibliográficas.

- (1).- Abel Archundia. Técnica y Educación Quirúrgica pag. - 180 y 181. Facultad de Medicina. Año 1972.
- (2).- Ob. Cit. pág. 175.
- (3).- Recaredo A. Gómez Mattaldi. Radiología Odontológica. - pág. 250. Editorial Mundi 1975.
- (4).- Mead Sterling Verman. Cirugía Bucal. pág. 561 y 637. - Editorial Hispano Mexicano. año 1969.
- (5).- Abel Archundia. Técnica y Educación Quirúrgica. pág. - 672. Facultad de Medicina. año 1972.
- (6).- Tomás Velázquez. Anatomía Patológica Dental y Bucal. - pág. 148. Editorial la Prensa 1966.
- (7).- G. A. Ries Centeno. Cirugía Bucal pág. 90. Editorial - El Ateneo. año 1975.
- (8).- Abel Archundia. Técnica y Educación Quirúrgica pág. 50 Facultad de Medicina. Año 1972.

C A P I T U L O I I

ACCIDENTES INMEDIATOS.

I.- Accidentes debido a la Anestesia.

La anestesia es un estado de insensibilidad al dolor, debido a una serie de maniobras para evitar el dolor durante la intervención quirúrgica, ésta es de dos formas:

1era.- la que elimina el dolor con pérdida de la conciencia.

2da.- la que elimina el dolor en una zona determinada sin pérdida de la conciencia.

la diferencia estriba en el nivel alcanzado por el agente anestésico en el Sistema Nervioso Central.

A).- Por el Instrumental.

Estos accidentes son causados por el mal estado del instrumento y por la mala esterilización de éste, causando desgarros, dolores e infecciones en la región a anestesiar, ya que si la aguja se encuentra atrofiada ocasiona dolor punzional más de lo normal, desgarrando el tejido al retirar la aguja (2). Todo se evita usando material en buenas condiciones y teniendo cuidado al introducir la aguja en el porta-agujas para no atrofiar el bisel.

B).- En relación al Operador.

Causada por la poca habilidad, preparación y desconocimiento de la substancia por emplear y de la región anatómica en la que se va a intervenir.(3) También se debe a la falta de asepsia y antisepsia del operador, del campo operatorio e instrumental por utilizar y al poco cuidado que se le tiene al estado general de salud del paciente.

C).- Debido al Paciente.

Se presenta principalmente en pacientes histéricos, por datos inexactos en el interrogatorio sobre su sistema nervioso, causándonos en el momento de efectuar la inyección movimientos bruscos e inesperados del paciente, por hipersensibilidad a la sustancia anestésica, causando trastornos graves.

D).- Accidentes al efectuar la inyección.

1.- Trastornos por solución anestésica.

Se origina por el agente anestésico o por el vaso -- constrictor, cuando es debido a éste se presenta inmediatamente y desaparece en seguida. Si es por el anestésico la reacción es más lenta y duradera; se caracteriza por malestar general, dolor de cabeza, sudoración, vómitos, náuseas, palidez, temblores, convulsiones, angustia, baja de presión arterial encaminada al síncope y shock (4). Todo esto depende de no solo de la cantidad de anestésico sino de la concentración que alcance en el torrente circulatorio, su causa es la

descomposición de la sustancia empleada por el calor, luz, oxígeno y álcalis.

2.- Rotura de aguja.

La principal causa, es la mala condición de éstas, -- pueden estar oxidadas o dobladas ocasionando la ruptura de la aguja por algún movimiento brusco del paciente o por la - contracción repentina del músculo pterigoideo interno en el momento de forzar la aguja al introducirla.

3.- Lipotimia.

Es la pérdida momentánea del conocimiento y de los movimientos debido a una anemia pasajera (5) se presenta en pacientes nerviosos, impresionables, alcohólicos y desnutridos, presentando náuseas, sudoración, pupilas dilatadas con reacción a la luz, pulso débil y lento, todo puede ser debido a el instrumental, por la sangre, el dolor y el nerviosismo.

4.- Síncope.

Pérdida súbita y transitoria parcial o total de la - conciencia debido a una disminución reversible del riego sanguíneo cerebral puede ser cardíaco o respiratorio, es una - forma grave de la lipotimia (6). Se caracteriza por palidez, sudor frío, náuseas, bostezos, descenso brusco de la presión arterial, relajación muscular, inestabilidad por confusión - mental es frecuente en arterioesclerosis, enfermos de bocio, personas con excitación de seno carotídeo, su duración es de segundos a minutos.

5.- Colapso.

Depresión profunda de la presión orgánica por el agotamiento continuo, de lesiones graves, operaciones quirúrgicas, trastornos mentales o por acción de los anestésicos; se caracteriza por la pérdida del color corporal, respiración superficial, aceleración de pulso, debilidad de las contracciones cardíacas hasta desaparecer todo signo de actividad orgánica (7). Se presenta por hemorragias internas, intoxicaciones causadas por el anestésico.

6.- Shock.

Estado anormal del gasto cardíaco, en el cual los tejidos corporales se lesionan debido a la reducción del riego sanguíneo y por las reservas alteradas en la microcirculación; se caracteriza por palidez, debilidad del pulso, pérdida de los reflejos, piel fría y sudorosa, en casos moderados no se pierde el conocimiento en caso contrario hay pérdida total de las facultades mentales, debilidad, descenso de la tensión arterial, taquicardia; su duración es de minutos si se le atiende inmediatamente de lo contrario puede llegar a la muerte (8).

7.- Dolor de la Región Lumbar.

Se presenta en el momento de anestésiar el nervio dentario inferior, raramente dura de 2 a 3 minutos, se cree que es ocasionado por un reflejo nervioso.

8.- Parálisis Facial.

Ocurre al anestesiar el dentario inferior, cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso, inyectando la solución en la glándula parotídea; tiene los síntomas de la parálisis de bell,(9) caída del párpado, incapacidad de oclusión ocular, proyección hacia arriba del globo ocular, caída y desviación de los labios; su duración, el tiempo que persiste la anestesia.

9.- Trastornos Pasajeros de la Visión.

Se presenta al anestesiar el nervio dentario superior anterior, medio y posterior, al haber aplicado demasiada solución anestésica, al llevar la aguja hacia el lugar incorrecto, llevando la anestesia más alta del nervio llegando fácilmente al nervio oftálmico, produciendo una isquemia alrededor del ojo o trastornos pasajeros de la visión; no presenta complicación.

10.- Vómitos y Náuseas.

Se origina por la aplicación de la anestesia profunda, por acción refleja a susceptibilidad del paciente al anestesiar el nervio palatino, al recoger el líquido en la boca del paciente al salirse del porta-agujas, por la posición de la cabeza pasa a deglutirse por su sabor amargo; se caracteriza por palidez, mareo, salivación y mal estar general.

11.- Punción de Cavidad.

Se presenta al puncionar troncos nerviosos, ya sea por hemorragia o infección (10). Al anestesiar el ganglio de gasser que se encuentra intracranealmente en la fosa cerebral media, por fuera de la arteria carótida interna, al desviar la aguja por inexperiencia y puncionar las meninges y lesionar el tejido cerebral ocasionando un derrame cefalorraquídeo; al anestesiar el maxilar superior y desviar la aguja hacia abajo se lesiona la rinofaringe. La magnitud de la contaminación depende de la aguja si se encuentra sucia o oxidada.

12.- Dolor Exagerado.

Se origina al tocar la aguja un nervio, originando dolor de distinta índole, intensidad, localización que persiste por horas o días. Causada por solución caliente, fría o muy rápida y por un bisel defectuoso.

13.- Infección en el Lugar de la Punción.

Por falta de esterilización de la aguja o del sitio de punción, ocasionando zonas dolorosas e inflamadas. La infección a nivel de la espina de seis que puede presentar flemones acompañados de fiebre, trismus y dolor.(11)

14.- Hematoma.

Se origina por desgarros o ruptura de un vaso durante la maniobra, en el momento de efectuar la anestesia principalmente a nivel del agujero infraorbitario.

II.- ACCIDENTES SOBRE LOS DIENTES.

A).- Fractura de la Pieza por Extraer.

Se produce al pinzar el cuello del diente y efectuar los movimientos de luxación, se fractura la corona quedando la porción radicular en el alvéolo, es originado por falta de conocimiento de la porción y forma radicular por desconocimiento de un estudio radiográfico. La causa es la debilidad del órgano dentario en procesos de caries o por anomalías radiculares.

B).- Extracción de Dientes Sanos.

Se efectúa por un error de inspección, palpación, percusión y del interrogatorio, no se sabe exactamente cuál es el diente por extraer, extrayendo un diente equivocado, en lugar del afectado.

C).- Fractura de Los Dientes Vecinos.

Se presenta al tomarlos como punto de apoyo en el momento de luxar la pieza por extraer, al ejercer presión sobre ellos ocasionando que el elevador fracture la pieza vecina.

D).- Luxación de la Pieza Contigua.

Se origina cuando apoyamos el elevador en el diente contiguo al introducirlo en forma de cuña entre el diente por extraer y el diente inmediato, esto es causado por una falta de técnica en el momento de maniobrar.

E).- Estructuras Especiales de Hueso y Dientes.

Cuando el diente presenta alguna anomalía que se pasa por alto, por la falta de una radiografía principalmente, - por ejemplo una hipercementosis, que la tabla externa se encuentre muy adherida al diente o que el hueso del maxilar es té muy compacto, siendo factores que dificulten la extracción.

F).- Tratamiento Endodóntico.

Se origina porque el diente es más frágil por tratarse de una pieza muerta o despulpada, (12) esto provoca que al colocar el fórceps presionar y efectuar los movimientos se - fracture dificultando la extracción.

G).- Extracción de los Folículos Permanentes.

Al hacer la extracción de un diente de la primera den tición y se comete el error de profundizar los bocados del - fórceps extrayendo la pieza junto con el germen permanente - (13). Esto se presenta por falta de un estudio radiográfico, ya que el folículo puede venir rodeado de las raíces del de la primera dentición.

H).- Factores Patológicos.

Se presenta en los ápices y por las lesiones en los - tejidos blandos como son quistes, tumores, granulomas o abscesos, gingivitis o estomatitis (14). Nos ocasiona dificultad en el momento de extraer las piezas.

I).- Desalojación de Aparatos Protésicos.

Se origina por los movimientos en el momento de la extracción y al desviar accidentalmente el fórceps, elevador - golpeando algún aparato protésico, incrustaciones, puentes, - jaket o amalgamas produciendo por el impacto la desalojación de estos.

III.- ACCIDENTES EN RELACION A LOS MAXILARES.

A).- Lesión del Seno Maxilar.

Es la perforación de su piso durante la extracción de canino premolares y molares superiores. Se presenta en dos - formas accidental o por falta de técnica; en la primera, la proximidad de la pieza al piso del seno, ya que al efectuarse la extracción queda hecha la comunicación, se advierte el accidente al enjuagarse sale el agua por la nariz. El segundo, los instrumentos son mal usados y por maniobras bruscas - que perforan el piso del seno, estableciendo la comunicación.

B).- Penetración de Raíces al Seno Maxilar.

Causada por la maniobra oxodóntica, la raíz de un molar superior al salirse de su alvéolo, se relaciona de diferentes maneras con el seno, cuando la raíz entra y desgarrala mucosa sinusal y se sitúa en el piso de la cavidad, puede deslizarse entre la mucosa del seno y el piso óseo quedando cubierta por la mucosa o cae dentro de una cavidad patológica y queda alojada. Su extracción es por medio de la técnica de Cadwell-Luc. (15)

C).- Lesión de los Nervios Dentarios Inferiores.

Cuando se efectúa la extracción del tercer molar inferior retenido, la lesión del nervio dentario inferior se produce por presión del conducto dentario inferior, esto se lleva a cabo al girar el molar retenido quedando el ápice en -- contacto con el conducto presionando éste y a los elementos-- que por allí circular, ocasionando anestesia definitiva, pro-- longada o pasajera según el grado de la lesión.

D).- Fractura del Reborde Alveolar.

Se produce por la fuerza que ejerce la porción radicular al tratar de abandonar el alvéolo por un espacio menor -- que el diámetro de la raíz, (16) pero en los mayores casos el mecanismo consiste en que la fuerza aplicada sobre la lámina externa es mayor que su límite de elasticidad y entonces se produce la fractura. Cuando ésta es pequeña el trozo del reborde se elimina con la pieza dentaria o queda retenido en -- el alvéolo eliminándose luego.

F).- Luxación de La Mandíbula.

Es la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad -- glenoidea. Es raro este accidente pero se produce en la ex-- tracción de los terceros molares inferiores, en operaciones-- largas y fatigantes, puede ser unilateral o bilateral. Pue-- de volver a su sitio; se deben de hacer los siguientes movi-- mientos, se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre-- la arcada dentaria del maxilar inferior llevándola hacia aba-- jo, arriba y atrás. (17)

G).- Lesión de La Articulación.

Por los movimientos bruscos en el momento de la extracción dentaria, provocando malas articulaciones por una técnica inadecuada.

IV.- ACCIDENTES EN TEJIDOS BLANDOS.

A).- Fractura del Instrumental.

En el momento de la extracción se puede fracturar el instrumental al ejercer excesiva fuerza sobre ellos, hiriendo tejido blando o hueso, puede quedar un fragmento incrustando en el fondo del alvéolo, como restos de amalgama o del mismo diente provocado en el momento de la fractura.

B).- Lesión de Tejidos Blandos.

Por maniobras bruscas, sin medida y sin criterio. Si al hacer la extracción, no se efectúa la debridación fácilmente desgarrar la encía, con el vástago del elevador se produce irritación en la comisura labial, lastimando mucosa, carrillo y lengua con los bocados del fórceps o con la punta del elevador por una mala técnica.

C).- Introducción de Cuerpo Extraño.

Se producen durante la extracción al no explorar perfectamente el alvéolo y los tejidos que lo rodean, pudiendo encontrar dentro de ellos fragmentos de agujas hipodérmica, brocas, ensanchadores, obturadores, raíces, fragmentos de botadores o pinzas.

D).- Penetración de Raíces o Dientes en Vías Digestivas o Respiratorias.

Es provocado al tomar la pinza con el fórceps y tratar de luxarla y ejercer demasiada presión, sale expedida hacia arriba soltándose de los bocados, pudiéndose alojar en aparato digestivo o respiratorio. Si va a dar faringe se debe sacar con cuidado o bien puede ser deglutida y expulsada por un acceso de tos, si no sucediera esto pasará entonces a la tráquea, bronquios produciendo asfixia. En este caso se debe practicar una traqueostomía.

Referencias Bibliográficas.

- (1).- Meat Sterling Verman. Anestesia en Cirugía Dental. -- pág. 340. Editorial Hispano Mexicano. año. 1969.
- (2).- G. A. Ríos Centeno. Cirugía Bucal pág. 180. Editorial El Ateneo. año 1975.
- (3).- Apríle. Según Garino. Anatomía Odontológica pág. 708- Editorial El Ateneo. Año 1970.
- (4).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág - 328 Editorial Interamericana. año 1974.
- (5).- Cecil-Loeb. Medicina Interna. pág. 435. Editorial Interamericana cuarta edición. año 1973.
- (6).- G. A. Ríos Centeno. Cirugía Bucal. pág. 179. Editorial El Ateneo. año 1975.
- (7).- Meat Sterling Verman. Cirugía Bucal pág. 1080. Editorial Hispano Mexicano. año 1969.

- (8).- Cecil-Loeb. Medicina Interna pág. 435 Editorial Interamericana año 1973.
- (9).- G. A. Ríes Centeno. Cirugía Bucal pág. 180 Editorial-El Ateneo. Año 1975.
- (10).- Obra cit. anteriormente pág. 170.
- (11).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág. - 530. Editorial Interamericana. Año 1974.
- (12).- G. A. Ríes Centeno. Cirugía Bucal pág. 260. Editorial El Ateneo. Año 1975.
- (13).- Ob. cit. anteriormente pág. 427.
- (14).- Tomás Velázquez, Anatomía Patológica Dental y Bucal.- pág. 127.
- (15).- G. A. Ríes Centeno. Cirugía Bucal. pág. 601 Editorial El Ateneo. Año 1975.
- (16).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág. - 515. Editorial Interamericana. Año 1974.
- (17).- Ob. cit. anteriormente pág. 540.

C A P I T U L O I I I

A C C I D E N T E S M E D I A T O S

A).- Hemorragias.

Es la salida de sangre de los vasos sanguíneos, ya sea por diaporésis, a través de las paredes íntegras y debido a alguna enfermedad de las paredes laceradas y a causa de alguna lesión traumática, principalmente cuando se extrae un diente.

La hemorragia la podemos clasificar en:

I.- Según el tiempo en que se presenta.

A).- Hemorragia primaria.- Se presenta en el momento de efectuar la cirugía, se atribuye al corte de los vasos sanguíneos, en condiciones normales;(1) se puede evitar esta hemorragia mediante la aplicación de presión que junto con la retracción y contracción de los vasos hasta para cohibir el sangrado, se puede utilizar anestesia, el vasoconstrictor que contienen, ayuda al control del sangrado.

B).- Hemorragia inmediata o recurrente.- Se presenta dentro de las veinticuatro horas después de la cirugía. En la pérdida de la primera hemorragia hay un descenso de la presión arterial, que permite la formación de coágulos, los cuales hacen las veces de tapones de los vasos divididos; -- cuando el paciente se recupera, sube la presión arterial y -

el coágulo es arrojado del vaso, la hemorragia intermedia - puede ser producida por ligaduras que se rompen o que se - - aflojan, se atribuye al retiro de presión, disipación de los factores vasoconstrictores y relajación de los vasos sanguíneos (2).

C).- Hemorragia Secundaria.- Se presenta después de - las veinticuatro horas de la extracción, se debe a las infecciones, que abren los vasos sanguíneos, por ulceraciones o - desintegración del coágulo. Es rara esta hemorragia, debido a los métodos preventivos, eficaces de la cirugía moderna. - Algunos trastornos generales producen una disminución de la fibrina de la sangre que puede producir la hemorragia.

II.- Dependiendo de la Causa.

A).- Hemorragia traumática.- Es causada por una le- - sión traumática de los vasos.

B).- Hemorragia espontánea.- Se atribuye a una enfermedad producida por la ulceración o inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos o por alguna alteración de los - componentes de la sangre, como la leucemia, anemia perniciososa, hemofílica, ictérica o septicemia, el aumento de la presión sanguínea produce la hemorragia espontánea.

C).- Hemorragia Extravascular.- Es la causa más común de hemorragia y se encuentra relacionada con;

I.- La Naturaleza de la Herida.

Después de una extracción, se efectúan principalmente dos tipos de tejidos; duros y blandos, el componente duro (óseo) constituye la mayor parte de la herida. Esta hemorragia es difícil de controlar, porque a diferencia de los tejidos blandos no puede comprimirse y aproximarse las paredes para aplicar la presión necesaria al cerrar la luz de los vasos y proporcionar a su vez, la relación necesaria para promover la retracción y contracción de los vasos. La existencia de ciertas peculiaridades anatómicas puede aumentar o agravar el problema. La presencia de vasos nutrientes prominentes en un hueso puede conducir a una hemorragia profusa de tipo arteria. (4) --- Con frecuencia el hueso se fractura durante la extracción con lo cual hay irritación, infección y hemorragia secundaria.

2.- Localización de la herida.

Su localización depende del sitio en que se encuentre la herida intrabucal, entrada por la cual si está expuesta y si es susceptible al trauma y a la infección después de lo cual presenta hiperemia causada por el trauma durante la intervención por deficiencia del organismo.

3.- Presencia de infección.

Causada por infección periodontal y periapical, cuando existe la infección hay proliferación in-

inflamación, por esta razón hay aumento del número de vasos sanguíneos acompañado de hiperemia.

4.- Trauma Quirúrgico.

Es frecuente por carecer de habilidad. Este trauma es de grandes proporciones; los tejidos son desgarrados y el hueso es fracturado, ambos fenómenos producen sangrado por la laceración de los vasos sanguíneos y la inflamación causada por el trauma.

5.- Hemorragia intravascular.

Se debe a deficiencias de los factores intravasculares que intervienen en la coagulación sanguínea.

III.- Naturaleza de los Vasos Sanguíneos.

Según el vaso de donde proviene la hemorragia la podemos clasificar, en la siguiente naturaleza;

I.- Hemorragia Arterial.

El escape del líquido sanguíneo se impulsa hacia la herida a presión, se produce en chorro intermitente, la sangre tiene un color rojo brillante, - el flujo puede describirse como pulsátil (5).

2.- Hemorragia Capilar.

La salida de sangre mana lentamente de la herida,

su color es roja, sin ninguna deformidad.

3.- Hemorragia Venosa.

El color de la sangre es de un color rojo oscuro y mana de un modo continuo (G). Al hacer presión en la vena debajo de la herida, se favorece la hemorragia.

IV.- Según la Situación donde se encuentre la hemorragia.

I.- Hemorragia Externa.

La que aparece en la piel o los tejidos blandos - subyacentes. Es la que se observa a simple vista.

2.- Hemorragia Interna.

Es la que se produce en una cavidad o en una región hueca o en los tejidos profundos, sin que la sangre emane a la superficie, no es fácil identificarla de momento, sino pasando algunos minutos u horas.

V.- Según la gravedad y el peligro de la hemorragia.

I.- Hemorragia Moderada.

Cuando se ha perdido una pequeña cantidad de sangre en el momento de la extracción dentaria.

2.- Hemorragia grave.

Es causada por la ruptura de un vaso sanguíneo importante y puede acompañarse de un choque dependiendo de la severidad de ésta. En caso de no controlar la pérdida súbita de una gran cantidad de sangre es más peligrosa que la pérdida gradual.

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA HEMORRAGIA.

Los signos locales de la hemorragia externa dependen del vaso de donde provenga.

Los síntomas generales son los siguientes; pulso rápido y débil, desasosiego, disnea, sed, temperatura subnormal, frialdad de las extremidades y debilitamiento físico. Si la hemorragia continua sobreviene la muerte por síncope.

Los signos y síntomas de la hemorragia se deben a la pérdida de los eritrocitos y su hemoglobina, que trae como consecuencia la anoxemia.

DIAGNOSTICO DE LA HEMORRAGIA.

Se basa en la diferenciación entre la hemorragia y el choque traumático o quirúrgico, ya que tanto una como la otra tiene síntomas similares (?). El paciente que sufre de hemorragia se encuentra inquieto, en cuanto a la persona que padece de choque se encuentra inmóvil e indiferente a todo lo que se encuentra a su alrededor.

PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA.

Al efectuar cualquier intervención quirúrgica, se debe practicar como medio preventivo un examen de sangre para determinar el tiempo de coagulación y de sangrado, que es un índice de seguridad relativo, ya que algunos pacientes con un tiempo muy corto, sufren hemorragias profusas, en tanto que otras con un tiempo largo de coagulación no tienen la menor pérdida de sangre. Con esto se obtendrán menos posibilidades de que ocurra un accidente y se detectara a tiempo casos de coagulación extremadamente dilatadas a tiempo casos de coagulación extremadamente dilatadas o de hemofilia.

PRESENTACIÓN DE LA HEMORRAGIA DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.

El manejo de la hemorragia postoperatoria después de la extracción o cirugía dentoalveolar es una complicación a la que se enfrenta el dentista en un momento determinado; ya que por regla general la hemorragia que sucede a una extracción cesa espontáneamente, la mayor parte de los problemas de sangrado son de naturaleza local y presentan poca dificultad para su manejo, sin embargo en ocasiones alcanza serias proporciones como la presencia de una anemia cerebral que se produce al descender rápidamente la presión sanguínea.

La hemorragia excesiva se debe a causas locales y generales; la primera son vasos sanguíneos alveolares extremadamente grandes, separación excesiva de las paredes al practicar la extracción, raíces fracturadas en el alvéolo, que sirve de cuña y separa las laminillas alveolares, laceración

de un vaso grande tal como la arteria alveolar inferior, extirpación incompleta del tejido patológico. Se debe tener especial cuidado al haber efectuado alguna extracción en personas hipertensas, sangran con mayor abundancia que las de tensión sanguínea normal.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DESPUES DE LA EXTRACCION DENTAL

El mejor tratamiento de la hemorragia postoperatoria en la prevención y una historia clínica cuidadosa ayudará a prevenir episodios inesperados de sangrado; cuando la historia médica o clínica sugiere que hay existencia de problema de sangrado, están indicadas las pruebas de laboratorio para establecer o descartar algún trastorno hemorrágico. Para ello nos valemos de los métodos locales y generales, o combinados ambos para un buen tratamiento.

METODOS LOCALES.

Los podemos clasificar de la siguiente manera:

- 1.- Prevención.
- 2.- Presión.
- 3.- Frío.
- 4.- Agentes hemostáticos.
- 5.- Vasoconstrictores.

1.- Prevención.

Son métodos que reducen la hemorragia, aunque no la controlan. Las medidas que se toman son; la - eliminación de tejido granulomatoso que sangra - continuamente, retirar espículas de hueso fracturadas, retirar viejos coágulos necróticos. Quizás es el método más eficaz de controlar la hemorra--gia.

2.- Presión.

Este método es el menos eficaz y consta de lo si--guiente:

- a) Compresión de los márgenes de la herida; se - usa para aliviar tensiones, permitiendo la re--tracción y contracción de los vasos sanguíneos, se puede hacer con los dedos o con una compre--sa. Con la presión digital se controla tempo--ralmente la hemorragia, apretando por medio de un torniquete se detiene rápidamente la hemo--rragia capilar.
- b) Presión de una gasa; se da al paciente que - - muerda una torunda de gasa durante una hora pa--ra ayudar a comprimir los vasos sanguíneos y - promover la coagulación.
- c) Colocación de la gasa en la herida; método efi--caz cuando la gasa es saturada con algún agen--te hemostático o vaso constrictor local, el --cual a de saturar los tejidos afectados, combi

nado con la mordida de la gasa el cual el control de la hemorragia es inmediata siempre y cuando no haya complicaciones generales.

3.- Aplicación de calor y frío en las heridas hemorrágicas.

Este método es importante porque nos es de gran ayuda en la detención de la hemorragia capilar o venosa. El calor produce la vasodilatación (por la disminución de la presión en los vasos) de las fibras musculares de los vasos sanguíneos y coagula la albúmina de los tejidos y de la sangre (9); la aplicación de frío por medio de hielo o compresas de agua helada, produce vasoconstricción y no solo detiene la hemorragia capilar, sino también ayuda a la retracción de los vasos sanguíneos.

4.- Agentes hemostáticos.

Son los principales medicamentos utilizados para la detención de una hemorragia. Estos hemostáticos son absorbibles no intervienen en el mecanismo de la coagulación, pero detiene la hemorragia, formando un coágulo artificial o proporciona una matriz mecánica que facilita la coagulación cuando se aplica directamente a las superficies sangrantes (10). Tales sustancias se absorben en el sitio donde se les aplica y por eso se les llama hemostáticos absorbibles.

Es importante considerar que estos sirven para cohibir las pérdidas sanguíneas de los vasos diminutos, pero no para combatir la hemorragia provenientes de arterias o venas cuando hay notable presión intravascular. Los hemostáticos absorbibles son; la esponja de gelatina absorbible, la celulosa oxidada el fibrinógeno, la trombinay la tromboplastina (11).

a).- Acido Tónico.-

Se impregna la gasa y se pide al paciente que muerda un mínimo de una hora.

b).- Gelfóam.-

Es una esponja de gelatina estéril, absorbible - insoluble en agua que se utiliza para controlar la hemorragia capilar. Con este fin se humedece con solución isotónica estéril de cloruro de sodio o con solución de trombina. Se absorbe por completo en cuatro a seis semanas, puede dejarse en el sitio en el que se ha colocado y cerrado la herida quirúrgica. Al contacto con los tejidos no produce formación excesiva de cicatriz ni reacciones celulares inconvenientes. Se prepara en conos, tapones, polvo y compresas; se coloca en el alvéolo y se pide al paciente que muerda sobre una gasa; es eficaz pero si el flujo es abundante la falta de consistencia física del gelfóam permite que sea desplazado fácilmente.

c).- Oxycel.

Es una gasa quirúrgica especialmente tratada que favorece la coagulación en virtud de una reacción entre la hemoglobina y el ácido celulósico.- Se absorbe de dos a siete días después de aplicada en forma seca, pero si la cantidad colocada es grande la absorción puede llevar seis semanas o más. No debe usarse combinada con trombina porque el PH. estorba la actividad de la trombi-

na (12). La celulosa no se usa para taponamiento permanente o implantación en fracturas, dificulta la regeneración o sea puede producir quistes. También inhibe la epitelización y por ello no debe usarse como apósito de superficie, excepto para control inmediato de la hemorragia. Se expende en compresas de algodón, almoadillas de gasa y tira de gasa; se utiliza igual que el gelfóam.

d).- Espuma de Fibrina.-

Se utiliza en la misma forma que el oxycel y el gelfóam.

e).- Trombina.

Se obtiene del plasma bovino, se emplea solo, en polvo o en solución, se utiliza para controlar la hemorragia capilar y favorece la adherencia de la superficie tisular. Se coloca sobre la herida adyacente al punto sangrante.

f).- Tromboplastina.-

Es un polvo preparado por extracción con acetona del tejido cerebral y el pulmonar del conejo recién sacrificados. Se usa para detectar el tiempo de protrombina y la actividad de la sangre, - que es importante en el tratamiento con anticoagulantes o como hemostáticos local.

g).- Veneno de Serpiente.-

Se usa igual que el gelfóam y el oxycel.

5.- Vasoconstrictores.

Los anestésicos locales se utilizan frecuentemente para mover la hemostasia y proporcionar un campo amplio antes de realizar medidas más definitivas para controlar la hemorragia por ejemplo tenemos; a la adrenalina, noradrenalina y upinefrina.

METODOS GENERALES.

Consiste en el encamamiento y el reposo absoluto del paciente, con la cabeza más baja que el tronco y las piernas elevadas, para que la sangre afluya a los centros vitales. - Según la cantidad perdida será el estado del paciente. Se debe mejorar el estado general del paciente, por medio de transfusiones sanguíneas infusión intravenosa de solución salina normal (suero fisiológico) y medicamentos coagulantes.

B) ACCIDENTES POST-ANESTESICOS.

Parestesia.

Este fenómeno se produce después de la inyección mandibular o de una mentoniana, presentando sensación de cosquilleo que persiste durante mucho tiempo. Es frecuente por la lesión de un tronco nervioso, ya sea grande o mediano, lo cual se produce frecuentemente durante las extracciones, cuando el nervio alveolar inferior está en relación íntima con las raíces de los dientes posteriores o cuando la aguja-

ha lesionado el nervio (13). Las causas principales son las siguientes:

- a).- Traumática.- Es producida por el desgarramiento del nervio al retirar la aguja con un bisel áspero o por puncionar al atravesar el nervio.
- b).- Se obtiene al introducir la aguja con una solución desinfectante como el alcohol; al limpiar - el instrumento quedan los restos de dicha sustancia, al proporcionar demasiada presión, al empujar el líquido anestésico o por la descompostura de éste.
- c).- Infeccioso.- Tiene estrecha relación con la falta de asepsia del instrumental por usar, los problemas que puede traer una aguja mal esterilizada ya sea por tocar los tejidos de la boca o ropa del operador antes de efectuar la inyección, - produciendo este accidente, la infección o la degeneración del nervio según la magnitud de la infección.

Las precauciones que debemos tener para evitar este - accidente post-operatorio, son las siguientes:

- a).- Cuando hay infección en el lugar de la punción - o en el punto donde la solución, deba depositarse.
- b).- Cuando exista la angina de Vincent u otras infecciones orales generalizadas.

- c).- Cuando el paciente es demasiado joven para cooperar con el dentista; ocasionando movimientos bruscos que hacen que el operador por esa razón desvíe la dirección de la aguja, anestesiando un lugar inadecuado, lesionando dicho tejido o estructuras.

Induración.-

Es el endurecimiento de los tejidos anestesiados, se origina principalmente al inyectar la solución anestésica derivada de la quinina, como la procaína debido a la falta de absorción completa por parte del organismo de la solución anestésica dejando residuos que ocasionan posteriormente las induraciones llegando a degenerar con el tiempo quistes algunas ocasiones.

Edema Angioneurótico.-

Es una reacción inmediata o sensibilidad, al agente anestésico, se caracteriza por una inflamación indolora de los tejidos subcutáneos u submucosos, generalmente alrededor de la cara (ojos, labios y lengua), es autolimitante, suele presentarse por alguna alergia alimenticia, otras veces puede deberse a un inhalante o a un contactante (14). En algunos casos influyen factores emocionales o que desencadenan una crisis, en otras ocasiones se crea cierta relación entre las ingestión de aspirinas y el angioedema, generalmente hay asma y pólipos nasales.

Si ello llegara a presentarse, el paciente deberá ser observado por el dentista para asegurarse de que no existe amenaza a la respiración, que ponga en peligro su vida. En

estos casos se deben de emplear antihistamínicos, adrenalina y oxígeno según la gravedad del caso.

ANESTESIA PROLONGADA.

Es ocasionada por una dosis excesiva del anestésico, por la incorporación de la solución esterilizante u otro material extraño al anestésico, por resultados de traumas directos al tejido nervioso, a la anestesia demasiado prolongada. Por la administración de drogas antes de la inyección -- (morfina) contribuyen a la prolongación de dicho estado.

TRISMUS.

Es causada por inflamación directa de los músculos masticadores, variante del dolor masticador debido a un espasmo miofacial, que puede ser resultado de lesiones de las fibras musculares al bostezar, al someterse a una extracción difícil sobre todo en los terceros molares inferiores, al inyectar un anestésico local a un hematoma postoperatorio o infección. Se presenta por contracción a manera de calambres que impiden abrir la boca y con frecuencia dura varias semanas. A la palpación de la zona retrocigomática provoca dolor y el movimiento del maxilar puede ser muy dolorosa irradiándose en ocasiones hacia el cuello y los hombros (15).

Tratamiento.- Es a base de fisioterapia; se debe dar a masticar parafina o un trozo de caucho evitando la goma de mascar que es muy blanda, ejercicios de tracción elástica o presión digital para abrir la boca de 40 a 50 veces hasta sentir molestias, deben hacerse varias veces al día, se deben usar relajantes musculares. Si no da resultado estos mé-

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

todos será necesario abrir los maxilares bajo anestesia genral.

Las causas de trismus pueden ser principalmente:

a).- Infecciosa.- Por algún absceso dentario, siendo más grave este accidente al exceder la infección por inflamación, alvéolo del paladar y sus pilares impidiendo la deglución.

b).- Traumática.- Se ocasiona al extraer un tercer molar inferior incluido, desapareciendo las molestias a los dos o 3 días.

Referencias Bibliográficas.

- (1).- Meat Sterling Verman. Anestesia en cirugía bucal. pág. 1061. Editorial Hispano Mexicano. Año 1969.
- (2).- Obra citada anteriormente pág. 1070.
- (3).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias odontológicas tomo - III. Editorial Interamericana. Año 1974.
- (4).- Obra citada anteriormente pág. 482.
- (5).- Meat Sterling Verman. Anestesia en cirugía bucal. pág. 1070. Editorial Hispano Mexicano. Año 1969.
- (6).- Obra citada anteriormente pág. 1072.
- (7).- Grass Gunter. Anestesia local pág. 325. Editorial Hispano Mexicano.

- (8).- Tomás Velázquez. Anatomía Patológica Dental y Bucal.-
pág. 338, Editorial la prensa médica. Año 1966
- (9).- G. A. Centeno. Cirugía Bucal. pág. 139. Editorial el-
Ateneo. Año 1975.
- (10).- Louis S. Goodman. Bases Farmacológicas de la terapéu-
tica pág. 895. Editorial Interamericana. Cuarta edi-
ción.
- (11).- Obra citada anteriormente pág. 800
- (12).- Obra citada anteriormente pág. 820
- (13).- Astra manual Ilustrado de odontología. pág. 34.
- (14).- Cecil-Loeb. Medicina Interna pág. 143. Editorial In-
teramericana. Año 1973.
- (15).- Meat Sterling Verman. Cirugía Bucal pág 734. Edito-
rial Hispano Mexicano Año 1969.
- (16).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág. -
486. Editorial Interamericana. Año 1974.
- (17).- Tomás Velázquez. Anatomía Patológica pág. 206 Edito-
rial La Prensa Médica. Año 1966.

C A P I T U L O I V .

INFECCIONES.

La infección es una afección que progresa provocando graves problemas, ya que los microorganismos varían en boca, tanto en número como en especie, la presencia de moco y materia orgánica favorece el crecimiento de bacterias capaces de producir afecciones inflamatorias en los dientes y estructuras contiguas.

Las infecciones dentales se identifican por estreptococos no hemolíticos, estreptococos anaerobios que son los que destruyen tejido, bacilos fusiformes y espiroquetas, también encontramos estreptococos hemolíticos, estafilococos y meningococos (1). Estos datos se obtienen de cultivos periodontales como de una estomatitis ulcerosa, de los alvéolos de las extracciones y abscesos alveolares.

Estas infecciones pueden afectar otras estructuras como el piso de boca que causa la Angina de Ludwig, mientras que un diente con absceso puede ser la causa de ostiomielitis aguda, el desplazamiento del ápice de terceros molares inferiores a través de la placa lingual predispone a la infección de los espacios faciales del cuello, las infecciones en la región del maxilar superior puede penetrar al plexo venoso pterigoideo hasta el seno cavernoso provocando trombosis del seno cavernoso, posteriormente una septicemia, meningitis o absceso cerebral (2). La aspiración del material infectado en el curso de una extracción nos puede dar como resultado una invasión pulmonar, con infección a diversos grados de destrucción tisular y posible formación de abscesos;

esto puede ser causado por contaminación de instrumentos, muteriales o una interrupción en la cadena de la esterilidad - en el momento de la cirugía.

El proceso infeccioso se caracteriza por inflamación, dolor, trismus, fiebre y malestar general. Cuando aparecen - estas señales de infección está indicada la administración - de antibióticos, junto con medidas de apoyo como descanso, - nutrición adecuada, hidratación y una buena eliminación. Si - fracasa el tratamiento anterior, será necesario intervenir - quirúrgicamente para drenar la infección una vez localizada - ésta.

Así tenemos que las principales infecciones están da - das por lo ya explicado anteriormente; las infecciones más - importantes son:

ABSCESO SUPERIOSTIO.

Se observa durante la cicatrización de una herida de - un tercer molar inferior, presentándose varias semanas des - pués de la cicatrización habitual.

Síntomas.- Se encuentra una inflamación dura en el mu - coperiostio lateral adyacente al primero y segundo molar. - Poco a poco aumenta de tamaño, se hace fluctuante y se des - plaza bajo el periostio, con frecuencia separado del sitio - de la extracción del tercer molar inferior.

Tratamiento.- Está indicado hacer incisión y drenaje,

se deberá extender en el vestíbulo bucal, desde la zona del tercer molar hasta el punto de fluctuación. La incisión es explorada con una pinza hemostática hasta el hueso. Los antibióticos no son necesarios, solo que persista la infección.

ALVEOLITIS, ALVEOLO SECO, OSTEITIS ALVEOLAR, ALVEOLO NÉCROTICO.

Es una infección pútrida del alvéolo dentario después de una extracción, es una complicación frecuente, molesta - de la exodoncia, adquiriendo características alarmantes, por la intensidad de sus síntomas principalmente el dolor.

Síntomas.- Con la pérdida del coágulo sanguíneo, las terminaciones nerviosas en el hueso quedan expuestas a la cavidad bucal, provocando con frecuencia dolor intenso, los bordes gingivales se encuentran separados, las paredes óseas tienen un color grisáceo, se observan puntos rojos alrededor del alvéolo, el dolor es continuo y un olor fétido de la cavidad bucal.

Prevención.- Se recomiendan conos de antibióticos o - agentes quimioterapéuticos, colocados en el alvéolo, con frecuencia el tratamiento sistémico con antibióticos es en forma profiláctica, y preventivo en la cicatrización.

Tratamiento.- Aplicación de un agente local para aliviar el dolor y un antiséptico para combatir cualquier infección. Con una tira de gasa yodoformada saturada con eugenol en un apósito sencillo, eficaz y fácil de obtención (3). El

alvéolo deberá ser irrigado cada 24 a 48 horas con una solución antiséptica suave eliminando todos los restos de coágulo desintegrado, de tal forma que el medicamento pueda estar en contacto con el hueso expuesto, se espera el alivio del dolor, pocos minutos después de el tratamiento, situación que persiste generalmente de 24 a 48 horas, se repite el tratamiento con la frecuencia necesaria para conservar al paciente cómodo.

ANGINA DE LUDWING O FLEMON SEPTICO DEL PISO DE LA BOCA.

Es una celulitis gangrenosa, que comienza en el espacio submaxilar y se propaga a todo el piso de la boca, generalmente es de origen dental, causada por infecciones de los dientes inferiores.

Síntomas.- Presenta edema marcado en el cuello, los tejidos son duros y no fluctúan, se encuentran afectados en forma bilateral los espacios submaxilares y sublinguales (4). Se caracteriza por problemas respiratorios, causada por la inflamación y desplazamiento de la lengua y edema de la glotis. Esta infección es causada por el estreptococo hemolítico; el paciente presenta un estado tóxico, con escalofríos, fiebre, sialorrea causada por la dificultad para tragar o deglutir, palidez, a la palpación es duro como piedra, poco doloroso, la boca se encuentra entre abierta, casi interrumpida la masticación y la deglución, la respiración es molesta. Se presenta entre los 20 a 30 años, es más frecuente en hombres que en mujeres.

Pronóstico.- Extremadamente grave.

Diagnóstico.- La tumefacción difusa y la dureza de los tejidos invadidos da a la enfermedad una fisonomía tal, que no se le confunde ni con un adenoflemón, con una periostitis alveolar dentaria y menos con una glositis aguda.

Tratamiento.- Quirúrgico, aplicación masiva de antibióticos si no se presenta una reacción oportuna y definitiva el tratamiento con antibióticos, se hacen incisiones múltiples en la zona submandibular para aliviar la tensión tisular y proporcionar drenaje cuando se forma pus (5), se puede encontrar profundamente entre los músculos geniohioideo y geniogloso.

CELULITIS.

Es la inflamación del tejido celular o inflamación de las células mastoideas; se presenta después de una extracción, supura especialmente si existen organismos formadores de pus, con estafilococos, el material purulento puede localizarse y salir espontáneamente, ya sea por vía externa o hacia la boca. Las infecciones muy profundas pueden extenderse hasta la bóveda del cráneo (6), a través de los agujeros en la base del cráneo o por resorción ósea, los resultados pueden ser mortales.

Tratamiento.- Evacuación quirúrgica del pus; y posteriormente será el tratamiento a base de antibióticos, a la palpación se revela movimientos líquidos de un lado de la masa a otro. Un punto eritematoso blando, se presenta en una zona grande de celulitis indica que existe exudado que requiere incisión y drenaje. Se puede realizar bajo anestesia local o general.

ENDOCARDITIS BACTERIANA.

Es una enfermedad grave, que en la mayoría de los casos son de origen dental, se debe a el estreptococos viridians. La enfermedad afecta principalmente a pacientes con lesiones vasculares congénitas (7). En muchas ocasiones es difícil reconocer los factores desencadenantes inmediatas, pero no raro encontrar una relación cronológica entre la aparición de síntomas clínicos y los traumatismos quirúrgicos o las extracciones dentales.

Esta enfermedad se encuentra a cualquier edad, pero es más común en individuos maduros. La enfermedad es tan grave que a veces pasan varios meses sin que se manifiesten los síntomas.

Síntomas.- El paciente presenta debilidad progresiva, pérdida de peso, disnea, anorexia, molestias vagas, dolor y síntomas de tipo gripal. Cuando aparecen sobre la válvula cardiaca las lesiones vegetativas fibrosas con invasión microbiana, constituyen un foco de diseminación intermitente de microorganismos en todo el cuerpo (8). Estas lesiones son sumamente febriles y pueden dar origen a fragmentos pequeños que forman embolos séptico, que causa por ejemplo; hemorragias petequiales en conjuntiva y mucosa bucal.

Diagnóstico.- Se sospecha de esta enfermedad en cualquier lesión de las válvulas cardiacas que sufren de una fiebre de origen desconocido durante una semana o más y muestra fenómenos de tipo embólico o una anemia no explicable.

Tratamiento.- Antibioticoterapia interna, en ocasiones hasta de 80,000,000 unidades de penicilina al día por vía intravenosa durante seis semanas, antiguamente esta enfermedad era mortal.

Medidas Profilácticas para Evitar la Enfermedad Bacteriana.

Ya que esta enfermedad es diseminada por la sangre - después de las extracciones dentales.

- 1.- Debe interrogarse al paciente, buscando antecedentes de fiebre reumática o enfermedad del corazón con lesión de válvulas.
- 2.- Si existe este antecedente, se consultará con el médico tratante. En caso de lesiones valvulares demostradas el médico debe vigilar u ordenar la administración profiláctica de antibióticos.
- 3.- La anestesia debe ser local.
- 4.- Se limpia mecánicamente, con todo cuidado el surco gingival, que se trata, la mejor manera de esterilizar es la cauterización por sustancias químicas o por calor.
- 5.- Las maniobras quirúrgicas deben producir el menor traumatismos posibles (9).

FIEBRE.

Es una respuesta compleja del organismo a la infección por gérmenes a diversos procesos patológicos. Su dato más aparente es la elevación de la temperatura, producida por trastornos en los mecanismos que las regulan (10). Durante la infección, la fiebre ordinariamente se acompaña de aumento en la velocidad de la sedimentación globular, alteración de la cuenta leucocitaria y en su curso a menudo es característico de la infección.

Los pirógenos que son los que producen la fiebre, son gérmenes, especialmente bacilos gramnegativos y leucocitos.

La fiebre en sí es un mecanismo defensivo del cuerpo contra las infecciones, aunque en ocasiones la temperatura alcanzada por la fiebre es más perjudicial para el huésped que para los gérmenes.

HEMATOMA.

Es la difusión de la sangre siguiendo planos musculares a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado una operación quirúrgica, causada por la punción de un vaso sanguíneo originando un derrame de intensidad variable, sobre la región inyectada. Este accidente es común en la inyección a nivel de los agujeros infraorbitarios o mentonianos, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo, el derrame es instantáneo y tarda varios días para su resolución, no hay consecuencias a no ser una infección.

Síntomas.- Se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado con un cambio de color de la piel vecina, este cambio de color sigue la variación de la transformación sanguínea y de la hemoglobina, así toma color rojo vinoso, que se vuelve más tarde violeta, amarillo violeta y amarillo, este cambio dura varios días y termina generalmente con resolución al octavo o noveno. Al infectarse presenta dolor local, rubor, fiebre intensa; todo esto dura una semana aproximadamente.

Tratamiento.- Se colocan bolsas de hielo para disminuir el dolor y la tensión, sulfamidoterapia y antibióticos, si el hematoma llega a abscederse se abre quirúrgicamente separando los labios de la herida por entre los cuales emerge el pus (11); un trozo de gasa yodoformada mantendrá expedita la vía de drenaje. En ocasiones se absorbe con una jeringa la sangre todavía líquida del hematoma.

IRREGULARIDADES ALVEOLARES CON CICATRIZACION TARDIA.

Son los segmentos de hueso alveolar o espículas ósea fracturadas en el momento de la cirugía, permanecen ocultas en la herida provocando una complicación postoperatoria que se manifiesta como una reacción de cuerpo extraño, frecuentemente acompañada de infección secundaria.

Síntomas.- Se presenta después de la extracción de un diente aislado, ya sea en el maxilar superior o inferior, sin haber levantado un colgajo, ni realizado alveolectomía.- Se puede presentar como una espícula ósea con tejido granulo

so alrededor acompañado de una reacción inflamatoria de baja intensidad, puede presentar inflamación y dolor. La extirpación de la espícula junto con el tejido granulomatoso permite la cicatrización rápida, en ocasiones permanecen fragmentos óseos agudos de mayor tamaño, que con los resultados de la fractura de hueso alveolar al realizar la extracción; son muy dolorosos, en ocasiones emite los síntomas de la alveolitis.

Tratamiento.- Se lava el colgajo del mucoperiostio, - reduciendo la arista aguda, cizallas y limas el hueso. Se - vuelve a fijar el colgajo con un punto de sutura, la cicatrización avanza sin síntomas ni complicaciones a base de antibióticos.

OSTEOMIELITIS.

Es una inflamación piógena de la médula ósea del hueso, puede estar localizada o difundida a través de toda la - estructura medular del maxilar superior o inferior, causando necrosis ósea con formación de sequestro, progresando hasta - destruir grandes partes del hueso con fractura patológica. - Afecta al hueso esponjoso, la médula ósea la cortical y el - periostio en su fase aguda subaguda o crónica, se puede presentar después de una celulitis séptica o después de una - extracción de un diente infectado (12). Esta infección es frecuente después de la invasión a través de la herida de un - tercer molar.

Síntomas.- El paciente se queja de dolor profundo y -

persistente con parestesia ocasionada del labio, los tejidos blandos adyacentes se tornan edematosos, se puede presentar fiebre, escalofríos y malestar general, frecuentemente con periodos de náuseas y vómitos. Una vez que se han indurado los tejidos adyacentes se forma el absceso (12). Así se observa que la ostiomielitis es una infección mixta causada principalmente por el estafilococo dorado, estafilococo albus, el estreptococo, además es necesario considerar los organismos anaeróbicos.

Tratamiento.- Los antibióticos de amplio espectro dan mejor resultado ya que con frecuencia se encuentran microorganismos resistentes a la penicilina. Se administran dosis altas de antibióticos; el tratamiento general consiste, en descanso en cama, administración de una dieta rica en proteínas y calorías con vitaminas a nivel terapéutico. La incisión y el drenaje deben ser realizados al primer indicio de fluctuación con extensión de la incisión hasta el hueso, se debe mantener abierta con una mecha de gasa saturada en el mismo sitio. Las compresas calientes ayudan a provocar la localización de la infección, en otros casos es necesario realizar una sequestrectomía adicionales y deberá continuarse el tratamiento a base de antibióticos durante un mínimo de cuatro semanas.

PERIOSTITIS O OSTEOPERIOSTITIS.

Es un estado inflamatorio piógeno del periostio, siendo una de las fases de la osteítis o de la ostiomielitis que puede ser aguda o crónica, localizada o difusa.

El proceso inflamatorio del periostio, es muy semejante al de cualquier otro tejido, con la diferencia de que el periostio contiene una cantidad mucho mayor de tejido conectivo, y durante la evolución del proceso inflamatorio se observa la presencia de osteoblastos y de osteoclastos.

Etiología.- Se presenta por el resultado de lesiones traumáticas, tales como contusiones, heridas, fracturas, sin embargo, se presenta con frecuencia asociada a la osteítis, a la ostiomielitis de origen piógeno, a la tuberculosis o a la sífilis. La invasión del periostio puede producirse por extracción del proceso infeccioso desde los tejidos adyacentes, o por la vía hematógena siendo entonces el resultado de la metástasis de alguna infección reumática gonocócica, sífilis y tuberculosis (13).

La periostitis aguda, se observa en adultos y niños débiles o mal nutridos y se presenta como consecuencia de lesiones leves. El dolor localizado en el borde inferior de la mandíbula o en la cara externa del maxilar, que sobre viene al traumatismo, con frecuencia no es sino una periostitis moderada, la cual desaparece sin producir mayores trastornos.

Síntomas.- La periostitis aguda puede ser localizada o difusa, siendo más frecuente la primera. Las alteraciones patológicas varían según, si la inflamación es séptica o aséptica; la primera presenta hiperemia e inflamación en el periostio y la resolución es rápida, la crónica se caracteriza por la formación de nuevo tejido óseo. El resultado de la séptica se desprende del hueso en el área afectada, se vuelve más delgado y cede finalmente, dando salida al pus.

Los síntomas generales son; dolor sordo que se intensifica durante la noche y aumenta a la presión, en el período supurativo; enrojecimiento de la piel, inflamación y más tarde fluctuación. El estado supurativo agudo va acompañado de los síntomas usuales de los estados sépticos, en período crónico o en estado aséptico el único síntoma es a veces la tumefacción y el dolor a la presión. (14)

Diagnóstico.- En la periostitis incipiente no siempre se puede hacer el diagnóstico radiográfico. Algunas ocasiones la radiografía muestra una línea opaca sobre la corteza del hueso, en los estados más avanzados se observa un abultamiento en el contorno del hueso.

Pronóstico.- Es favorable si se hace la evacuación oportuna del pus y no existen complicaciones.

Tratamiento.- Están indicadas las compresas de agua caliente o fría, descanso, corrección del régimen alimenticio. Cuando haya alguna causa orgánica general, será tratada convenientemente. Si hay supuración se hará la evacuación del pus y la canalización, cuando haya inflamación y las compresas no han dado resultado, está contraindicada la cirugía en el hueso.

OSTEITIS.

Es la inflamación del tejido óseo, puede ser localizada o generalizada. La segunda se debe a deficiencias o trastornos de la nutrición, a la acción de ciertas sustancias -

químicas o bien es producida por enfermedades orgánicas generales. La osteítis localizada es el resultado de lesiones traumáticas o debido a la presión de sustancias químicas o a la acción bacteriana. La osteítis suele presentarse en forma de resorción o de atrofia del tejido óseo, o bien en forma de hiperplasia o hipertrofia en ocasiones se observan -- áreas alternadas de osteoclasia y de osteoneogénesis en la misma lesión.

La osteítis se puede presentar en la porción del hueso situado debajo de un puente, con motivo de la pérdida de la función por la falta de los dientes en toda la mandíbula- (15). No es raro que el cirujano interesado en suprimir --- ciertos focos de infección dental, encuentre alguna alteración patológica que son el resultado de la pérdida de los -- dientes. Muchas de estas alteraciones se descubren en el exa men radiográfico (16). En tanto que otros requieren la explo ración quirúrgica para confirmar el diagnóstico. Es difícil-determinar la existencia de uno o varios dientes, ya que ha-de recordarse que la regeneración completa requiere algún - tiempo ya que puede ser hasta de seis meses o un año.

OSTEITIS DEFORMANTE O ENFERMEDAD DE PAGET.

Es una enfermedad crónica, caracterizada por la hiper trofia lenta y el reblandecimiento de los huesos largos, del cráneo y de la columna vertebral.

Etiología.- Es desconocida.

Síntomas.- Encontramos engrosamiento y encurvamiento de los huesos, en cráneo las lesiones son precoces, se observa un crecimiento enorme, presenta dolor del tipo neuralgia o sensaciones de malestar vagos en los huesos afectados, a la presión hay dolor agudo.

Manifestaciones bucales.- Hay crecimiento del maxilar superior en especial alrededor de la tuberosidad, el arco dental es grande y suelen irse separando los dientes, la mucosa que cubre los maxilares suele distenderse, haciendo visible muchos capilares finos. El maxilar superior muy crecido en relación al inferior da un contorno facial parecido a un triángulo invertido, en ocasiones las lesiones son sumamente dolorosas, los dientes se aflojan a consecuencia de la rarefacción del hueso alveolar de soporte.

Tratamiento.- No hay un tratamiento específico nunca ocasiona la muerte, sino que el cuadro terminal suele ser; - una alteración cardiovascular, tumor maligno o alguna infección secundaria.

PLANOS FACIALES.

Para comprender las infecciones de la cavidad bucal a los espacios de la cabeza y cuello, es necesario poseer conocimientos de anatomía regional. Los planos faciales son - áreas potenciales entre las capas de facias, normales llenas de tejido conectivo laxo que se destruye rápidamente al ser invadido por una infección (17). Cuando es necesario la evacuación quirúrgica del pus, es indispensable determinar su localización exacta y su extensión.

La posición de los dientes en el borde alveolar y el control y densidad del hueso en cada segmento, afectan el curso que toman las infecciones periapicales al exterior de su sitio primario. Las fuentes de infecciones dentales más frecuentes son los molares superiores. Estas infecciones tienden a diseminarse hacia uno de los siguientes compartimientos; el espacio masticador, espacio submandibular, el lingual y los sacos temporal. Las fosas pterigopalatinas o infratemporales, están relacionadas con infecciones de los dientes superiores, aunque estos tienden a presentarse con menos frecuencia; la infección puede diseminarse de un espacio a otro, afectando el espacio laríngeo lateral, el espacio parotídeo y en ocasiones mediastino.

SINUSITIS.

Es una inflamación aguda de la mucosa de los senos accesorios de la nariz. Afecta con mayor frecuencia el seno maxilar. También este padecimiento puede ser crónico.

Síntomas.- En la sinusitis aguda hay cefalea, dolor intenso localizado en la región del seno afectado, aumento de temperatura y malestar. Los síntomas comunes de la sinusitis maxilar son el edema y enrojecimiento de la eminencia malar y la cara debajo de los ojos. La localización de la inflamación y el dolor referido a los dientes superiores, puede llevar al paciente al consultorio dental, un síntoma común de sinusitis crónica es la cefalea matutina que desaparece progresivamente durante el día, al vaciarse los senos en la posición de pie. El goteo posfaríngeo es un síntoma muy molesto.

Diagnóstico.- Se basa en los resultados de la exploración física, una presión firme sobre el seno puede aumentar el dolor. El sonido de percusión de un seno maxilar infectado es mate, en comparación con la resonancia de un seno lleno de aire.

Estudio Radiográfico.- Una radiografía dental ordinaria, dentro de la boca, puede despertar la sospecha de un seno maxilar infectado, para este diagnóstico se requieren radiografías dentales oclusales, o de preferencia placas Extra orales.

Manifestaciones Bucales.- Los abscesos del alvéolo dental de los premolares y molares superiores pueden abrirse al seno maxilar, dando lugar a una sinusitis. Dando sensación de alargamiento, dolor y sensación de percusión; un dolor en premolares y molares superiores que no pueda explicarse por lesiones locales, quizá corresponda a una sinusitis maxilar (18). Los dientes clínicamente sanos no deben ser extirpados antes de explorar cuidadosamente al paciente en busca de infecciones del seno maxilar.

Tratamiento.- El tratamiento de la sinusitis maxilar corresponde al otorrinolaringólogo. Si el seno infectado no drena libremente por vía normal o artificial, puede presentar necrosis de las paredes óseas con septicemia y meningitis a veces mortal, según el seno afectado.

Si la sinusitis es causada por un fragmento de raíz - llega a penetrar al seno maxilar, corresponde a un cirujano-bucal experimentado que extirpe el fragmento de raíz.

TETANOS.

Enfermedad aguda producida por la toxina elaborada - por el bacilo de Nicolaier o Clostridium tetani, que se introduce en el cuerpo humano a través de cualquier herida o laceración de la piel o mucosa.

Síntomas.- Consiste en la presencia de ansiedad, cefalea intensa, sudor localizado o generalizado y alteración de la temperatura. Al sacar la lengua, se observa temblor. Aunque el tétano es una enfermedad infecciosa que afecta primeramente a los músculos, los síntomas involucran muchas veces el tubo digestivo, e incluyen dolor de garganta como manifestación frecuente, seguida de disfagia sialorrea y tos espasmódica (19). Son comunes el opistotonos y los espasmos de - músculos intercostales. En el tétano cefálico hay parálisis de los nervios faciales e hipogloso.

Tratamiento.- Se busca neutralizar la toxina tetánica libre por inyección de antitoxina. Las grandes dosis de barbitúricos como sedantes, y tranquilizantes potentes, suprimen o reducen la ansiedad del paciente. El tratamiento - del tétano clínico pone a prueba la habilidad del médico - - (20). La mejor protección contra esta enfermedad es la vacunación.

Referencias Bibliográficas.

- (1).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág.--
487 Editorial Interamericana. Año 1973.
- (2).- Ob. Cit. anteriormente pág. 487.
- (3).- G.A. Ríes Centeno. Cirugía Bucal pág. 447. Editorial-
el Ateneo. Año 1975.
- (4).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág. -
494 Editorial interamericana. Año 1974.
- (5).- Dr. Lester W. Burket. Medicina Bucal. pág. 230 edito-
rial interamericana. Sexta edición.
- (6).- Ob. cit. anteriormente pág. 340.
- (7).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág. -
492. Editorial interamericana. Año 1974.
- (8).- Ob. cit. anteriormente pág. 486.
- (9).- Meat Sterling Verman, Cirugía Bucal pág. 1072. Edito-
rial Hispano Mexicano. Año 1969.
- (10).- Tomás Velázquez. Anatomía Patológica pág. 51 Edito--
rial la Prensa Médica. Año 1966.
- (11).- G.A. Ríes Centeno. Cirugía Bucal pág. 448 Editorial-
el Ateneo. Año 1975.
- (12).- Meat Sterling Verman. Cirugía Bucal pág. 762 Edito--
rial Hispano Mexicano. Año 1973.
- (13).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág. -
491 Editorial interamericana. Año 1973.
- (14).- Ob. cit. anteriormente pág. 495.

- (15).- Meat Sterling Verman. Cirugía Bucal pág. 762 Editorial Hispano Mexicano. Año 1975.
- (16).- Recaredo A. Gómez Mattaldí. Radiografía Odontológica-pág. 130. Editorial Mundi. Año 1975.
- (17).- Dr. Charles C. Alling. Urgencias Odontológicas pág. - 488 Editorial interamericana. Año 1974.
- (18).- Dr. Lester W. Burket. Medicina Bucal. pág. 225 Editorial interamericana. Sexta edición.
- (19).- Ob. cit. anteriormente pág. 279.
- (20).- Cecil-Loeb. Medicina Interna pág. 411. Editorial interamericana. Año 1973.

C A P I T U L O V

Estadística realizada en la Dirección General de los-Servicios Médicos del D. D. F. del Hospital Infantil de Legaria. del Departamento de Odontología.

Llevándose a cabo en el período que comprende del primero de junio al primero de diciembre de 1978. Tiempo que -duró mi servicio social dentro de esta Institución.

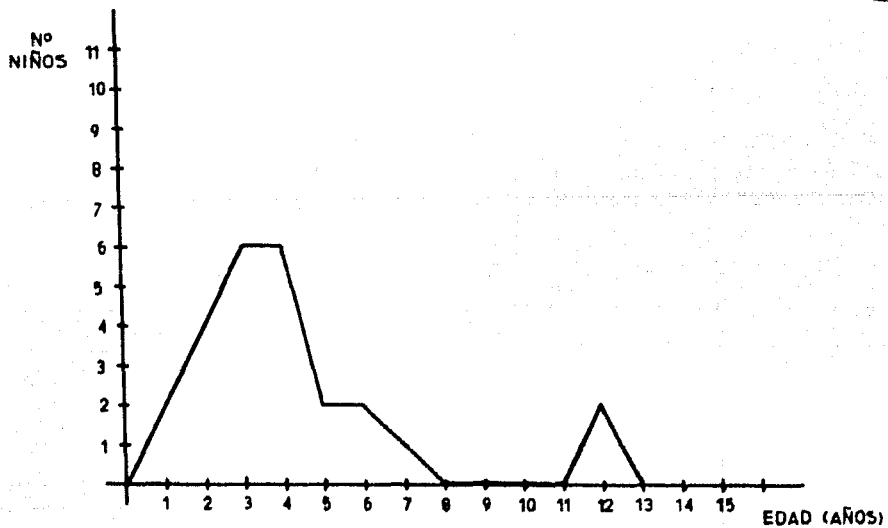
A continuación anexo unas gráficas en las cuales se muestran los accidentes más frecuentes que se presentaron. - Tomando una relación de 100 niños que van desde los 3 años - hasta los 14 años. Siendo los más frecuentes, los siguien--tes:

- 1.- Accidentes causados por el paciente.
- 2.- Accidentes causados por la fractura de la corona
- 3.- Accidentes causados por el Instrumental.
- 4.- Accidentes causados por el operador.

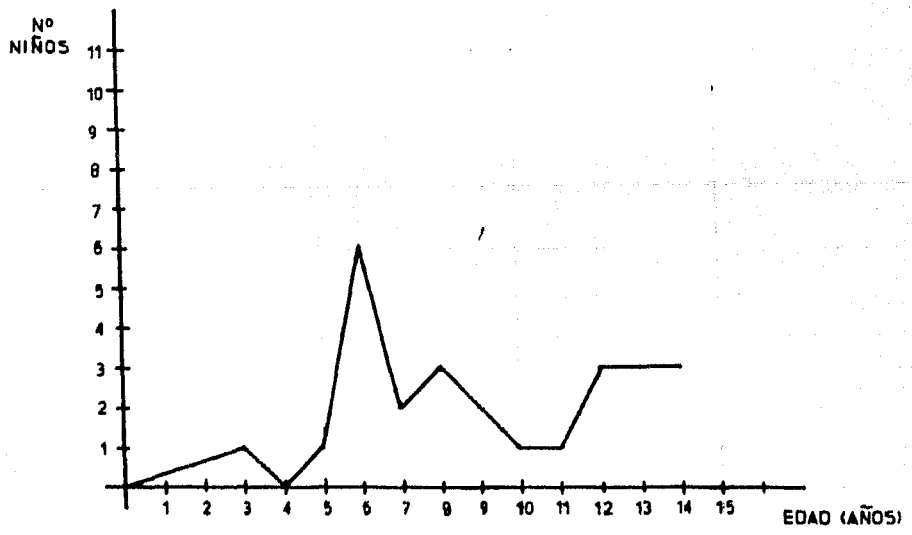
GRAFICA DE LOS PRINCIPALES ACCIDENTES
EXODONTICOS.

	ACCIDENTES POR PACIENTE.	ACCIDENTES POR FRACTU RA D'CORONA	ACCIDENTES POR EL INS TRUMENTAL.	ACCIDENTES POR OPERADOR.	%	
	3	6	1	2	1	10
	4	6	0	5	0	11
	5	2	1	5	1	9
	6	2	6	4	1	13
	7	1	2	3	0	6
	8	0	3	5	1	9
	9	0	2	3	1	6
	10	0	1	4	0	5
	11	0	1	3	0	4
	12	2	3	3	2	10
	13	0	3	4	0	7
	14	0	3	6	1	10
TOTAL.	19	26	47	8		100

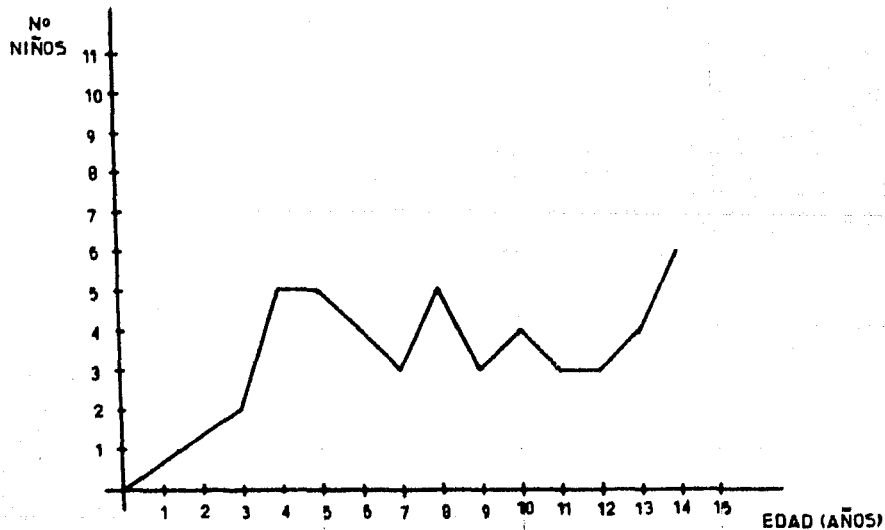
I ACCIDENTES CAUSADOS POR EL PACIENTE



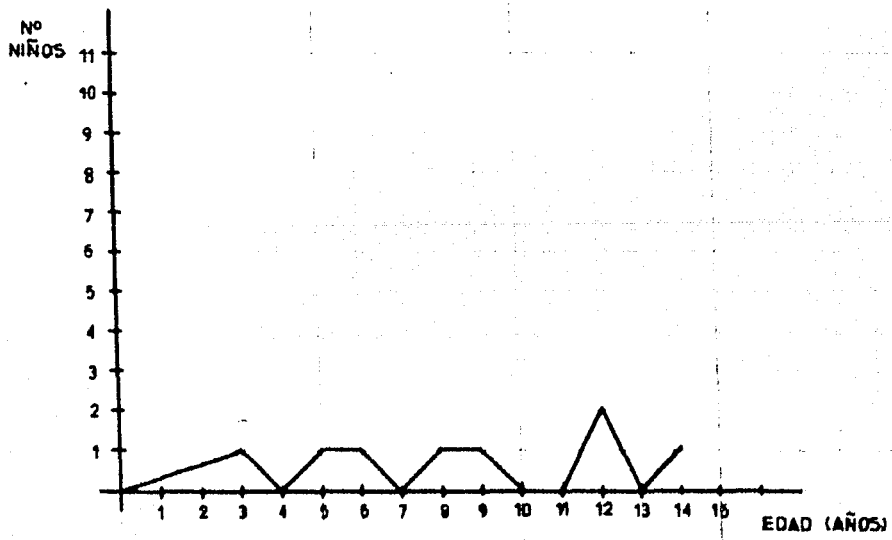
II ACCIDENTES CAUSADOS POR FRACTURA DE CORONA



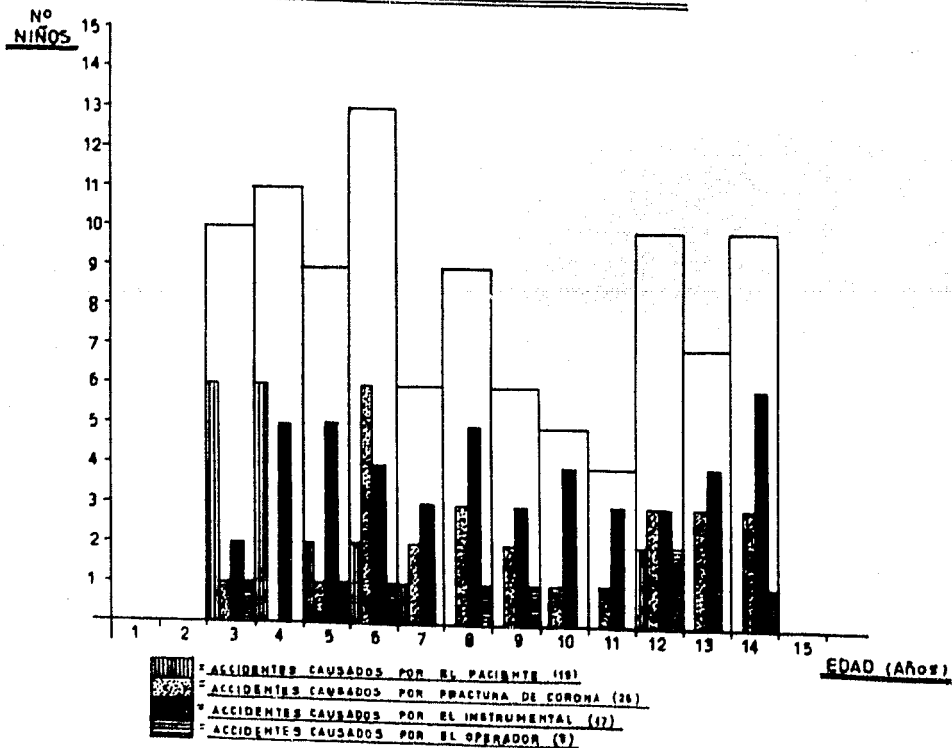
III ACCIDENTES CAUSADOS POR EL INSTRUMENTAL



IV ACCIDENTES CAUSADOS POR EL OPERADOR



RESUMEN TOTAL DE ACCIDENTES



SUGERENCIAS

Sugerencias, para un mejor funcionamiento del Servicio Médico Dental del Hospital Infantil de Legaria.

- 1.- Sería conveniente, poner en el conocimiento de la Dirección General de los Servicios Médicos del DDF. las carencias y limitaciones que influyen dentro de la Institución.
- 2.- Se debe establecer amplia relación con las distintas Jefaturas los Servicios del Hospital; Médico, enfermeras, trabajo social, administración, dirección y odontólogos, con el fin de obtener un mejor funcionamiento dentro de la Institución.
- 3.- Que se propongan asambleas periódicas con el coordinador del Servicio Médico de Odontología para su conocimiento de las funciones y carencias del Servicio Médico Dental.
- 4.- Tanto Médicos como Odontólogos estén conscientes de las necesidades de colaboración del trabajo en equipo, del funcionamiento destinado a una mejor cooperación en la solución del mejoramiento del paciente.
- 5.- Las autoridades de los Servicios Médicos del DDF., deben dar la importancia y el lugar que corresponde al odontólogo dentro de la Institución, dando mayor ímpetu en su campo de trabajo, ya que se encuentra limitado a proceder, poner en -

práctica sus conocimientos, quitando así la imagen que se tiene del dentista como técnico y no como médico.

- 6.- La Dirección General de los Servicios Médicos - del DDF. impartan periódicamente cursos de capacitación, para un mayor aprendizaje y amplitud - de conocimientos en pro del odontólogo.
- 7.- Los Servicios Médicos, tenga un supervisor, el - cual esté al tanto de las necesidades especifi-- cas del servicio tanto del material como del personal. Dando soluciones adecuadas y benéficas para la Institución.
- 8.- Que el Servicio dental, tenga una enfermera la - cual colabore con el dentista y esté pendiente - de las necesidades del servicio.
- 9.- Los aparatos de uso odontológico (rayos x, pieza de alta velocidad) sean cambiadas o reparadas en su defecto.
- 10.- El personal de intendencia lleve a cabo la lim-- pieza, cuantas veces sea necesario para un mejor asepsia del Servicio dental.
- 11.- Que se de una esterilización adecuada del campo- operatorio.
- 12.- Tanto el esterilizador como el amalgamador sean- de uso diario, o que se tenga una persona encar- gada de estos.

- 13.- Que se tenga el Instrumental adecuado a la Insti tución o en su defecto sean cambiados, al menos- por el más indispensable para su uso diario.
- 14.- Que se tenga el material de uso quirúrgico más - indispensable, teniendo cuidado que éste no lle- gue a faltar y sea la causa de interrupción del- servicio.
- 15.- El material de papelería sea de uso específico - para dental.
- 16.- Que se tenga un archivo y un tarjetero en los - cuales se tengan los datos más indispensables - del paciente como son el estado general y trata- miento que se le esté dando. Con exclusividad - de dental.
- 17.- El servicio social dentro de estas instituciones sea rotatorio para un mejor desarrollo y aprendi- zaje del pasante de odontología.

CONCLUSION.

Los accidentes exodónticos son causados principalmente por la ineptitud y desconocimiento de un tratamiento a seguir ya que se debe contar con un registro detallado y preciso del paciente, el cual radica en una buena historia clínica junto con un estudio radiográfico adecuado, estos dos puntos nos llevan a un tratamiento correcto. Casi me atrevo a decir que sin esta sería imposible realizar el tratamiento, en base a que necesitamos, una serie de datos como; anomalías, malformaciones congénitas, enfermedades, alergias así como malos hábitos bucales. En pocas palabras conocer a nuestro paciente a fondo y detalladamente para evitar complicaciones durante el acto quirúrgico.

Es de gran importancia para el odontólogo analizar los diversos síntomas asociados a la complicación exodóntica, que puede presentarse después de la cirugía bucal como son las fracturas de hueso o diente, infecciones de tejidos blandos y duros, sangrado, desplazamiento de dientes o fragmentos de dientes hacia los espacios faciales y anatómicos o daño a las principales estructuras anatómicas como son el seno maxilar, el nervio mentoniano o alguna laceración de la mucosa. Estas complicaciones pueden presentarse en cualquier momento para ello el facultativo debe estar preparado para dar solución inmediata, de lo contrario, se puede presentar un choque o cualquier otra alteración que lleve al paciente a la muerte. En otras ocasiones son alteraciones fuera de la capacidad del odontólogo, lo cual éste deberá remitir al especialista adecuado para un mejor tratamiento.

Los instrumentos empleados durante la extracción dental requieren de una manipulación cuidadosa, ya que la cavidad bucal no ofrece un campo operatorio amplio a causa de -

las dificultades visuales y manuales es fácil lesionar alguna estructura de la boca, en algunos casos la fuerza mal - - orientada y aplicada al instrumento durante la extracción - nos lleva a aflojar o desalojar un diente u ocasionar alguna fractura del maxilar o la fractura segmentaria de varios - - dientes.

El hueso debe ser cureteado con un mínimo de movimientos para obtener el resultado deseado, ya que de otro modo - se provoca inflamación ósea innecesaria, lo que retrasa la - curación y produce dolor.

Por lo tanto la evolución clínica, el examen de los - dientes junto con las reglas de asepsia y antisepsia, la - - aplicación correcta de una técnica exodóntica lleva al Cirujano Dentista a efectuar la extracción de cualquier pieza en las condiciones más óptimas, disminuyendo de esta manera las molestias y traumatismos innecesarios al paciente.

Por tal razón en las gráficas muestro los accidentes - más frecuentes que se nos pueden presentar durante nuestro - acto exodóntico, tomando un número de 100 que van desde los - 3 a los 14 años, realizado este estudio durante mi servicio - social, dándonos cuenta que estos accidentes son causados - tanto por el paciente como por el operador.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aprile. Según. Garino.
Anatomía Odontológica.
Editorial El Ateneo.
Cuarta edición.
Año. 1970.
- 2.- Astra.
Manual Ilustrado de Odontología
Laboratorios Astra.
- 3.- Dr. Abel Archundia.
Técnica y Educación Quirúrgica.
Manual de prácticas de la Facultad de Medicina.
Año 1972.
- 4.- Cecil Loeb.
Tratado de Medicina Interna.
Editorial Interamericana.
Año. 1973.
- 5.- Dr. Charles C. Alling.
Dr. José Luis García. (edición en español)
Urgencias Odontológicas.
Editorial Interamericana.
Año. 1973-4
- 6.- G. A. Ríes Centeno.
Cirugía Bucal.
Editorial El Ateneo.
Séptima Edición.
Año. 1975.

- 7.- Louis S. Goodman y Alfredo Gilman.
Bases Farmacológicas de la terapéutica.
Editorial Interamericana.
Cuarta edición.
- 8.- Grass Gunter.
Anestesia Local.
Editorial Hispano Mexicano.
- 9.- Recaredo A. Gómez Mattaldi.
Radiología Odontológica.
Editorial. Mundi.
Año. 1975.
- 10.- H. Bier, J. E. Winther.
Atlas de Cirugía Oral
Editorial. Salvat, S.A.
1976
- 11.- Lester W. Burket.
Medicina Bucal.
Editorial. Interamericana.
Sexta edición.
- 12.- Meat Sterling Vernan.
Cirugía Bucal.
Editorial. Hispano Mexicano.
Año. 1969.
- 13.- Meat Sterling Vernan.
Anestesia en Cirugía Bucal.
Editorial. Hispano Mexicano.
Año. 1969.
- 14.- Tomás Velázquez.
Anatomía Patológica Dental y Bucal.
Editorial la Prensa Médica.
Año 1966.