



377  
**TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA**

**ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA**

**PRINCIPALES EMERGENCIAS EN EL  
CONSULTORIO ODONTOLOGICO**

**TESIS PROFESIONAL**

**JOSE SANCHEZ TOLEDANO**

**Mexico D.F.**

**1979**



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. INTRODUCCION.

II. Capítulo 1o. ACCIDENTES DE ORDEN GENERAL.

1. Lipotimia.
2. Shock.
3. Colapso.
4. Síncope.
  - a) Náuseas y vómitos.
  - b) Hematoma.
  - c) Punción de los Vasos.

III. Capítulo 2o. ACCIDENTES EN LA ANESTESIA.

1. Fractura de las agujas.
2. Parestesia y Parálisis Facial.
3. Lesiones de las regiones anestesiadas.
4. Trastornos de la visión.
5. Contracción brusca de los músculos masticatorios.

IV. Capítulo 3o. COMPLICACIONES GENERALES Y LOCA  
LES.

1. Alveolitis.
2. Reparación del Alveolo Dentario.
3. Extracciones erróneas de una pieza.
4. Fracturas o luxaciones de las pie  
zas contiguas.
5. Luxación Temporomandibular.

##....

6. Accidentes en las partes blandas de la cavidad oral.
7. Fracturas de las láminas maxilares.
8. Fractura mandibular.
9. Aberturas o penetración en el seno maxilar.
10. Hemorragia.

P R O L O G O :

Es frecuente la presencia de las emergencias en el Consultorio Dental, siendo una de ellas evitables y otras que no lo son : pero se puede disminuir la gravedad de ellas logrando un diagnóstico bueno y correcto y rápidamente instituir un tratamiento adecuado.

Por ésto es importante que desde el inicio de la profesión odontológica debemos tener la obligación y necesidad de lograr buenos conocimientos para llevar el diagnóstico preciso que los causa y no llegar al problema de emergencia.

También dentro de este texto hago un pequeño estudio sobre las consecuencias y los malos hábitos que poseemos en la mala manipulación de instrumentación que utilizamos dentro del tratamiento en nuestro consultorio.

Realizo esta tesis con el objeto de manifestar el grupo de accidentes que en nuestra carrera odontológica se lleguen a presentar.

## C A P I T U L O I.

### ACCIDENTES DE ORDEN GENERAL.

#### LIPOTIMIA.

Es el estado de la semi<sup>h</sup>conciencia, sin impresiones sensoriales, pero con sensibilidad.

Perdiendo los vasos sanguíneos, el tono vasomotor, su diámetro se puede aumentar tanto que la sangre se acumula en las venas. En consecuencia, la presión en el circuito mayor disminuya mucho y la presión para hacer retornar la sangre al corazón es muy vaga haciéndose al retorno venoso muy escaso produciéndose en el paciente un desvanecimiento.

Se caracteriza por una semi<sup>h</sup>conciencia pasajera, palidez, respiración lenta y pulso lento o muy rápido. - La presión sanguínea suele bajar de manera pasajera.

El ataque es desencadenado por factores nerviosos o psíquicos; como son : el dolor, ver sangre, la espera de una inyección, etc. pudiendo lograr en el paciente un desvanecimiento. Este trastorno suele ser de poca dura

ción y sede poco después de acostar al paciente y ponerlo en posición de Trendelemburg. ( Con la cabeza a nivel mas bajo que los pies y darle un estimulante de la mucosa nasal suave (oler alcohol), aconsejándole al paciente la respiración profunda. ).

### SHOCK.

El Shock por insuficiencia vascular periférica se puede definir como una urgencia médica grave común ca racterizada de manera principal por disminución de volumen sanguíneo circulante efectivo y de la presión sanguínea. Debilidad en las reacciones nerviosas diminución de reflejos transpiración aumentada y en ocasiones pérdida de la conciencia. Entre las consecuencias tenemos la manipulación quirúrgica, los trastornos psíquicos y los anestésicos. El fenómeno fundamental del Shock es la reducción rápida de la tensión sanguínea. El temor exagerado a la operación o al anestésico estimula indirectamente los nervios eferentes.

El Shock emocional es la alteración caracterís tica de la circulación en el Shock leve. Es la vaso dila

##....

tación, que acarrea sudación, calor relativo de la piel, hipotensión, debilidad y generalmente lentitud del pulso. El tratamiento de urgencia aplicable a las personas en éste comprende la conservación del calor corporal el alivio del estado neurótico y la posición de Trendelenburg.

Shock Cardiogéno. En éste se hace su presencia-  
mas lentamente aparecen como síntomas : aprensión e in-  
quietud primero, después el paciente suele tener palidez  
de muerte, a caso algo de sianosis siente debilidad, fa-  
tiga, frío; tiene la piel sudorosa y fría, apatía mental  
a menudo sed intensa, hipotensión, pulso rápido y débil.

El tratamiento de este estado se realiza median-  
te la suspensión de la intervención; la posición del pa-  
ciente es fundamental la elevación de las extremidades-  
ayudará a desplazar algo de sangre hacia los centros vi-  
tales. No se recomienda la posición de Trendelenburg ex-  
trema porque, en caso de traumatismo craneanos, puede -  
aumentar el edema cerebral; es útil la administración -  
de oxígeno al 100 % se inyectará por vía intravenosa -

##....

2 ml. al 1; 1 000 de clorhidrato neo-synphrine ó noradrenalina ( vaso constrictores ).

Este tratamiento se puede hacer igual en el Shock por insuficiencia vascular periférica.

Shock hipovolémico. Es importante restablecer ante todo la volemia para prevenir o tratar el Shock. Esto suele suceder en pacientes desnutridos, con enfermedad debilitante, anemia, etc. Como procedimiento de rutina se aconseja la infusión intravenosa de solución glucosada al 5 % en el organismo traumatizado - éste tiende a retener Sodio; de manera que debe postegarse la administración de solución glucosalina o solución de Ringer, a menos que la pérdida de electrolitos haya sido considerable.

Hay que tener cuidado, así mismo, de no provocar una sobrecarga de líquidos. Además, la sobrecarga circulatoria puede desencadenar una insuficiencia cardíaca o un edema agudo de pulmón.

En caso de hemorragias graves debe hacerse sobre la base de sangre total. Además la trasfusión -

##....

puede estar indicada en los casos de descenso de la hemoglobina, aún cuando la hemorragia no haya sido la causa.

Puede darse sangre "0" sino se dispone de la sangre del mismo grupo pero efectuando ante las pruebas de compatibilidad. Sino hay sangre disponible, se usarán espansores de plasma ( dextranes ) como recurso transitorio.

Al comenzar la infusión hay que tomar una muestra de sangre para determinar, por lo menos, el hematocrito.

Hay que mantener la temperatura normal recurriendo a frazadas y no a medios artificiales, como paños calientes, bolsas de agua caliente, etc. La aplicación de calor tiende a aumentar la circulación cutánea en perjuicio de los centros vitales, ya afectados por la hipovolemia.

#### COLAPSO.

Es la pérdida rápida de las fuerzas y la vitalidad con enfriamiento general, hipotensión y pulso dé-

bil. No es fácil hacer la distinción entre el Colapso y el Shock. Solamente nos basta saber que el Colapso es la consecuencia final del agotamiento continuo.

El Colapso causado por impresiones mentales es - más frecuentemente y el más intenso particularmente en las personas nerviosas. El estado físico de los pacientes en el Colapso no varía notablemente, la excitación decrece paulatinamente y se va perdiendo el color corporal, la respiración se vuelve cada vez mas superficial se acelera el pulso, debilitándose más y más las contracciones cardíacas. Inesperado algunas veces, de depresiones nerviosas que parecen insuficientes paracausar tal estado. Este, puede sobrevenir por la sola vista de los instrumentos dentales, o a menudo después de las operaciones dentales que no fueron de carácter grave, pero tuvieron larga duración.

A los pacientes en este estado se coloca el sillón dental en posición de Trendelemburg , se afloja la ropa que impida la respiración y circulación. Se administra de inmediato oxígeno, se inyecta 2 ml. al 1 ; 1 000 de clorhidrato de neo-syneprine además, del masaje cardíaco

co externo con tórax cerrado. El tratamiento debe iniciarse antes de minutos para evitar daño permanente en los centros nerviosos superiores.

### SINCOPE.

Parte del Shock y es el resultado del retorno venoso inadecuado al corazón. Hay actividad vagal , bradicardia hipotensión. Puede haber signos de excitación o depresión cerebral la pérdida de la conciencia va precedida por mayor palidez y sudación; luego disminuye repentinamente la frecuencia del pulso y posteriormente rápido y débil y la presión sanguínea. Como en cualquier oxigenación deficiente en cerebro, puede producirse contracciones musculares involuntarias.

El Síncope no es peligroso en una persona normal; suelen vencerlo los mecanismos de control del enfermo, que logran compensación automática, y vuelta al estado normal. Sin embargo cuando existen desequilibrios de electrolitos, arteriosclerosis o hipertensión, el Síncope puede tener consecuencias serias, puesto que en estos individuos los mecanismos compensativos pue -

den no funcionar. Por lo tanto, es importante conocer el estado fisiológico del enfermo antes de emprender el tratamiento odontológico.

Al amenazar el Síncope, hay que poner la cabeza en situación baja, inclinando el sillón hacia atrás, un poco más allá de la posición horizontal ( posición Trendelemburg ). Se aflojará la ropa apretada que pueda impedir la respiración; resultando a veces valiosas también la inhalación de Amoníaco aromático.

Si se presenta pérdida de la conciencia se administra oxígeno con mascarilla hasta que la cara recobre su color. De cuando en cuando se puede hacer inhalar espíritu aromático de amoníaco en este estado. Después de recobrar la conciencia, el paciente debe quedar acostado durante 10 a 30 minutos; el sillón se volverá por etapas a su posición normal antes de permitir que el paciente se ponga de pie.

#### NAUSEAS Y VOMITOS.

Algunas veces, después de la inyección para hacer bloqueo del nervio dentario inferior, el paciente experi

##.....

menta náuseas, arcadas y disfagia, pero las más de las veces se presenta por cualquiera de éstas después de la inyección del nervio palatino posterior para extraer molares superiores, sobre todo, los terceros molares.- Para ello debemos tener presente que solo se requiere unas cuantas gotas de solución, lo que ocasionan sensaciones que manifiestan de insensibilidad.

#### HEMATOMA.

Es un accidente frecuente, que escapa la mayor parte de las veces a nuestras mejores prevenciones, consiste en la antrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El tumor sanguíneo puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

La encía que cubre la región operatoria se pone tangente y dolorosa a la presión. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio. El hematoma puede llagar a supurar, dando en estas ocasiones repercusión ganglio -

nar, escalofríos y fiebre.

El hematoma puede originarse por desgarre, ruptura o punsión de un vaso, en las maniobras de la anestesia.

Esta complicación no es muy frecuente, -  
pues los vasos se desplazan y por lo regular no son -  
punsionados. El derrame sanguíneo es instantáneo y -  
tarda varios días para su reabsorción y su tratamien-  
to es especulativo.

En caso de que llegara a supurar se trata-  
como un absceso incidiéndolo con bisturí. Algunas ve-  
ces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo  
con una jeringa la sangre, todevía líquida, del hema-  
toma.

#### PUNCION DE LOS VASOS.

Algunas ocasiones, a raíz de cualquier anes-  
tesia, se nota sobre la piel de la cara del paciente  
conas de intensa palidez, debidas a la isquemia so -

##....

bre esta región. Está originada por la penetración y -  
transporte de solución anestésica con adrenalina, en-  
la luz de una vena. La adrenalina ocasiona la vaso -  
constricción a la cual se debe la izquemia. No requier  
re ningún tratamiento.

CAPITULO II.

ACCIDENTES EN LA ANESTESIA.

FRACTURA DE LAS AGUJAS.

La causa más común de estos accidentes, es algún movimiento súbito y brusco que hace el paciente, y éste es netamente cierto, pues no debemos pasar por alto el temor del paciente al ver que se le va introducir una aguja más o menos larga en sus tejidos bucales, lo cual cree le ocasionará dolor intenso.

Al efectuar la anestesia de conducción, no debe haber resistencia de los tejidos a la inyección; y el dentista no debe de hacer fuerza con la aguja, ni dejará que ésta se atore en el periostio, ni que se doble.

Quando el tratamiento es inmediato se reduce a una incisión al nivel del lugar de la inyección y dirección de los tejidos con un instrumento como éste si es fragmento grande, hasta encontrar el trozo fracturado y extracción del mismo con una pinza de disección o

##....

de Kocher. Cuando ha pasado un tiempo después del accidente, deberá investigarse radiográficamente la ubicación de la aguja empleando para ello puntos de referencia, sobre todo en maxilares desdentados.

La extracción de la aguja para anestesia - trocnuar, rota a nivel de la cara interna del maxilar, requiere un procedimiento más complicado. Cuando el - instrumento ha desaparecido en los tejidos, no es fácil encontrarlo y ubicarlo y por lo tanto extraerlo. Para - su localización debe hacerse una radiografía de perfil y otra de frente, con una aguja de guía colocada según - la misma técnica que la empleada para la inyección tron - cular, aguja que también puede usarse para realizar la anestesia con el fin de extraer el trozo fracturado.

Guiados por el examen radiográfico y la - aguja guía, tendremos una clara idea de su ubicación.- A nivel de donde presumimos se encuentra el extremo an - terior de la aguja fracturada, se traza una incisión - vertical que llegue hasta el objeto y se disecan con - un instrumento romo como los tejidos vecinos, cuidando

##.....

de no profundizar más la aguja rota. Localizada y visible el extremo anterior se toma una pinza de Kocher y se le retirará. Si se ha llegado con la disección más atrás de la punta, y se localiza la aguja, se prende con una pinza de Kocher y se trata de llevarla en dirección anterior, permitiendo que salga a través de la mucosa en la cara interna del maxilar. Cuando aparece el extremo se toma éste con otra pinza, soltando la primera, y se retira el cuerpo fracturado. La herida se cierra con uno o dos puntos de sutura.

NOTA: Hago mención de ellos como un accidente que era presentado con frecuencia anteriormente. Pero ahora nuestros fabricantes nos han dado un fino y mejor material para que ya no se lleven a cabo dichos accidentes. Pero lo hago también con el fin de que se pueda dar ayuda o consulta al lector o compañero de nuestra carrera odontológica y lo lleve a dicho propósito que él necesite.

##....

PARESTESIAS Y PARALISIS FACIAL.

La Parestesia es la disminución de la sensibilidad por modificación de la percepción objetiva, se puede presentar como consecuencia de la infección o del tratamiento quirúrgico, lo mismo que a resultas de la inyección de algún anestésico local en el nervio sensorial por inhalación de la vaina o sección parcial del nervio. La anestesia prolongada puede ser hasta de un año o aún más que es el tiempo que puede requerirse para que se efectúe la total regeneración del nervio. Esta complicación, su tratamiento más efectivo es el tiempo. El nervio regenera lentamente y después de su período variable se recupera la sensibilidad.

La Parálisis por abolición de los movimientos de los músculos masticatorios ocurre principalmente en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso inyectado la solución en la glándula parótida. Tiene todos los síntomas de la Parálisis de Bell; caída del párpado e incapacidad de la oclusión ocular y pro -

yección hacia arriba del globo ocular, además de la caída y la desviación de los labios. Es sin duda un accidente alarmante, del cual el paciente por lo general no se percibe pero lo advierte el profesional. Este trastorno, para bien, es transitorio y dura el tiempo que persiste la anestesia.

También la inyección infraorbitaria con bastante frecuencia origina señalada blefaroptosis en el lado correspondiente, en virtud de que se anestesia el plexo infraorbitario y, por consiguiente, la rama terminal del tronco cérico temporal del nervio facial, que también inerva al párpado superior. Este trastorno no requiere por lo tanto ningún tratamiento.

#### LESIONES EN LAS REGIONES ANESTESIADAS.

Estas no son muy comunes, pero pueden suceder en niños como en adultos cuando se trata sobre el dentario inferior, el cual se administra nuestra infiltración anestésica buscan el fin de la extensión anestesiada y al observar que no siente molestia alguna se muerden se queman con fuerza, lesionándose.

Esto suele ocurrir en los adultos que se lesionan las regiones anestesiadas tales como la lengua, labio o carrillos. Este accidente es prevesible con una explicación a los pacientes del peligro que corre las regiones anestesiadas. En los pacientes infantiles conviene usar anestésicos de corta duración.

El tratamiento se hace como cualquier lesión traumática, es decir, para contrarestar la inflamación, analgésicos y toques locales con algún antiséptico.

#### TRASTORNOS DE LA VISION.

La inyección en la órbita, durante la anestesia del nervio maxilar superior y los nervios dentarios anteriores, puede acarrear diplopia exoforia o isoforias, que duran lo que el efecto anestésico. No requiere ningún tratamiento.

( T R I S M U S )

#### CONTRACCION BRUSCA DE LOS MUSCULOS MASTICATORIOS.

Es la contracción brusca de los músculos masticatorios por causas muy variadas como son : abscesos, -

artritis en la articulación temporo mandibular, tétanos, meningitis, etc.

La inyección del anestésico en un músculo puede ocasionar trismus, sobre todo cuando se hace la inyección pterigomandibular. Por regla general es de corta duración, y en pocas horas, o, cuando mucho, en unos cuantos días se restablece la función normal.

En estos casos de trismus son buenas las sesiones de fisioterapia y la administración de relajantes musculares.

También puede producirse esta contracción por problemas inflamatorios y labor operatorio.

CAPITULO III.

COMPLICACIONES GENERALES Y LOCALES.

ALVEOLITIS.

La Alveolitis es una complicación de la extracción dentaria que imide el proceso de regeneración o reparación del alveolo dentario. La Alveolitis, no es lo que su nombre lo indica y suele llamarse osteitis. Está caracterizado como destrucción parcial o total del coágulo permitiendo que elementos extraños y bacterias penetren en el alveolo.

La lisis del coágulo es producido por contaminación del área durante la extracción o traumatismo notable durante la misma, por resistencia disminuida del paciente y de los tejidos locales, por la extirpación mecánica del coágulo, por enjuagues de la boca vigorosos o con una solución que disuelve el coágulo y permite que elementos extraños y bacterias penetren en el alveolo. Existe dolor intenso y pulsátil en el área y dolor irradiado sobre el quinto par craneal, halitosis acentuada, se despierta el reflejo sialorreico, el hueso alveo

lar expuesto es de un color café rojizo oscuro, puede o no haber ataque al estado general caracterizado principalmente por la elevación de temperatura, generalmente se presenta al tercer día mediano, y mediano hasta de cinco o ocho días después. El dolor es bastante intenso debido a la inflamación de las terminaciones nerviosas que no tuvieron la protección del coágulo y no hubo la oportunidad de retraerse y que se encuentra bajo la irritación constante del medio bucal.

TRATAMIENTO: Previa anestesia se puede proceder a retirar los restos del coágulo con una cucharilla, hacemos un lavado con suero fisiológico tibio, sin presión exagerada mediante el uso de una jeringa estéril, secamos suavemente, nos cercioramos que no quedan restos de detritus alimenticios o coágulo. Colocamos un cono de Wonder Pak la totalidad del alveolo. También se puede utilizar para taponar el alveolo, Piodlasto que está formado por óxido de zinc, naftalina y eugenol mezclados. Pero en última instancia el tratamiento es paliativo.

##....

El alveolo debe protegerse cambiando la curación cada tercer día pudiéndose hacer antes si el paciente llegare a presentar molestia alguna y retiraremos la curación definitivamente hasta que tengamos la franca granulización de la pared alveolar momento en el cual desaparecen todos los síntomas.

#### REPARACION DEL ALVEOLO DENTARIO.

Inmediatamente después de la extracción de un diente, el alveolo se llena de sangre proveniente de los capilares rotos. Cuando los capilares abiertos se han seccionado por completo, se retrae y se llenan por medio de sangre coagulada. Sin embargo, si un capilar solamente se secciona parcialmente, es incapaz de retraer y continúa sangrando.

En el alveolo se forma un coágulo. El cual evita que el líquido salga de los tejidos lesionados y contribuye a formar una barrera contra los elementos externos. El proceso de inflamación está puesto en acción. En el exudado se observan leucocitos y los macró

##....

fagos pronto hacen aparición. Cualquiera tejido necrosado que ha quedado es eliminado por licuefacción y fagocitosis.

Quando las bacterias invaden el área, la reacción inflamatoria puede volverse intensa.

En corto tiempo empiezan a proliferar los fibroblastos proveniente de tejido conjuntivo. Se libera una enzima que disuelve el coágulo - - - - - por lisis de sus bordes, se forman fibras colágenas que se sitúan entre las células, al mismo tiempo se inician en la superficie externa de las paredes capilares pequeñas yemas de células endoteliales que emigran hacia el área del coágulo. Estos se fusionan para formar una red capilar que más adelante se canaliza y permite que la sangre circule por ella.

Este tejido nuevo, el conjunto, los capilares reformados y los leucocitos se conoce como tejido nuevo el conjuntivo, los capilares reformados y los leucocitos, se conocen como tejido de granulación.

##....

Sangre fácilmente, es insensible y poco resistente a la infección de esa forma el espacio creado por la extracción de un diente se llena por el tejido de granulación, recientemente formado.

Mientras esto ocurre, empieza a proliferar y emigra el epitelio de los bordes de la lesión. Los bordes del epitelio se desplazan, provenientes de todos los lados, se reúnen en el centro y se cierra así la herida.

#### EXTRACCIONES ERRONEAS DE UNA PIEZA.

No es muy frecuente, pero los pacientes con caries múltiples establecen una cimatología bastante compleja y aunque la caries no se haya destruido la totalidad de la corona resulta bastante difícil diagnosticar la pieza que está produciendo la odontalgia ya que pueden encontrarse involucrados el nervio del maxilar o el tronco mandibular, también puede suceder que las pequeñas anastomosis nos den odontologías antagónicas, para ello es indispensable una buena exploración y si es necesaria la ayuda ra

diográfica recurriremos a ella ya que podemos caer en el resultado desagradable de la extracción errónea. Pero la equivocación más frecuente sucede en la arcada inferior ya que la anestesia es hasta la parte media y aunque tengamos un diagnóstico categórico, la posición del fórceps puede cambiar a la pieza contigua sobre todo cuando el paciente no coopera con la abertura necesaria para la facilidad del absceso del fórceps; es por eso que las piezas inferiores posteriores no debemos perder de vista la pieza dentaria por extraer hasta que no se haya logrado la extracción. En caso de que la extracción sea errónea nos es conveniente salir con la verdad ya que la Odontología no cedería por la permanencia de la pieza lesionada, es importante que en ese mismo momento solucionemos el problema haciéndole ver al paciente nuestro error y que el costo de la prótesis correrá por nuestra cuenta, pues es la única manera de salvar nuestro prestigio profesional o lograr en ese mismo instante el reimplante de la misma siempre y cuando las condiciones generales del paciente y el órgano dentario nos garantice el éxito.

##....

FRACTURAS O LUXACIONES DE LAS PIEZAS

CONTIGUAS.

La fractura o luxación de las piezas contiguas puede deberse al mal uso de la técnica en la aplicación de fórceps o el apoyo incorrecto del botador. Por la aplicación del apoyo de palanca en el molar contiguo - debe apoyarse en tejido óseo; no en dentario. Puede suceder que en la aplicación del fórceps el diámetro mesiodistal de la pieza por extraer sea menor al ancho de los bocados y puede abarcar la pieza contigua y al llevarse a cabo la extracción dentaria, se producirá la luxación de la pieza contigua; puede suceder también que la pieza por extraer haya perdido sus puntos de contacto de tal manera que el diámetro mesiodistal se encuentre reducido y la aplicación del fórceps puede interesar más allá de la pieza por extraer; así también se puede dar el caso de que los bocados no sigan la dirección axial de la pieza en tal forma que parte de los bocados puedan causar en la pieza mesial y llevarse a cabo la luxación de ella. La falta de protección y el exceso de la aplicación de la fuerza puede -

proyectar el cuerpo de fórceps a la arcada contraria en el momento de la avulsión y llevarse consigo la luxación o fractura de la pieza de esa arcada antagónica. En el uso del botador es muy frecuente el apoyo en piezas contiguas y la luxación siempre se lleva a cabo en dirección lingual.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE : Cuando se ha llevado a cabo la luxación se recomienda el uso de - astringentes y el descanso de esa zona.

#### LUXACION TEMPOROMANDIBULAR.

La falta de protección durante la extracción dentaria en la arcada inferior y consecutivo a las lesiones articulares con varios años de evolución, traen consigo la luxación temporomandibular. Esta puede ser uni o bilateral; los signos clínicos de la luxación unilateral son :

1o. Proyección del cóndilo ocupado una posición antero inferior.

2o. Pérdida de la oclusión.

proyectar el cuerpo de fórceps a la arcada contraria en el momento de la avulsión y llevarse consigo la luxación o fractura de la pieza de esa arcada antagónica. En el uso del botador es muy frecuente el apoyo en piezas contiguas y la luxación siempre se lleva a cabo en dirección lingual.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE : Cuando se ha llevado a cabo la luxación se recomienda el uso de astringentes y el descanso de esa zona.

#### LUXACION TEMPOROMANDIBULAR.

La falta de protección durante la extracción dentaria en la arcada inferior y consecutivo a las lesiones articulares con varios años de evolución, traen consigo la luxación temporomandibular. Esta puede ser uni o bilateral; los signos clínicos de la luxación unilateral son :

1o. Proyección del cóndilo ocupado una posición antero inferior.

2o. Pérdida de la oclusión.

- 3o. Se despierta la excitación sialorreica.
- 4o. Tersura de la región geniana.
- 5o. Dislalia.
- 6o. Depresión de la región geniana del lado contrario.
- 7o. Dolor en articulación del lado contrario por presión exagerada.

**MANERA DE REDUCIRLA :-** Protegernos con gasa - nuestros dedos pulgares, lo llevaremos a zonas de molas inferiores y aplicamos una fuerza en dirección inferior y posterior principalmente del lado afectado - con el propósito de que el cóndilo llegue a la cavidad glenoides :

La luxación bilateral presenta los siguientes signos clínicos :

- 1o. Proyección mandibular en dirección anteroinferior.
- 2o. Imposibilidad para lograr la oclusión.
- 3o. Se despierta el reflejo sialorreico.

40. Tersura de las regiones genianas.
50. No existe el síntoma dolor a menos que la afección persista por varios días.
60. Imposibilidad para lograr la masticación y fonación.
70. Depresión en la zona glenohidea localizada a 13 ml. del tragus, la posición de los cóndilos sobresale a la tonografía.

MANERA DE REDUCIRLA : Previa protección de nuestros pulgares y descansando sobre las superficies oclusales con el triángulo retromolar llevamos la mandíbula en dirección inferior y después hacia la región posterior hasta que libre la eminencia anterior del temporal, jamás debemos de ejercer presión en dirección posterior si los cóndilos mandibulares no han librado a las eminencias anteriores temporales y mucho menos en personas jóvenes ya que podemos provocar la fractura de la cabeza del cóndilo. Otro método de reducirla consiste en colocar unos taquetes de caucho -

# TESIS DONADA POR

-29-

## D. G. B. - UNAM

en la zona oclusal y apoyándonos en el mentón haremos presión hacia atrás.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE:- Alimentación líquida por ese día, los días siguientes procurar no abate demasiado su mandíbula y si es necesario hacer ejercicios de coordinación muscular.

NOTA: A la falta de protección durante la extracción dentaria el arcada inferior es necesario tener el sumo cuidado que llevaremos a cabo en la parte interna y externa; en la cavidad oral con el dedo índice y pulgar rodearemos la zona de trabajo y con nuestra palma de la mano y dedos fuera de la cavidad abrazaremos nuestra mandíbula para que no se presente dicho accidente.

### ACCIDENTES EN LAS PARTES BLANDAS DE LA CAVIDAD

#### ORAL.

Dentro de ellos tenemos desgarraduras de la mucosa y este tipo de accidente se logra con una falsa debridación en la mucosa vestibular o lingual durante los movimientos de luxación puede llevarse con-

✍️....

sigo el desprendimiento de la misma y si éste hecho pasa desapercibido podemos llegar al desgarre de esta mucosa en proyección hacia la base del pilar anterior. Si solamente se ha logrado desprendimiento, libraremos la pieza de la zona de inserción por medio de unas tijeras curvas y haremos comprimir una gasa para lograr la adaptación de los labios de la herida, pero si la mucosa ha sido desgarrada será necesario la hemostasis y sutura de la zona con puntos aislados con hilo de seda de tres ceros o Catgut del mismo calibre.

De la misma manera, durante la extracción de las piezas inferiores la insensibilidad establecida en el orbicular del lado anestesiado así como los dos tercios anteriores del órgano lingual y consecuentemente al mal uso del botador podemos, con mucha facilidad conseguir el labio si no se protege debidamente al paciente; o puede suceder, que con el uso del fórceps podemos lesionar el labio inferior cuando hacemos descansar las ramas en la arcada contraria, dicha contusión puede evolucionar con un hematoma de bastante importancia. En igual forma podemos lesionar la mucosa del carrillo en el viraje de un botador así como la lengua o el piso de

la boca.

Si se tratara de una penetración del instrumento en el piso de la boca debemos de cerciorarnos de una estabilidad del coágulo, en caso contrario es indispensable la hemostasia de la zona y sutura de la misma; si el caso evoluciona con un hematoma la corección fisiológica es tardía, su aspecto es desagradable y por tal motivo debemos de favorecer al paciente con administración de protiolíticos como son : ananase. Antiinflamatorio. Gragea capa entérica fórmula bromelinas ( protiasas cemoñas ) .

Tromasin tabletas. Antiinflamatorio protiolítico fibrinolítico. Su fórmula extracto purificado de papaina.

Varidasa. Antiinflamatorio proteolítico enzimático tabletas. Fórmula : Estrepto emasa y estrepto darnasa.

Quimar : Grageas de capa entérica antiflamatorio enzimático. U. Armus de concentrado purificado de tripsina y quimiotripsina. ( Se administran una cada 4 horas ).

La demasiada presión de la punta del botador en contra de un resto radicular puede traer consigo la proyección de esta hacia la mucosa labial o lingual. Comprobamos clínicamente al hacer la exploración del alveolo en que éste se encuentra totalmente vacío y por medio de la manipulación digital regresamos el resto por el ventana o septum. Con nuestra yema del dedo logramos el retén para el resto raticular no vuelva a la mucosa y poder extraerlo por el alveolo.

Fracturas de las láminas maxilares.

Puede abarcar lámina externa e interna o al proceso de la pieza contigua. Es muy frecuente en la zona de los caninos dado a la extrema delgadez y es infalible en todas aquellas piezas que se encuentran con anquilosis; siempre que no encontremos ante este caso procuraremos desprender todos aquellos segmentos que se encuentren fuera del medio sistemático o sea que se encuentren sin la circulación necesaria sin tomar en cuenta la amplitud de la fractura protegiendo las zonas que nos puedan reaccionar, en forma

adversas, con una lima para hueso redondearemos las aristas cortantes, retiraremos las esquirlas por medio de un lavado con suero fisiológico a 37 ° C . Nos cercioraremos de que no hayan quedado esquirlas y barnizamos con líquido de Wonder Pak. Recortamos con unas tijeras la mucosa sobrante demarcando o limitando por el borde de la tabla y hacemos comprimir con una gasa para la formación de coágulo y la quitamos excediendo el tiempo de coagulación. Ya que se haya formado el coágulo la retiramos y citamos al paciente para una visita de inspección.

#### FRACTURA MANDIBULAR.

Se divide en Patológica y Traumática.

Patológica. Son los procesos tales como la ostiomelitis, procesos parodontales, focos tuberculosos son factores predisponentes a la fractura mandibular.

Traumáticos. También pueden suceder en el momento de la extracción dentaria sobre todo molares, presentan excesiva longitud radicular y en el momento operatorio debe ser bastante intensa la fuerza llevando consigo a la fractura del cuerpo de la mandíbula; en ocasio -

nes es bastante perceptible el momento de la fractura y aún más si después de lograda la avulsión hacemos ocluir al paciente y obtenemos por resultado la pérdida de la relación intermaxilar como la asimetría y la crepitación de los segmentos. El tratamiento será la reducción de la fractura mediante la ferulización por alambres u ostio-síntesis.

#### ABERTURA O PENETRACION EN EL SENO MAXILAR.

La relación que guardan las raíces, principalmente del canino hasta el segundo premolar, con el piso del seno separados por una delgada lámina ósea y cuyo segmento óseo puede destruirse por la presión de un absceso en estado agudo, pudiendo infiltrarse a través de la membrana sin usar, la recolección exudativa y en el momento de lograr la avulsión dentaria queda expuesto el seno a la cavidad bucal comunicado por el alveolo el más recolectado; puede esperarse que drene el absceso y esperar a que se forme el coágulo; la canalización es importante para proteger el seno y lo hacemos mediante segmentos de Geolfam previo lavado con suero fisiológico. Hay que tener en cuenta el poder diagnosticar la co

municacion buco-sinusal y lo haremos tapando las narinas del enfermo y pidiéndole que trate de expulsar el aire - por las fosas nasales, al llevarse a cabo esta operación manteniendo la boca abierta del paciente la sangre saldrá por el alveolo en forma burbujeante esto es cuando - no hay infección y expidiendo el aire el cual produce un ligero silbido. Cuando no hay infección, el cono de Gelfoam se coloca en toda la longitud del alveolo y no importa - que se exceda en el piso del seno, ya que es sabida la - propiedad de este como material reabsorbible.

Necesitamos proteger al paciente de una posi-- ble sinusitis y para ello le administraremos un antibiótico de amplio espectro.

INDICACIONES: Evitar sonarse la nariz, evitar hacer enjuagues y necesidad de retorno para el control - radiográfico.

La penetración de restos radiculares abarca a mucosa sinusal es frecuente por la proximidad de las raf ces con dichas partes anatómicas, sobre todo de tercios radiculares angulados casi hacen imprescindible la bene

tración del cuerpo a la mucosa solamente nos librará- -

###. . .

de ello el adiestramiento del operador. Si de antemano contamos con una radiografía, en la que el seno, por su amplitud o por la longitud radicular descansa en la luz del seno, se hará técnica de colgajo; en caso contrario pero si la raíz se proyecta al seno y nuestra experiencia es buena trataremos de realizar la operación de Caldwell-Luc, si lo permiten las condiciones físicas y mentales de nuestro paciente.

#### HEMORRAGIA.

La Hemorragia es la salida anormal de sangre con todos sus componentes del interior de los vasos a consecuencia de un traumatismo o enfermedad.

Las causas de la Hemorragia son : Traumatismo, carencia o insuficiencia de vitamina C, K y P, discrasias sanguíneas, infecciones agudas o crónicas, carencia o insuficiencia de los elementos necesarios para que se efectúe la coagulación de la sangre, irritación causada por cuerpos extraños o esquirlas óseas.

Esta Hemorragia puede ser inmediata o mediata

##.....

En el, primer caso, la Hemorragia sigue a la operación; la falta de coagulación de la sangre y la no formación del coágulo se deben a razones generales o causas locales. Estas obedecen a procesos congestivos en la zona de intervención, debidas a granulomas, lesiones gingivales, heridas y desgarrros en la encía, esquirras o trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida-gingival. En ocasiones es un grueso tronco óseo arterial el que sangra, o la hemorragia que se debe a múltiples vasos capilares lesionados por la operación.

El tratamiento de esta Hemorragia inmediata se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante y haciendo presión firme con un rollo de gasa hasta que coagule la sangre.

Cuando hay Hemorragias el taponeamiento es un método preciso. Se realiza con un trozo de gasa la cual puede emplearse seca o impregnada de agentes hemostáticos, tales como el agua oxigenada, adrenalina, sueros, trombroplastina. De acuerdo con la hemorragia empleamos los medicamentos antes dichos.

##....

El tapón se coloca dentro del alveolo que sangra, permitiendo que su extremo libre cubra el alveolo. Se aplica un trozo de gasa proporcionando al sitio en que se actúa; todo ésto es mordiendo por el paciente, que mantiene de este modo el taponamiento durante un tiempo que varía de 15 minutos a media hora. El trozo de la gasa de la superficie se retira con las debidas precauciones; si ha cesado la Hemorragia podemos retirar al paciente con tapón medicamentoso dentro del alveolo. Como son hemostáticos locales, Gelfoam, todos los problemas que originan la hemorragia pueden prevenirse por el empleo sistemático de la sutura post-extracción; por este procedimiento la hemorragia es excepcional.

Si la hemorragia es mediata produciéndose varias horas después de realizada la extracción, se procede de la manera siguiente : practicamos un enjuagatorio con una solución de suero fisiológico a  $37^{\circ} \text{C}$  con el objeto de limpiar la cavidad bucal y en el lugar de la operación así como del coágulo que dentro de la herida y poder ver con claridad y precisión el lugar donde san -

##....

gra. Secamos cuidadosamente la región con una torunda de gasa. Si el vaso sangrante es gingival y esté a nuestro alcance puede practicarse una hemostasis, colocando un punto de corriente monopolar electrotérmico, efectuándose la electro coagulación de los tejidos; y para ello colocamos el electrodo de metal precisamente en el sitio en que se desea hacer la coagulación. ( Previa anestesia ).

Cuando la hemorragia es profunda, se procede de la manera indicada anteriormente: taponamiento de la cavidad con una tira de gasa con medicamentos.- Sobre este taponamiento se realiza la compresión con otra gasa, todo lo cual mantiene el paciente bajo su mordida. Otro método ideal para este tipo de hemorragia es : - Se aplica una anestesia local cuyo efecto vasoconstrictor nos ayuda produciendo una ligera isquemia y prácticamente una sutura, sobre los bordes de la herida tratando de tomar con ella, el vaso que sangra. El cese de la hemorragia debe ser inmediata, después de realizada la sutura. En caso de persistir la hemorragia habrá -

que recurrir a medicamentos generales, tales como la transfusión sanguínea, las inyecciones de sustancias que aceleren la coagulación devolviendo al tejido alguno de los elementos que le faltan : la vitamina K, el coaguleno, plasma y suero, etc.

Las enfermedades generales que nos interesan en la profesión en lo relativo al tratamiento de la hemorragia post-operatoria, son principal fuente la anemia, la hemofilia y las demás discracias sanguíneas. Si se estudia detenidamente al enfermo antes de la intervención, con frecuencia se advierte la palidez de la piel; además, es preciso observar todos los signos y síntomas del paciente y aprovecharse de todos los hallazgos para evitar que se presenten síntomas alarmantes.

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

El motivo principal que me movió para desarrollar este tema de tesis, fue lograr un resumen de los principales accidentes y las complicaciones que suelen ocurrir en el consultorio dental.

Tomando en cuenta lo dicho en este pequeño trabajo lograremos mayor experiencia exenta de fracasos que no sólo ocasionan molestias y sufrimientos al paciente, sino que van contra la buena reputación y llegan a quitar los ánimos del Dentista, sobre todo si éste se encuentra en el inicio de su vida profesional.

En sí, teniendo la precaución de elaborar una buena historia clínica lograremos tener un estudio que nos revele signos sospechosos de algún estado mórbido que pudiera ocasionar un accidente. También es indispensable los estudios de laboratorio; consultar con su médico familiar y sin dejar los cuidados pre y post operatorios : una medicación previa adecuada además que la responsabilidad del Cirujano Dentista debe ser la correcta.

##....

Por último, si se llegara a presentar cualquier accidente contaremos con la mayor experiencia lograda por el ejercicio profesional y teniendo siempre a la mano los medios indispensables como son los medicamentos e instrumentos necesarios resolveremos el trastorno o complicación que se presente.

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

1. ROBBINS L., Stanley. Tratado de Patología con -  
aplicación a la Clínica. -  
Edit. Interamericana. 3a.-  
Edición. México. 1969.
2. THOMA H., Kurt. Cirugía Bucal y Patología-  
Bucal. Biblioteca Estomato  
lógica. UTEHA. Tomo I, II.  
3a. Edición en Español. Mé  
xico, 1963.
3. FRANK M., Mc. Carthy. Emergencias en Odontología.  
Edit. Ateneo. 2a. Edición.  
Buenos Aires. 1972.
4. H. GUYTON C., Arthur. Fisiología. Edit. Interamerica  
na. 4a. Edición. México, -  
1971.
5. PANIAGUA, Elvira, C.D. Apuntes de Anestesia y Exodon  
cia. 1975-77.
6. NAVARRO, Francisco. Apuntes de Cirugía Bucal.  
Médico Cirujano Ma-  
xilofacial. 1976-77.
7. MANUAL ILUSTRADO DE ANESTESIA LOCAL. Editor  
a Asta. Suecia. 1970.  
EJNAR ERIKSSON.

##....

8. GLICKMAN, Inving. Periodontología Clínica. Edit. Interamericana. 4a. Edición. México, 1974.
9. EL GRAN LIBRO DE LA SALUD. Enciclopedia Médica de Selecciones del Reader's Digest. - México. 1974.
10. MEYERS, Frederik; JAWETZ, Ernest; GOLDFIE, Alan. Farmacología Clínica. 2a. Edición. Edit. El Manual Moderno, S. A., México. 1975.
11. RIES CENTENO, G.A. Cirugía Bucal. Editorial "El Ateneo" Séptima Edición. Buenos Aires. 1973.
12. BIRN, H.; WINTHER J. E. Manual of Minor Oral Surgery - A Step by Step Atlas. Munksgaard Copenhagen North and South America. " B. Saunders Company. Primera Edición. - Philadelphia, Toronto, London. 1975.
13. CHAVEZ RIVERA, Ignacio. Coma, Síncopa y Shock. Edición de la Facultad de Medicina. 1974.

##....

14. MITCHELL TIECKE. Propedeutica Odontológica Fisiopatológica.
15. SCHUCHARDT. BURKET Odontoestomatología Medicina-Bucal.
16. GIUNTA DARGENSEN. Patología Bucal y Anestesia.
17. MANUAL DE MERK. Laboratorios Merk.
18. Diccionario MEDICO. Enciclopedia Médica de Seleccion Salvat.1976.