

24. 383

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.



CARRERA DE ODONTOLOGIA

**PROPEDEUTICA Y SEMIOLOGIA DE LAS
URGENCIAS OROFARINGEAS.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
ERNESTO ZARATE RAMIREZ**

SAN JUAN IZTACALA, MEX. 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CAPITULO I) - PROLOGOPROPEDEUTICA Y SEMIOLOGIA DE LAS
URGENCIAS OROFARINGEAS

Sin duda que un -Cirujano Dentista- deberá tener una gran habilidad manual en el diseño de cavidades, pñnticos, aspectos de laboratorio, etc.

Pero sin duda el más diestro en los aspectos protésicos; estará en desventaja ante otras problemáticas si no las domina también y verse en situaciones penosas, peligrosas y hasta -criminales ante la obligación profesional, ética y aún moral ante la sociedad, que ante ella estamos obligados a responder con un alto índice de profesionalismo.

Estas problemáticas son las "Urgencias y Emergencias" que -suelen presentarse muchas de ellas en forma inesperada y súbita.

Podemos dividirlos en dos grandes grupos; el primero, las urgencias propias de la economía bucal, piezas dentarias, huesos maxilares, tejidos blandos, lengua, glándulas, etc. y los sistémicos como infartos, shock, trombósis, discrasias sanguíneas. La presente tésis sostiene que todo Cirujano Dentista debe dominar estos aspectos en bien del paciente que en -

nosotros confía, no importando la especialidad que éste tenga. Trataré de resumir dichos problemas mencionando su etiología o causa, sus aspectos clínicos, síntomas o síndromes y lo que en la actualidad se considera más ventajosa. La presente tesis en "Propedéutica y Semiología de las Urgencias - Orofaringeas" es para mí, el primer paso que me propongo dar primero para recibirme y obtener mi título profesional.

En nuestra práctica diaria encontramos diferentes tipos de urgencias que requieren de atención inmediata, y es, entonces el momento en que aplicamos nuestros conocimientos adquiridos tanto en la práctica como en el estudio en nuestra formación, y veremos pacientes con diversos cuadros patológicos como son: Organos dentarios con formación de abscesos, bolsas parodontales, quistes, dientes fracturados, restos radiculares, mordeduras, ya sea de lengua o de vestíbulo de boca, puntos de contacto prematuros, alveolitis y tumores.

Analizar el problema que se presenta con métodos tan sencillos y comunes como es; la historia clínica, la palpación, la percusión, la observación, el uso de instrumentación adecuada y el estudio radiográfico para la elaboración del "Diagnóstico, Pronóstico, y el Plan de Tratamiento".

Y ofrecer una Buena Solución en los pacientes que requie

ran de las urgencias orofaríngeas. Se debe de tener muy en cuenta la sintomatología ya que no podemos pasar un momento desagradable si se presenta "un estado" ya sea de shock, infarto, trombosis y discrasia sanguínea. Esta es una urgencia muy importante ya que es de vida o muerte y de fracción de tiempo. Por lo tanto debemos estar preparados y empapados de los conocimientos necesarios para resolverlo de la forma más conveniente y satisfactoria.

Ya sea que la práctica profesional se ejerza a nivel de clínica o consultorio particular, ya que no sabemos cuándo se puede presentar un problema de este tipo.

Es por esto que escogí esta tesis sobre "Propedéutica ; fisiología de las "Urgencias Dentales", ya que es de una trascendencia para el Cirujano Dentista de práctica general que al dejar las aulas y estar sólo sin la ayuda de los maestros, adquiera una gran responsabilidad como profesional.

Como prueba de agradecimiento deberá de resaltar en este caso el nombre de la U.N.A.M., tratando de superarse hasta don de el umbral de su capacidad lo permita.

CAPITULO II) LUXACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Esta forma de luxación (dislocación) se debe a una malposición de la cabeza del cóndilo por delante de la "Eminencia Articular".

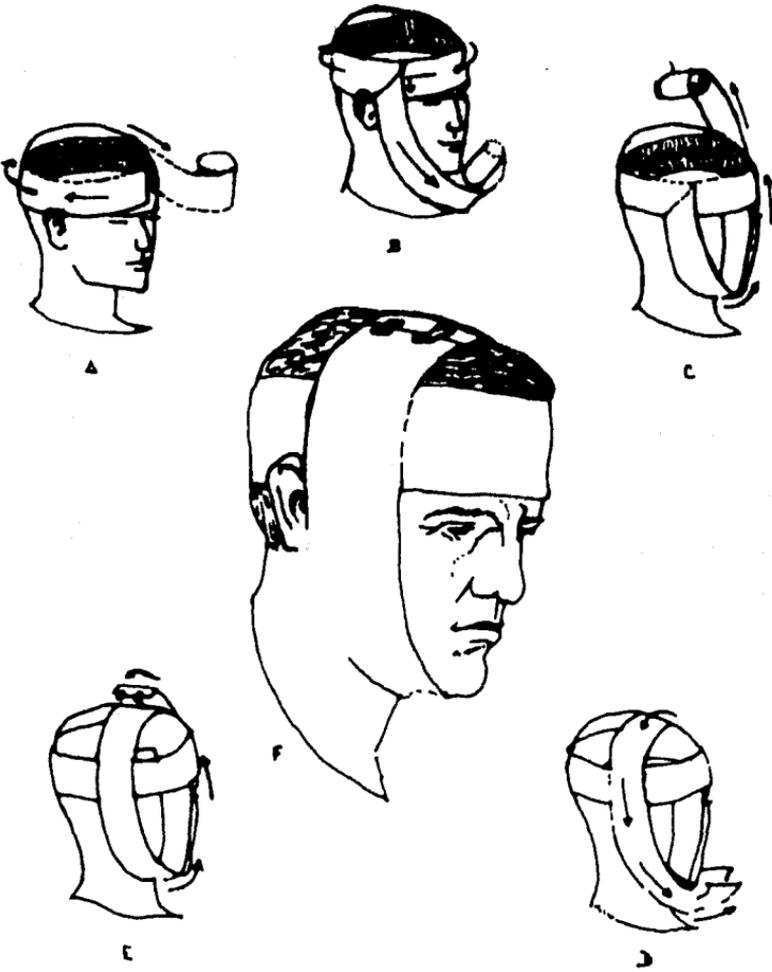
El paciente no podrá cerrar su boca y el tipo de mordida que obtenemos al llevar los dientes en oclusión será correspondiente a la clase III. Y ocurre, cuando mantenemos al paciente con la "boca abierta" demasiado tiempo, este accidente se puede presentar durante el tratamiento dental, y en otras ocasiones es causado por un traumatismo o bostezo. Al descartarse la fractura de la cabeza del cóndilo su tratamiento será la restitución de la mandíbula en su posición correspondiente; se pedirá al paciente que se tranquilice y que nada ha sucedido de gravedad y que se relaje. A veces es bueno el masaje preauricular ya que logra que la mandíbula vuelva a su cavidad glenoidea que es su posición original y normal.

En caso contrario; es obligado tomar con los dedos pulgares la mandíbula colocándolos sobre los dientes posteriores envueltos en una gasa para protegerlos, ya que los dientes pueden cerrar en una forma brusca cuando el cóndilo recupera su posición y el resto de los dedos; índice, cordial, anular y-

meñique, se colocan fuera de la boca y debajo del borde de la mandíbula, la cual debe dirigirse suavemente "hacia abajo, atrás y hacia arriba", para propiciar la entrada de los cóndilos en las fosas correspondientes. Una vez concluida la reducción se recomienda la prescripción de un relajante muscular como Equanil o Robaxin, durante varios días para evitar espasmos musculares y advirtiéndole al paciente que no abra demasiado su boca.

mañique, se colocan fuera de la boca y debajo del borde de la mandíbula, la cual debe dirigirse suavemente "hacia abajo, atrás y hacia arriba", para propiciar la entrada de los cóndilos en las fosas correspondientes. Una vez concluida la reducción se recomienda la prescripción de un relajante muscular como Equanil o Robaxin, durante varios días para evitar espasmos musculares y advirtiéndole al paciente que no abra demasiado su boca.

Tratamiento de las ergonías más frecuentes:



BRUNNEN DE B6 24-

CAPITULO III) SHOCK. GENERALIDADES

Shock - Es un término que se emplea en clínica para la descripción de un síndrome que se caracteriza por postración du radera e hipotensión y se acompaña de palidez, frialdad, humedad de la piel, colapso de venas superficiales, alteraciones mentales y falta de excreción urinaria por los cuales se acompaña generalmente.

BREVE RESUMEN HISTORICO

En el año de 1872 Gross lo describe como un síndrome "Brusco de desquiciamiento de funciones vitales". Fijando el tras-torno con problemas funcionales relacionados con el orgánico, el principal se localiza en la integración funcional y no en cambios morfológicos especiales; En la Primera Guerra Mun-- dial se le dio una gran importancia a los pacientes en estado de -Shock- por las heridas o traumatismos, aumentaron los estudios en la: Permeabilidad Capilar, Tono Vascular, Reserva alcalina y Volumen Sanguíneo.

En el período de las dos Guerras Mundiales, disminuye el interés por esto, y sin embargo, aumenta el estudio de la (Hístamina) como agente tóxico especialmente relacionado con el "Shock Anafiláctico".

Se sabe en ese entonces que la insuficiencia suprarrenal era un factor que predisponía al paciente a ser más susceptible al Shock. Después de un período de calma de la guerra, aumenta el interés por el estudio del flujo sanguíneo y la integridad funcional de órganos y sistemas y así se efectúan investigaciones y estudios experimentales sobre el riego sanguíneo, cerebral, pulmonar, hepático y renal y la circulación coronaria.

La microcirculación se estudió con respecto a factores neurohumorales; La insuficiencia renal, y la infección como complicación del Shock fue el tema de la guerra de Corea. En 1955 se reconoció la importancia del "Shock Bacteriano" como entidad independiente; Con el advenimiento de perfección de técnicas y estudios de investigación más avanzados, el cateterismo cardíaco, exámenes de la función pulmonar y estudios de depuración renal es posible hacer mediciones fisiológicas exactas en los pacientes.

Actualmente se miden la presión intraarterial el gasto cardíaco, el PH sanguíneo, la tensión de O_2 , y la saturación de CO_2 , se emplean incluso computadoras para facilitar el estudio de los pacientes como parte de los medios clínicos para ampliar la eficacia y el alcance de este esfuerzo.

CONCLUSION DEL RESUMEN HISTORICO

Shock.- Síndrome caracterizado por postración duradera e hipotensión, acompañado de palidez, frialdad y humedad de la piel, colapso de venas superficiales, alteraciones mentales y anuria.

1872
Gross { "Brusco Desquiciamiento de Mecanismos Vitales"
Su concepto: La alteración fundamental es la -
integración funcional, y no en cambios anatómicos.

1a. Guerra Mundial { Estudios sobre tono vascular, permeabilidad capilar, reserva alcalina y volumen sanguíneo.

Período entre las 2 Guerras { La importancia de la -Histamina-.
La importancia de la Insuficiencia Suprarrenal.

2a. Guerra Mundial { Volumen de depleción
Infecciones
Insuficiencia Renal
Cateterismo cardíaco - Factores Hemodinámicos

Después -
de la Se-
gunda Gue-
rra Mun-
dial

{ Estudios de Riego Sanguíneo; Cerebral, Hepáti-
co, Renal, Circulación Coronaria, Micro y Ma--
crocirculación.
Factores Neurohumorales.

Guerra de
Corea

{ Insuficiencia Renal
Infecciones; Shock Bacteriano

Decenio
Ultimo

{ Estudios de Depresión Renal
Presión Intraarterial; Gasto Cardíaco
PH Sanguíneo
Tensión en la Sangre de $O_2 - CO_2$

DIVERSAS CLASIFICACIONES DE SHOCK

A continuación se mencionan algunos "Tipos de Shock", brevemente para dar la pauta al Shock por Hipersensibilidad, que es el más importante para el -Cirujano Dentista de Práctica-General-. Con el advenimiento de estudios más profundos y -avanzados, es bien conocido que la Etiopatogenia del Shock, -se debe a factores como son: ¡El Déficit en el aporte capilar de O_2 en relación con factores circulatorios y no sólo - como una insuficiente irrigación tisular! .

I).- **SINDROMES HIPODINAMICOS:**

"De Bajo Gasto Cardíaco", en donde la disminución del aporte de O_2 y del flujo se encuentran proporcionales.

II).- **ESTADOS HIPERDINAMICOS:**

Es indispensable analizar otros mecanismos que interfieran con el transporte de O_2 que se lleva a cabo - entre la: **ARTERIOLA** \longrightarrow **EL CAPILAR** \longrightarrow **CELULA**.

En ambos se observaron las consecuencias de hipoxia - celular. Esta clasificación adoptada en la (Universidad del Sur de California) da una guía práctica para la etiología de los diversos estados de -Shock- de -- los cuales mencionaré VII de ellos.

I.- **SHOCK BACTERIANO**

El Shock Bacteriano es muy frecuente y es sólo superado por el Shock Hipovolémico. La etiología más común es la infección de la corriente sanguínea por bacterias entéricas GRAM-NEGATIVAS; y se presenta con mayor frecuencia en hombres de edad avanzada con infecciones genitourinarios o bien como -- complicación de Colesistitis o en los abortos asépticos.

En la actualidad se le atribuye a la acción nociva en los vasos sanguíneos por endotoxinas liberadas de la pared celular de las bacterias gramnegativas, con descenso de la "PRESION-ARTERIAL" y reducción del -Flujo Sanguíneo-.

II.- SHOCK CARDIOGENICO

La insuficiencia cardíaca como bomba es otra causa importante del Shock, un ejemplo muy claro es el: Infarto del Miocárdio. El déficit miocárdico causa una serie característica de reacciones hemodinámicas, especialmente hay notable -REDUC - CION DEL GASTO CARDIACO- lo que en parte explica esta forma de Shock. La profunda disminución del gasto cardíaco y las manifestaciones clínicas del choque acompañan a las diversas alteraciones del corazón como son: Irregularidades del ritmo cardíaco, y bradicardia o bien taquicardia extrema.

III.- SHOCK HIPOVOLEMICO

Las causas más frecuentes en este tipo de Shock; Es la pérdida de Sangre, plasma y agua: y se conocen las pérdidas externas de sangre y plasma después de que han sucedido traumatismos físicos, quemaduras o intervenciones quirúrgicas, - -

otros mecanismos muy importantes, como son: Las diarreas y vómitos causados por intoxicaciones alimenticias u obstrucción pilórica.

También hay pérdida de líquidos por volúmenes de estos confinados en cavidades corporales como en el hemotórax, hemoperitoneo, fracturas, etc. El defecto primario en esta forma de Shock es el inadecuado volumen circulatorio, reducción del retorno venoso con la consiguiente disminución del gasto cardíaco.

IV.- SHOCK NEUROGENO

La alteración de la función nerviosa por corte fisiológico - transversal de la médula espinal se puede acompañar de un profundo descenso de la -"PRESION ARTERIAL"- y pueden presentarse caracteres clínicos de Shock, como consecuencia de la depresión vasomotora. El Shock neurogénico es un colapso vasomotor, sin embargo, la insuficiencia circulatoria no proviene de la pérdida del tono arterial o arteriolar, sino de la desproporción entre el (Volumen Circulatorio y la Capacidad Vasular).

El volumen intravascular es normal pero el tamaño del lecho-

vascular, sobre todo el venoso aumenta notablemente, por lo tanto, el volumen normal contenido en el lecho vascular es insuficiente para mantener el retorno venoso.

Causas psicológicas suelen desencadenar síncope o desmayos-- aunque en ocasiones sigue a un traumatismo físico o a la exposición de elevadas temperaturas ambientales.

V.- SHOCK POR TRASTORNOS EN EL FLUJO SANGUINEO

La obstrucción en la corriente principal del flujo sanguíneo impide una circulación eficaz. Los síndromes clínicos en los que la obstrucción vascular es causa de Shock son: La embolia pulmonar, el taponamiento cardíaco, obstrucción de alguna cavidad cardíaca por trombo o tumor, aneurismas o compresión de la vena cava.

La terapéutica se dirigirá a corregir la obstrucción; Es también causa de síncope la maniobra de "Valsalva" especialmente durante la micción o defecación, con lo que se impide, -- transitoriamente el flujo torácico, al elevar la presión intratorácica.

VI.- SHOCK POR INSUFICIENCIA ENDOCRINA

Las alteraciones intensas de la actividad endócrina se pueden manifestar por la aparición clínica de Shock, en ellas se incluyen anomalías endócrinas primarias o secundarias, -- particularmente de hipófisis corteza suprarrenal y tiroides.

El común denominador de esta forma de Shock es la insuficiencia del Metabolismo celular, aunque el defecto metabólico es específico de diversos endocrinopatías puede ser de otro orden.

VII.- SHOCK POR HIPERSENSIBILIDAD

Luego de haber mencionado algunos tipos de Shock, he dejado al último el Shock por hipersensibilidad, ya que es el que considero de mayor importancia para el -Cirujano Dentista-. El correspondiente a este prototipo es el "Shock Anafiláctico" y es provocado por la administración de una SUBSTANCIA ANTIGENA en un sujeto SENSIBILIZADO en el cual desencadena una respuesta sistémica conocida como: -"REACCION ANTIGENO-ANTICUERPO"-.

Etiología: Cuando se inyecta un Antígeno.

La Sintomatología es:

- 1) SUBAGUDA.- Cuando se presenta inmediatamente la reacción.
- 2) AGUDA.- Se presenta de 1/2 hrs. a 6 hrs.
- 3) TARDIA.- Se presenta de 12 hrs. a 24 hrs.

Después de la inyección del antígeno se presentan manifestaciones ya sea locales o generales como: urticaria, fiebre, - edema, sensación de prurito local, generalmente hinchazón al alrededor de los ojos, párpados y cara, ahogo, sofocación, acceso de tos, estado asmático de disnea, hipotensión aguda, - pérdida progresiva de la conciencia ante excitación, nerviosismo, midriasis, incontinencia vesical y rectal.

FISIOPATOLOGIA DE LA HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA

Veremos que hay algunos agentes específicos que producen hipersensibilidad inmediata y con frecuencia relativa.

Considerando que cualquier antígeno que produzca anticuerpos circulantes es causante potencial de una reacción de hipersensibilidad inmediata, se clasifican en 3 categorías que --

son:

a).- **Proteínas Extrañas y Polisacáridos** - Tenemos a las vacunas que contienen proteínas animales, extractos de órganos, venenos de insectos y enzimas proteolíticas, bacterianas o pancreáticas.

b).- **Medicamentos** - Actualmente son la causa más común de reacciones graves de hipersensibilidad por ejemplo: La Penicilina, Sulfonamidas, Estreptomina, Anestésicos Locales -- (del tipo procaína), yoduros, medio de contraste radiológicos (semillas de Radón), y el Acido Acetilsalicílico.

Otros factores predisponentes para constatar si un individuo presente hipersensibilidad se incluye; la herencia, vía de administración y capacidad de los medicamentos de causar sensibilidad.

Las personas con "ATOPIA" (tipo especial de anafilaxis en -- que se desarrolla la sensibilidad a menudo en forma familiar); Es más frecuente la hipersensibilidad de los medicamentos en estos sujetos.

La aplicación tóxica en particular en zonas inflamadas, sensibiliza más fácil que las inyecciones parenterales o la ad-

ministración por vía bucal, aunque es más difícil que haya - sensibilidad por esta vía, es un riesgo preciso los medica-- mentos que se encuentran con composición de grupos: Carboxi- lo, Amino, o Hidroxi, se combinarán con más facilidad con - las proteínas corporales y en esta forma se transforman en - "Antígenos".

Alergénos Atópicos.-

Los agentes que producen atopia con más frecuencia son: po - len, polvo, plumas, pelo, bacterias, hongos, alimentos (hue - vo, leche, chocolate, etc.).

Las causas más comunes del -Shock Anafiláctico- que producen la muerte en el ser humano son: Penicilina, Sueros Heterólo - gos, Anestésicos Locales, Extractos de Organos, Vacunas, Yo - duros, Acido Acetilsalicílico y Veneno de Insectos.

DESARROLLO DEL SHOCK EN LA HIPERSENSI - BILIDAD INMEDIATA

Mecanismos generales que inician las reacciones: El anti - cuerpo se produce como resultado de la exposición inicial a -

un antígeno, sensibilizándose así el individuo. El anticuerpo persiste como parte del contenido proteínico de la sangre o queda fijo en los tejidos para que la exposición siguiente al antígeno produzca una reacción de hipersensibilidad, la duración de la sensibilidad es variable y puede persistir durante años.

Pues bien, el anticuerpo que causa la hipersensibilidad inmediata puede circular libremente en el suero, al unirse a las células del cuerpo antes de combinarse con el antígeno, durante una reacción de alergia aguda.

Definitivamente no se conoce la reacción Antígeno-Anticuerpo y el resultado que explique la hipersensibilidad aguda, se piensa que la causa de la reacción es el precipitado Antígeno-Anticuerpo en sí. Tanto la anafilaxis grave como el Shock se piensa que son factores humorales, en la actualidad se acepta que las manifestaciones clínicas de anafilaxis dependen de la liberación de compuestos intermediarios que reaccionan en distintos sitios del cuerpo, por lo menos son cuatro los compuestos farmacológicamente activos como es: La Histamina, la Serotonina y la Bradicinina.

La Histamina se deriva de la "histidina", que se encuentra principalmente en los gránulos de las células cebadas que

también contiene heparina, estas células se localizan en el tejido conectivo cerca de los vasos sanguíneos, pleura , hígado, lengua. Al romperse estas células durante la anafilaxis liberan, histamina y heparina, los efectos farmacológicos de la histamina causan contracción de la musculatura lisa, vaso dilatación generalizada y aumento en la permeabilidad capilar.

La "Serotonina" se forma a partir del triptofano, esta produce constricción súbita del músculo liso, aumenta la permeabilidad capilar, provoca vasoconstricción similar a la "Noradrenalina" y vasodilatación igual a la "Histamina". La Bradicinina se forma a partir del plasma por acción de esterasas, estimula la contracción del músculo liso, causa vasodilatación intensa y aumenta la permeabilidad capilar en forma notable, además en la Anafilaxis se liberan enzimas proteolíticas.

REACTIVIDAD DE LOS SITIOS DEL ORGANISMO INCLUIDOS EN EL SHOCK POR HIPERSENSIBILIDAD

El músculo liso y los vasos sanguíneos son los lugares que más actividad presentan en la anafilaxis predominantemente en las arteriolas, capilares y vénulas causando dilatación y

aumentando la permeabilidad capilar en gran forma, la musculatura lisa se contrae, incluso la de los bronquios, intestino y útero.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las características clínicas con respecto al Shock anafiláctico son variables en cuanto a los síntomas y respecto al intervalo entre la exposición al antígeno y el comienzo de las manifestaciones y la evolución clínica.

El principio de la reacción es hormigueo o prurito de lengua, manos, cara, sensación de boca seca, opresión o estiramiento de tórax, dolor precordial y disnea de grado variable, el rubor facial suele ir seguido de la palidez, el dolor epigástrico, las náuseas y vómito y trastornos visuales son menos frecuentes.

Puede haber convulsiones seguidas de incontinencia urinaria y fecal. La tos, las respiraciones jadeantes, el edema de -- los párpados o faringe y la urticaria ocurren sólo o combinados con otros síntomas, fiebre, artralgias y bulas hemorrágicas son poco frecuente.

TRATAMIENTO

Contamos con tres grupos de medicamentos que se consideran -
básicos en el tratamiento fármaco del "Shock Anafiláctico":

- I) Vasoconstrictores y Relajadores de la musculatura lisa.
- II) Antihistamínicos.
- III) Antiinflamatorios.

La adrenalina es el fármaco de elección más eficaz y rápido-
para producir vasoconstricción y relajación de la musculatu-
ra lisa.

Otros -Simpaticomiméticos- eficaces son:

La Noradrenalina, Metaraminol (Aramine) y Efedrina. La Amino
filina es útil para aliviar el broncoespasmo.

Otro grupo de Antihistamínicos igual de eficaces, como es el
Clorhidrato de Difenhidramina (Benadryl); Maleato de Clorafe
niramina, etc. Los Corticosteroides se usan como antiinflama-
torios.

También observamos que las "vías altas" estén libres, en ca-
so de edema laríngeo grave hacer -Intubación Endotraqueal o-
"Traqueostomía".

Administración de O₂ si es indispensable, ayudando manualmente (Boca a Boca), o por aparatos (Bomba de Ambu), y muy im--
portante, mantener al paciente en posición -DECUBITO DORSAL-
o tren de Lenborne, durante las maniobras.

SHOCK ANAFILACTICO.- MEDIDAS DE EMERGENCIA
PARA SU TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO DEN _
TAL

- I. Colocar al paciente en posición decúbito dorsal: Sobre --
una superficie rígida, aflojar sostén, agujetas, corbata, fajas, cinturón, reloj, etc.
- II. Investigación de Síntomas: Sensación de boca seca, do--
lor precordial, prurito, hormigueo en lengua, ojos y cuerpo,
opresión de tórax, relajación de esfínteres, orina, o mate--
ria fecal, sudor .
- III. Observar y tomar signos vitales: Disnea, rubor facial,-
palidez, frialdad, cianosis, respiración, frecuencia y ritmo,
presión arterial, taquicardia o bradicardia, temperatura - -
(preferente por vía rectal), miosis o midriasis, conjuntivas
y secreción salival.
- IV. Valoración de la intensidad del Shock y su reacción alerg

génica.

V. Administrar frasco amp: Adrenalina 1:1000, 0.5 ml. intramuscular o por vía subcutánea.

Venoclisis: Suero fisiológico, Glucosado o Harman 500 ml.

VI. Administrar antihistamínicos: Benadryl, Clorotrimetón, - Avapena, por vía intravenosa.

VII. Valorar el estado real de emergencia globalmente, tomando en cuenta presión arterial, pulso, respiración en forma minuciosa, ritmo, frecuencia, etc. la temperatura checarla con la toma anterior y la sintomatología si se ha agravado, sostenido o disminuido.

VIII. En hipotensión arterial: Administrar Efedrina de 50 mg. por vía I.M. o A.S. Cor.

IX. Administrar por vía venosa Aminofilina 200 mgs.

X. Administración intravenosa: Según intensidad de la reacción Hidrocortizona, Solucortef, Flebocortif, Solumedrol.

XI. Valorar nuevamente al paciente: Presión arterial, pulso, respiración y signos anteriores, comparándolos si han mejora

do, sostenido o agravado.

XII. Hipotensión arterial severa: Menos de 60 mm. de Hg o -
sin presión arterial.

Administrar: Neo-Sinefrina al 1%, 5 ml. disueltos en suero y
goteo lento.

Vigilar presión arterial cada dos minutos, disminuir más el-
goteo cuando se alcancen cifras normales.

XIII. Administrar O₂: 4 a 7 litros por min. constante y entu-
bar tráquea de ser posible respiración de boca a boca u - -
otros medios, (Si se cierra la epiglotis practicar traqueos-
tomía).

XIV. Paro Respiratorio: Entubado o con traqueostomía, dar ma-
saje torácico a 16 excursiones respiratorias por min. o se-
gún la edad.

XV. Paro Cardíaco: "Importante" instituir masaje cardíaco ex-
terno inmediato a 70 compresiones x min. (no fracturar costi-
llas(hacer la presión a la mitad del esternón y con el ta-
llón de la mano exclusivamente y la respiración artificial se
aumentará a 20 o 26 por min. de ser de boca a boca turnarse-
cada minuto el operador por otro, si para un minuto del ini-
cio del paro cardíaco y no responde, se harán 16 compresio--

nes por min.

XVI. Administrar intracardiamente: Adrenalina 0.5 ml., - -
Atropina 1 ml. y bicarbonato de sodio, Bicasodio o Bicarsol,
Abbotal 7.5% 1 amp.

NOTA: La punción intracardiaca se realiza con agujas de ra-
quia números 20 al 24 puncionar en el 4o. o 5o. espacio in-
tercostal izquierdo siguiendo la línea esternal en su borde-
introducir rápidamente, aspirar sangre e introducir conteni-
do rápidamente sacando la aguja de inmediato al terminar.

XVII. La respiración artificial y el masaje cardíaco no se -
suspenderá hasta que exista latido cardíaco, nuevamente espe-
rar 5 min. para ver si hay respuesta cardíaca, en caso nega-
tivo por la misma vía intracardiaca los medicamentos anterio-
res no interrumpir la respiración ni el masaje cardíaco.

XVIII. Si después de 10 minutos de la última punción cardíaca
y no habiéndose interrumpido el masaje cardíaco y respira-
ción no hay respuesta del miocardio (no hay respiración ni -
presión arterial) pulso carotídeo, pupilas dilatadas, relaja-
ción de esfínteres, orina y defecación, no hay ruidos cardíacos.

Se considera que el paciente ha fallecido.

CAPITULO IV) PARO RESPIRATORIO

El síncope simple (desmayo), reacciones tóxicas a soluciones anestésicas, alergias, ataque asmático, crisis epilépticas, -choque insulínico, angina de pecho, oclusión de arterias coronarias, cualquiera de los estados mencionados pueden degenerar, hasta llegar a "Paro Respiratorio".

Si las pupilas de un paciente inconsciente están dilatadas y fijas, o contraídas y fijas, si no hay pulso y no puede descubrirse respiración, la situación es grave y debe instituirse ;Inmediatamente! LA REANIMACION CARDIO-PULMONAR.

Debe darse la alarma, colocar al paciente rápidamente en posición supina sobre el piso, con la cabeza extendida para --llevar la mandíbula hacia adelante y liberar las vías aéreas.

El Cirujano Dentista aprieta la nariz del paciente, coloca -su boca sobre la de él y sopla dentro de ella para expandir los pulmones.

Debe observarse que el tórax se eleva cuando se exhala dentro de la boca del paciente; este procedimiento se repite rápidamente cuatro veces. El Cirujano Dentista debe colocar entonces el talón de una mano en la mitad inferior del ester--

nón, poner el talón de la otra mano sobre el dorso de la primera, comprimir el esternón 3.7 a 5 cm., sosteniendo momentáneamente la compresión e interrumpiéndola después.

Este procedimiento se repite por lo menos una vez por segundo durante 15 compresiones, después de lo cual el Cirujano - Dentista se detiene para repetir rápidamente dos respiraciones boca a boca y reanudar entonces la compresión del tórax.

Este sistema se continúa hasta que los otros miembros del -- equipo llegan a prestar atención, una persona sigue con la - compresión del tórax a una o más compresiones por segundo y otra persona realiza la respiración de boca a boca hasta que llegue el aparato de bolsa y mascarilla. Debe tenerse cuidado al colocar la mascarilla para tener la seguridad de que - la porción nasal de la misma se coloca primero sobre el puente de la nariz y se lleva después hacia abajo hasta la barbilla, donde se sostiene firmemente en posición. Se observa el tórax, para tener la certeza de que se eleva y se deprime -- con cada compresión y relajación de la bolsa mientras se administran masaje cardíaco externo y asistencia respiratoria, otro miembro del equipo debe establecer una vía intravenosa para la administración de 5% de glucosa en agua y otro debe tomar la presión arterial.

Entre lecturas de presión arterial, esta persona debe buscar el pulso femoral o carotídeo para comprobar que el masaje -- cardíaco es eficaz. Mientras este tratamiento avanza, el - - miembro del equipo que debe telefonar habrá llamado a la -- ambulancia- y a alguno de los médicos que están a cargo de las urgencias, la misma persona debe llamar también a la "Sala de Urgencias" de un hospital para que se preparen a recibir al paciente. La razón del paro cardíaco repentino puede no ser evidente, pero por el momento esto no es importante - ya que deben mantenerse la circulación y la ventilación hasta que el paciente llegue al hospital, donde están al alcance posibilidades de diagnóstico.

Durante este período, la respiración y la circulación pueden no ser tan eficaces como se desea. Esta última puede mejorarse por inyección intravenosa de 0.5 a 1.0 mg. de Adrenalina. Si hay colapso circulatorio y no puede encontrarse una vena, puede administrarse 1.0 mg. de Adrenalina en inyección intratraqueal; cuando hay paro cardíaco el PH sanguíneo se baja - por acumulación del bióxido de Carbono.

Este estado debe corregirse por inyección intravenosa de bicarbonato de sodio, la dosis inicial es de 50 ml. del preparado comercial (3.75 g. o 44.6 meq. miliequivalentes), y esto puede repetirse a intervalos de cinco min. pueden adminis

trarse hasta 300 ml. si el paciente no mejora.

El tiempo es muy importante cuando los pacientes sufren colapso cardiovascular, si las medidas de reanimación cardiopulmonar, se han empezado dentro del minuto que sigue al paro, hay 90% de posibilidades de éxito. Si el lapso se extiende de dos minutos, puede lograrse el éxito en 75% de los casos.

Si la reanimación no se empieza dentro de los cuatro minutos que siguen al paro, las probabilidades de éxito son de 25% más o menos. Generalmente el colapso cardiovascular es un estado progresivo que se extiende cierto período, y el proceso de deterioro puede a menudo ser reversible. En circunstancias tales como electrocución o infarto del miocardio, será repentino y a menudo no ofrecerá oportunidades para interceptarlo.

VOLUMEN AIRE

UNA PARTE DE O₂

CUATRO PARTES DE NITROGENO

PEQUEÑAS PARTES DE ANHIDRIDO CARBONICO

AMONIACO

ARGO

NITRITOS

MATERIAS ORGANICAS

Gasto de Consumo de Tej. Cerebral por min.

En 100 grs. habrá: 55 ml. de Sangre buena

55 mgs. de Glucosa

8 cc. de O₂

POSIBILIDADES DE VIDA DE LA VICTIMA

PARO RESPIRATORIO POR:

1 min.	98 de 100	
2 "	92 de 100	
3 "	72 de 100	
4 "	50 de 100	
5 "	25 de 100	NIVEL CRITICO
6 "	11 de 100	
7 "	8 de 100	
8 "	5 de 100	
9 "	2 de 100	
10 "	1 de 100	
11 "	1 de 1 000	
12 "	1 de 10 000	

A S M A

Una definición clásica del asma es la de "proceso broncoespástico" reversible.

De etiología: Alérgica.

Los bronquios son normales antes de que el paciente sensibilizado se ponga en contacto con el alérgico ofensivo.

El alérgeno puede ser inhalado, ingerido o inyectado, dando lugar rápidamente a una respuesta bronquial que consiste en-contracción espasmódica de los músculos lisos de los bronquios- también se debe al contacto con ciertos alimentos, -pólenes, polvos, productos animales, toxinas microbianas, o causas desconocidas.

Expresiones Clínicas.-

Antes y después de las crisis agudas, la exploración torácica debe ser normal; durante la crisis el paciente presenta - una profunda dificultad respiratoria, empleando los músculos accesorios con inspiraciones difíciles y cortas, seguidos de espiraciones prolongadas.

El paciente intenta espirar en una posición de inflación completa, la auscultación revela sibilancias espiratorias prolongadas con "calidades musicales y murmullo vesicular muy - apagado por todo el tórax".

El paciente suele tener historia de ataques anteriores y ser más susceptible a un acceso asmático si está física o mentalmente cansado o emocionalmente exhausto. Como regla el paciente informa al Cirujano Dentista, acerca del comienzo del ataque, pero si no lo hace, el episodio puede descubrirse -- porque el enfermo espira en forma forzada y tono alto, mueve los hombros y se sienta en el sillón en una posición que produce el efecto de tórax en truel.

Los síntomas del asma corresponden a una ventilación pulmonar insuficiente, la mayor dificultad se presenta durante la fase de espiración, en ocasiones puede sobrevenir la muerte-- durante un ataque agudo de asma, el asma de larga duración - puede dar lugar a trastornos cardíacos secundarios. La obstrucción de los bronquios por las secreciones produce una -- respiración sibilante que se percibe perfectamente con el -- "estetoscopio", algunos clínicos, piensan que las infecciones dentarias periodónticas y periapicales pueden agravar el asma a consecuencia de la hipersensibilidad a los microbios.

No es probable que estas fuentes de infección dentaria puedan constituir la causa exclusiva de un cuadro asmático.

Tratamiento: Estos ataques se controlan mejor por administración del propio medicamento del paciente o por administración intramuscular o intravenosa de 0.2 a 0.3 mg. de Adrenalina, si es necesario esta dosis puede administrarse repetidamente una o dos veces a intervalos de 1 a 2 minutos para controlar el acceso. Además el paciente debe recibir O₂ con mascarilla.

ESPASMO DE LA GLOTIS

Intubación Endotraqueal:

Tres métodos para lograr la permeabilidad de las vías aéreas .-

La intubación endotraqueal es la forma preferida para asegurar unas vías aéreas permeables durante la reanimación cardiopulmonar o la ventilación pulmonar prolongada, o para lograr una vía aérea sin obstrucciones, cuando se necesite.

Puede introducirse una sonda endotraqueal bajo visión directa por la boca o la nariz hasta la tráquea, o a "ciegas", -

por las fosas nasales si el individuo respira.

Cualquiera que sea el método empleado, es necesario colocar adecuadamente la cabeza del paciente, con moderada elevación sobre un cojín (en hiperextensión con moderada flexión del cuello, de modo que la boca, la laringe y la tráquea queden casi en línea recta). La hiperextensión de la cabeza sin flexión de la columna cervical impide la visualización de la laringe y hace que la hoja de laringoscopio quede contra los dientes superiores, nunca se usarán los dientes como punto de apoyo pues la presión que se ejerce con el laringoscopio puede romperlos o incluso desalojarlos. El paciente tolera bien una sonda nasotraqueal por largo tiempo; sin embargo hay que recordar sus inconvenientes; su calibre es menor que el de la sonda orotraqueal, ya que el diámetro de una fosa nasal es menor que el de la tráquea, durante su introducción se puede producir epistaxis o fractura del cornete nasal, el pequeño calibre de la sonda nasotraqueal también aumenta la resistencia al flujo aéreo y el trabajo de la respiración y a menudo dificulta la inspiración adecuada.

FIEBRE DEL HENO

La fiebre del heno es el ejemplo más común de alergia. La apa

rición y persistencia de los síntomas coincide con la presen
cia en el aire de ciertos pólenes vegetales o con la inges--
tión de ciertos alimentos.

Los individuos sensibles a caspa de animales, substancias --
utilizadas para rellenar sillones y cierto tipo de ropa, su--
fren síntomas semejantes a los de la fiebre del heno cuando
entran en contacto con el alergéno específico.

Parece existir una predisposición familiar a las manifesta--
ciones alérgicas.

Los síntomas de la fiebre del heno incluyen congestión y edema
considerables de las mucosas, ojos llorosos y estornudos--
o tos muy frecuentes. Las partes afectadas presentan un pru--
rito intenso, además de las molestias que suponen estos sín--
tomas impiden al individuo trabajar y sobre todo descansar.-
El diagnóstico se basa en los síntomas clínicos típicos, su
inicio y su duración pensando en los contactos con los posi--
bles alergénos y también en los antecedentes generales y fa--
miliares del paciente; las pruebas cutáneas intradérmicas o
por contacto pueden ayudar a establecer la naturaleza de las
substancias responsables de la hipersensibilidad.

El tratamiento: profiláctico de la fiebre del heno consiste-

en desensibilizar al paciente inyectándole dosis pequeñas y gradualmente crecientes del alergeno específico.

Se trata de un tratamiento largo, muchas veces desagradable, cuyos resultados no son siempre buenos. Durante los ataques agudos, las inyecciones de Adrenalina o la administración bucal de Efedrina o compuestos semejantes alivian los síntomas; algún medicamento Antihistamínico puede también dar alivio sintomático. Estos agentes tienen ciertas reacciones colaterales indeseables, entre otros la tendencia a la somnolencia, por esta razón no deben prescribirse a quienes conducen - - vehículos de motor, los pacientes suelen encontrarse mejor - al borde del mar y en los climas de montaña, en donde son relativamente raros los vegetales y pólenes alergénicos más comunes.

TRAQUEOSTOMIA

La traqueostomía se usa no sólo como técnica de urgencia para combatir la obstrucción respiratoria alta, sino también - como medida profiláctica cuando puede ocurrir.

Dada la frecuencia con la cual puede producirse obstrucción-laríngea después de algunas intervenciones, consideramos que

al operar muchas veces procedería efectuar una traqueostomía profiláctica, así por ejemplo; está indicada después de re--
secciones amplias de lengua (en particular base lingual), ex
tirpación de mitad o más del maxilar, y operaciones sobre la
laringe.

El edema linfático que aparece en la cara después de disec--
ción bilateral del cuello en una o dos etapas, también puede
afectar la laringe, y en alguna ocasión ha causado un brusco
desastre postoperatorio. Una regla general buena es la de --
efectuar siempre una traqueostomía profiláctica si se empen
de una disección cervical bilateral o una segunda disección--
radical de cuello.

Además de evitar la obstrucción de vías aéreas, la traqueos--
tomía profiláctica efectuada en ocasión de operaciones impor
tantes en el cuello también es útil, pues permite la aspira--
ción fácil y frecuente del árbol traqueobronquial, en muchos
pacientes con trastorno de la deglución, tiene gran va or as
pirar sangre y saliva para evitar las complicaciones p lmona
res.

Nunca se deplora haber efectuado una traqueostomía pofilác--
tica, mientras que en muchos casos hemos sentido no haberla--
llevado a cabo; Es mucho mejor efectuar una traqueostomía -

deliberadamente en el cuarto de operación (Quirófano), al -
 terminar una intervención importante que llevarla a cabo de -
 "urgencia" junto a la cama en un paciente aterrorizado por -
 dificultad respiratoria. Todos los médicos conocen los peli-
 gros de la obstrucción de las vías respiratorias altas, me--
 nos conocido es el hecho de que los resultados son similares
 cuando hay obstrucción no tratada de las vías aéreas bajas, -
 secreciones mucosas espesas taponan el árbol traqueobron- --
 quial y causan atelectasia y neumonía si no se combaten.

En estas circunstancias, la asfixia es tan inevitable y gra-
 ve como en caso de obstrucción de la laringe, la traqueosto-
 mía constituye medida útil en pacientes que sufren obstruc--
 ciones de las vías respiratorias bajas, incapaces de toser -
 eficazmente y en los cuales las medidas conservadoras co- --
 rrientes, incluyendo la aspiración nasotraqueal y la broncos
 copia, fracasan o sólo proporcionan alivio temporal. Además-
 de facilitar la aspiración del árbol traqueobronquial, la --
 traqueostomía permite respirar mejor al suprimir la resisten
 cia de las cuerdas vocales al paso del aire, y reduce el "es
 pacio muerto" que existe entre las vías oronasales y los al-
 veólos pulmonares, así pues, el procedimiento es aplicable -
 no sólo a cirugía de cabeza y cuello sino también en caso de
 lesiones graves de tórax y para tratar pacientes sin conoci-
 miento después de traumatismo craneal o de operaciones neuro
 quirúrgicas.

Eventualmente también está indicado en pacientes débiles o cansados incapaces de toser eficazmente después de operaciones.

La traqueostomía es una operación sencilla cuando el paciente está bien anestesiado con tubo endotraqueal colocado.

Si se requiere anestesia local se plantean unos pocos problemas adicionales, si aparece edema laríngeo y la traqueostomía debe efectuarse rápidamente para salvar la vida, puede resultar extraordinariamente difícil, las dificultades se multiplican si previamente se efectuó una traqueostomía y la tráquea está incluida en tejido cicatrizal denso, siempre que sea posible, el Cirujano debe tener preparados luz adecuada, aparato de aspiración, oxígeno y un asistente para ayudar a la retracción.

En situaciones de extrema urgencia cuando hay obstrucción intensa de laringe, una aguja de gran calibre puede brindar una vía aérea temporal hasta que pueda efectuarse la traqueostomía; suele emplearse una aguja del número 15 para atravesar la membrana cricotiroides o la tráquea, el aire que así se proporciona sólo ayuda un tiempo y lo antes posible debe substituirse por una traqueostomía.

TRAQUEOSTOMIA

A.- La piel de la línea media en la parte baja del cuello se infiltra con procaína al 1%.

Generalmete la sola infiltración cutánea bastará y no será necesario inyectar más procaína en tejidos profundos. Se efectúa una incisión vertical en la línea media, que comience inmediatamente por encima del hueco suprasternal.

B.- La incisión atraviesa la capa superficial de la aponeurosis cervical profunda en la línea media entre los músculos cutáneos, que se separan lateralmente. Entonces aparece el istmo del tiroides en la mitad superior de la herida, por debajo de los músculos cutáneos. El istmo se separa hacia arriba para exponer la tráquea, raramente resulta necesario cortar un istmo tiroideo voluminoso en la línea media, entre dos pinzas. Luego se expone la tráquea por disección obtusa del tejido areolar que la recubre, y de la aponeurosis pretraqueal.

C.- Tienen gran valor dos pequeños ganchos (retractores de tráquea, de punta aguda de 15 cm.) para elevar y fijar la tráquea; un gancho se utiliza para atravesar la tráquea y elevarla en la herida. Si no se debe trabajar con gran urgencia, resulta útil inyectar 0.5 cm.³ de cocaína al 10% en la

luz de la tráquea mediante una aguja hipodérmica fina. Se --
efectúa luego una incisión vertical que atraviese dos ani- -
llos traqueales, lo más arriba posible en la pared del órga-
no. El segundo gancho se coloca en la incisión para separar-
uno de sus bordes; entonces se quita el primer gancho de la-
pared traqueal y se utiliza para separar el borde opuesto de
la incisión traqueal.

D.- Se inserta un tubo de traqueostomía, con el obturador co
locado.

Generalmente para el adulto se emplea un tubo del número 6,-
para niños del número 2 o 4.

El obturador se quita y se apira la tráquea con una sonda.

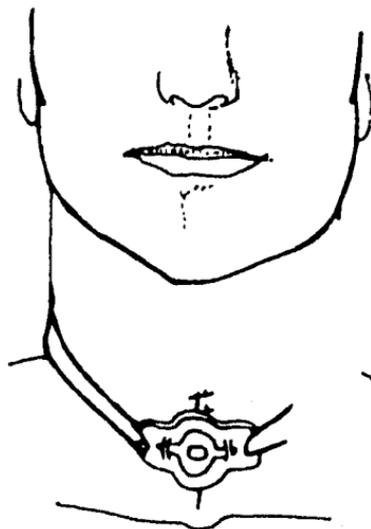
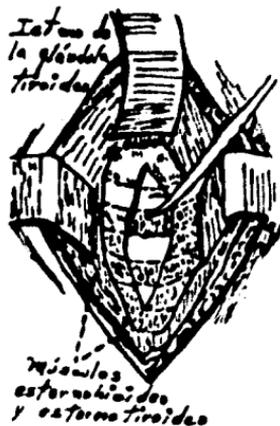
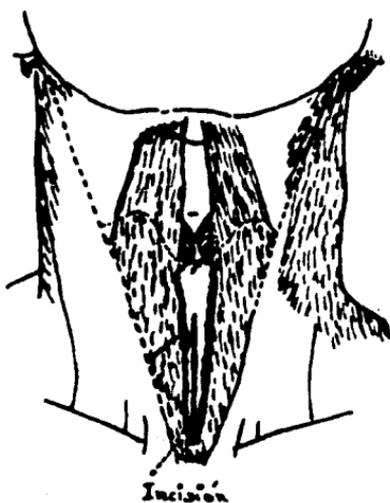
Luego se permite que los bordes se cierren alrededor del tu-
bo.

No es necesario cierre ninguno, excepto uno o dos puntos en-
la piel por encima del tubo; el ángulo inferior de la herida
se deja abierto para drenaje. El tubo de traqueostomía se --
mantiene en su lugar con cintas que rodean el cuello, y se -
coloca un apósito de gasa rodeando dicho tubo.

El tubo de traqueostomía puede cambiarse sin peligro después de una semana, cuando ya se ha formado un paso definitivo.

Antes de extraerlo por última vez, es prudente taponarlo con un corcho pequeño durante 24 horas para saber si el paso del aire por la laringe es adecuado.

Exposición de las Myosinas más frecuentes:



TRAQUEOTOMIA:

CAPITULO V) FRACTURA DE LOS MAXILARES**TIPO LEFORT: I, II, III**

El Cirujano Dentista aumenta su importancia en el diagnóstico y tratamiento de las fracturas del -Esqueleto Facial- especialmente. Las fracturas suelen acompañarse de dolor, edema, equimosis, deformación, limitación de movimientos y en caso de lesión de nervios importantes, de parestesias, la manipulación de las partes fracturadas puede causar un ruido -rechillante (crepitación) y dolor. Al estar fracturados los maxilares se observan "discrepancias en la oclusión de los dientes" y al seleccionar la radiografía adecuada se observará la cortical continua siempre que esté en la posición correcta el paciente con la placa y se observa el desplazamiento.

Es aconsejable colocar un estetoscopio en la fractura que se supone existe y percutir con el dedo la mandíbula en el lado contrario y si escuchamos un "sonido agudo", tal vez la mandíbula esté intacta, pero si escuchamos un -sonido sordo- -suele indicar que hay fractura.

El tratamiento de Urgencia de las fracturas implica la inmo-

vilización de los segmentos a menudo con un vendaje de Bar - ton.

En presencia de dientes esta medida es útil hasta que pueda llevarse a cabo la reducción definitiva, se precisa que un - médico general determine si existe lesión neurológica antes - de administrar narcóticos para mitigar el dolor, auspiciándo - nos de su estado de salud y su historia clínica general.

Se prescribe una administración rica en proteínas, vitaminas y calorías, tan pronto como se considere adecuado y práctico se procederá a la reducción final.

Si es necesario demorarla se aplicarán compresas frías duran - te las primeras 24 horas y a continuación compresas calien - tes.

Después de realizada la reducción se procederá al mismo tra - tamiento. La fractura en tallo verde es una rotura incomple - ta que está descrita por su término; Las fracturas simples o sencillas se caracterizan por una rotura limpia sin exposi - ción en la cavidad bucal o en el exterior. En las fracturas - complicadas o compuestas se observa exposición de los frag - mentos, y las fracturas conminutas son las que presentan - - fragmentos múltiples.

El tratamiento de las fracturas se puede clasificar en dos categorías: La reducción cerrada se refiere a la inmovilización por aplicación de arco de barra a los dientes y ligadura de los mismos en oclusión.

La reducción abierta implica incisión y manipulación directa de los segmentos a su posición normal y fijación con hilos metálicos, ligas y otros dispositivos, todo esto será con el objeto principal de conservar una oclusión adecuada; las fracturas, por lo tanto, serán tratadas por el Cirujano Bucal.

Quando el paciente nos dice que ha sufrido un traumatismo local en el rostro se examinará con cuidado, a veces es muy problemático descubrir fracturas o grietas en las piezas dentarias, pero si aplicamos una solución de merthiolate en las superficies de los dientes cuando éste seca, suele indicar la línea de fractura y nos acompañaremos con pruebas de movilidad y vitalidad pulpar (en busca de cuerpos extraños enclavados) y radiografías e inserción de sondas, se recomienda la aplicación de compresas heladas para prevenir la inflamación.

FRACTURAS: TIPO LEFORT I, II, III

Consideraciones generales en el Diagnóstico e Inmovilización de las Fracturas Traumáticas.

1) Puede impedirse una correcta ventilación aérea con:

a) Traumatismo directo, como en las fracturas bilaterales - del cuerpo de la mandíbula que permite el desplazamiento posterior de sus lugares habituales de ambos fragmentos y de la lengua.

b) Desplazamiento posteroinferior de una fractura transversa de la maxila.

c) Prótesis, restauraciones, fragmentos óseos, fácilmente desalojados.

d) Coágulos sanguíneos que quedan adheridos al orificio de las vías aéreas.

2) La hemorragia puede ser activa o inminente por:

a) Laceraciones de los tejidos blandos.

b) Desgarro vascular en los lugares de la ruptura ósea, con separación de los fragmentos.

3) La afectación neurológica del enfermo se aprecia inicialmente si se encuentran los siguientes signos:

a) Inconsciencia, estado de atontamiento, confusión, vacilación, náuseas e intranquilidad.

b) Pupilas anisocóricas no reactivas fijas y midrióticas y pérdida del reflejo palpebral.

c) Rinorrea cerebrospinal.

d) Hemorragia por el oído, tanto si es activa como si ya se ha detenido.

4) Debe averiguarse la verdadera naturaleza de la lesión, - puede haber:

a) Lesión de otras partes del cuerpo que sean más graves que las de la cara.

b) Signos de choque.

c) Posible contaminación bacteriana de las heridas que necesiten protección contra el tétanos.

La exploración inicial local debe ser sistemática y basada en los siguientes principios:

- 1) Las fracturas se asocian generalmente a tumefacción y equimosis local, y en los casos en que haya afectación de la órbita puede haber hemorragia subconjuntival.
- 2) Los lugares de predilección de las fracturas deben explorarse detalladamente.
- 3) Una fractura con separación del tercio medio de la cara sigue generalmente las líneas de sutura según la clasificación de Lefort.
- 4) El desplazamiento de los fragmentos es inversamente proporcional a la comunión ósea.
- 5) La relación oclusiva de los dientes es la clave para el diagnóstico y tratamiento de las fracturas mandibulares y maxilares.

6) Las radiografías revelan de una manera precisa las fracturas mandibulares que las otras fracturas faciales.

7) Para detectar las anomalías y las irregularidades de las fracturas óseas es mejor explorar los huesos de la cara mediante la palpación simultánea bilateral.

FRACTURAS MANDIBULARES

Entre los caracteres y signos más frecuentes de las fracturas mandibulares se encuentran los siguientes: La mandíbula es el hueso de la cara que se fractura más fácilmente a causa de la forma en "U" de la mandíbula, en un traumatismo directo pueden producirse fracturas bilaterales; por ejemplo: la zona premolar y el cuello del cóndilo del lado opuesto o ambos cuellos de los cóndilos pueden sufrir fracturas bilaterales a consecuencia de un traumatismo directo sobre el mentón, el edema depende generalmente de la fuerza del impacto y del grado de desplazamiento de los fragmentos.

Hay dolor a la palpación sobre la zona de la fractura y a la masticación, aumento de la salivación y del babeo y puede apreciarse una habla lenta. La oclusión de los dientes está-

alterada, aunque el enfermo puede apreciarlo sólo en los casos de oclusión posterior prematura en las fracturas subcondíleas, la movilidad de los fragmentos puede apreciarse agarrando firmemente la mandíbula por ambos lados, por debajo de la altura de los dientes muchas veces la crepitación en el lugar de la fractura es más palpable que audible.

Cuando hay una fractura del cóndilo, durante los movimientos de apertura y cierre de la mandíbula no se puede palpar la cabeza del cóndilo mediante un dedo introducido en el oído externo.

Siempre que haya una fractura mandibular, deberá explorarse la presencia de posibles causas predisponentes como son, - - grandes quistes odontogénicos, neoplasias y osteomielitis.

El desplazamiento de los fragmentos depende de la dirección tridimensional de las líneas de fractura y de la fuerza con que tiren los músculos.

Las radiografías constituyen una ayuda importante y proporcionan datos definitivos; deben hacerse en diferentes proyecciones, pero inicialmente están indicados las siguientes:

a) Para el cuerpo de la mandíbula y las ramas ascendentes, -

la posteroanterior, la oblicua lateral derecha y la oblicua lateral izquierda.

b) Para la sínfisis, la intraoral con la boca cerrada en varias angulaciones y las periapicales.

c) Para el cóndilo, la posición de Towne.

d) Para averiguar el desplazamiento de los fragmentos en las tres dimensiones, una submentovertical.

La clave del tratamiento es un buen cierre de la boca, en la mandíbula sin dientes se restauran los arcos con una satisfactoria relación central y se mantiene una oclusión correcta durante un período adecuado (4 a 7 semanas) mediante una fijación intermaxilar.

Los prótesis parciales o completos pueden convertirse en - - "stents" quirúrgico y fijarse mediante alambres circunferenciales o transóseos, pueden conservarse los dientes de la línea de fractura para facilitar el tratamiento y muchas veces pueden ser útiles para evitar una reducción cruenta, cuando no se puede conseguir una reducción cerrada de los fragmentos, puede emplearse una reducción quirúrgica intraoral o extraoral.

FRACTURAS DE MAXILAR

El maxilar no es una localización frecuente de las fracturas completas o primarias ya que está bien protegido por los huesos de la cara y más prominentes, sin embargo, en ocasiones se fractura el maxilar cuando se fracturan los huesos vecinos como lo es el maxilar, señalando que una contusión directa (a menudo sobre los dientes) podrá dar lugar a una fractura del suelo de la nariz o del antro, ya sea unilateral o bilateral y en esta región son signos frecuentes la tumefacción y la hemorragia nasal (epistaxis).

La exploración en busca de una fractura submaxilar debe ser sistemática, se balancea suavemente cada parte del alvéolo con los dedos pulgar e índice, los dedos se colocarán por encima de los ápices de los dientes, en ocasiones los segmentos fracturados quedan impactados y por ello no son móviles, en este caso la "oclusión" es también un dato importante de diagnóstico.

Una fractura transversa completa por encima de los ápices dentales hará que el paladar se mueva (hacia arriba en la parte anterior y hacia abajo en la parte posterior), estas partes pueden girar como si fuese un sólo cuerpo o simplemente caer y mantener un cierre correcto a expensas del espacio

libre, se conoce también con el nombre de clase Guerin y en la clase de Lefort se le incluye en la clase I. Por lo general no son concluyentes (autor: Zegarelli) pero las posiciones periapicales pueden mostrar las líneas de fractura a través de los alveólos.

El tratamiento de las fracturas maxilares depende de su exacta localización e intensidad. Una fractura fragmentaria generalmente se reduce a la posición correcta y se fija a los dientes contiguos durante el tiempo que haga falta, mientras que el cierre de la boca se consigue con los dientes mandibulares, cuando faltan los dientes se utilizarán unos "stents", los fragmentos impactados se movilizarán con una reducción - abierta.

Las fracturas impactadas, transversas completas se movilizan mediante una tracción gradual antes de proceder a la fijación intermaxilar, las fracturas transversas móviles se reducen cruentamente con alambres transóseos, o mediante una reducción cerrada con un punto de fijación más arriba del esqueleto, por ejemplo; arcos cigomáticos.

FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO DE LA CARA

Además del maxilar, las restantes estructuras óseas de esta-

área quirúrgica de la cara pueden también fracturarse como un todo o en parte.

La fractura tipo II de Lefort (conocida como fractura piramidal), comprende los dos maxilares y los huesos propios de la nariz, por ello esta fractura se caracteriza por un movimiento en la base de la nariz, mientras que los procesos alveolares anteriores están fijos, la fractura no reducida de este grupo tiene un aspecto característico de plato con oclusión anterior punta a punta, a estas fracturas piramidales se asocia muchas veces la fractura de un hueso cigomático.

Los datos intraorales pueden ser parecidos en las tres variedades de Lefort, por ejemplo: oclusión y movilidad anormales.

En la fractura transversa del maxilar sin embargo, hay una tendencia a una oclusión precoz posterior debida a la inclinación posterior del fragmento fracturado.

Debido a la prominencia la fractura del cigomático es una entidad clínica frecuente, a pesar de su forma cuadrilátera, puede separarse en la fractura y necesitar una reducción y fijación, ya que contribuye a formar gran parte del suelo lateral de la órbita y que el ligamento palpebral lateral, se

adhiera a su prominencia frontal, el desplazamiento de este hueso da lugar muchas veces al desplazamiento del ojo.

Y se corrige elevando el trozo fracturado, para evitar alteraciones extraoculares permanentes, es patognomónica la palpación de una deformidad en escalón en el borde infraorbital, por encima del agujero infraorbitario (a menos que esté disimulado por el edema).

Si no lo hay, la sola presencia de edema periorbital, equimosis, o hemorragia subconjuntivamente manifiesta o ambos hacen necesaria una investigación más a fondo, la radiografía de elección será en la posición de Waters.

El tratamiento se dirige a elevar los fragmentos, mediante métodos cruentos y con la fijación interósea con alambres, - un suelo de la órbita muy conminuto y colapsado se mantendrá mediante la fijación antral.

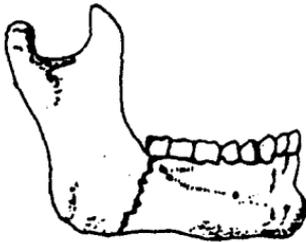
FRACTURA DEL ARCO CIGOMÁTICO

La fractura del arco cigomático se presenta como una entidad clínica aislada y se debe generalmente a un traumatismo directo se caracteriza por una depresión preauricular con muy-

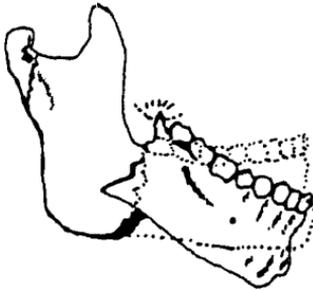
poco edema, la afectación de la apófisis coronoides produce una incapacidad para abrir totalmente la boca, la mejor proyección radiográfica es el submentovertical.

El tratamiento consiste en la elevación del fragmento, que se consigue mediante un instrumento adecuado insertado a través de una incisión en el pliegue cavicobucal de la zona molar, o cuando esté indicado a través de una incisión cutánea en la línea del cuero cabelludo en la región temporal.

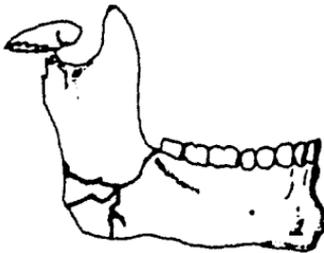
Preliqumto de las urgencias mds frecuentes :



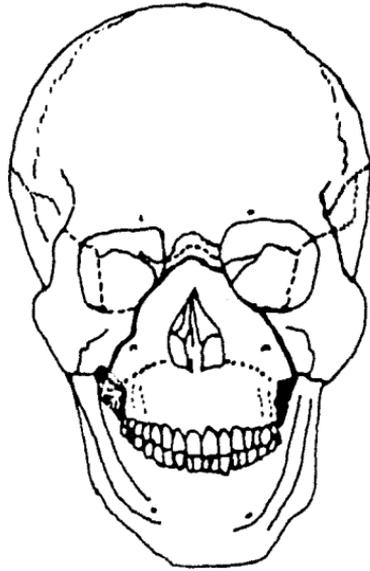
**FRACTURA SIMPLE NO DESPLAZADA
DEL CUERPO DE LA MANDIBULA**



**FRACTURA COMPLETA DEL CUERPO
DE LA MANDIBULA (EL HUESO
SOPRESALE A TRAYES DE LOS TEJIDOS)
Y FRACTURA CONDILICA NO DESPLAZADA**



**FRACTURA COMINUTA DEL ANGULO DE
LA MANDIBULA Y FRACTURA DEL CONDILLO CON
DESPLAZAMIENTO ANTERIOR**



..... FRACTURA TIPO I DE LEFORT
———— FRACTURA TIPO II DE LEFORT
- - - - - FRACTURA TIPO III DE LEFORT

CAPITULO VI) PULPITIS

Por lo general cuando recibimos la visita de los pacientes - en nuestro consultorio es porque siente dolor en algún órgano dentario ya que rara ocasión se presentan con el fin de - prevenir alguna molestia en un tiempo posterior. Y es precisamente donde el -Cirujano Dentista- debe enfrentarse al reto de localizar la "Odontalgia".

Esto no es tan sencillo como parece ya que puede tratarse de una algia facial difusa no neurálgica o simpatalgia y el paciente cuenta con 32 piezas dentarias por lo tanto para hacer nuestro: -"Diagnóstico de presunción inmediato"- se difi culta.

Algunos autores dicen: que cómo es posible que a estas alturas la Odontología no pueda eliminar la *odontalgia* (el dolor), creo que lo podemos hacer ya que contamos actualmente con buenos métodos, técnicas e instrumentación adecuada para poder realizarlo.

Además contamos con los adelantos de la Endodoncia y la Parodontia, con las cuales nos es posible salvar dientes antes - destinados a la Exodoncia, puesto que la mayoría de los mismos al haber dolor se pensaba en la extracción, motivo por -

el cual en muchas ocasiones se puede solucionar con un tratamiento de Operatoria Dental bien realizado, se logra la conservación del órgano dentario afectado por odontalgia, en muchos casos. Los Rayos X son de suma importancia para aclarar el caso clínico y la minuciosa exploración bucal.

RESPUESTA AL DOLOR POR UNA PULPA NORMAL

La dentina no posee un paquete vasculonervioso pero sí tiene vitalidad, los túbulos dentinales cuando se encuentran expuestos conducen los estímulos sensitivos a la pulpa produciendo la reacción de dolor y esto se observa en los cuellos de los dientes cuando un paciente se toca con la uña de su dedo y se produce dolor en la pulpa del mismo.

Como es una sensación nueva para él no tarda en recurrir a consulta y obtener una explicación lógica de su padecimiento, el odontólogo al pasar la punta del explorador dental en la misma zona podrá diagnosticar y explicar el problema, esto ocurre también con la fresa dental o al tocar con las cerdas del cepillo o por efecto de presión masticatoria los túbulos dentinales pueden resentir dolor.

Deberá el clínico identificar la causa "fisiológica de Odon-

algía" y explicará al paciente sin recurrir a tratamientos no indispensables. Los insensibilizantes, flúor, corticoides, bases, etc. son muy útiles.

CHOQUE GALVANICO

Se trata de otro tipo de odontalgía de no menor importancia pero si muy frecuente y que será preciso reconocer, explicar y evitar. Sabemos que cuando dos restauraciones metálicas -- "diferentes" tienen contacto durante la oclusión puede producirse un choque galvánico que provocará dolor pulpar. Por -- ejemplo: cuando en una pieza dentaria inferior se encuentra una restauración con amalgama y en el diente superior opuesto una incrustación el paciente puede referir dolor en el momento de ocluir.

Una vez que se establece el contacto tiende a desaparecer la corriente y por consiguiente el dolor; se le dará una breve explicación al paciente para corregir la causa que lo produce. Se hará un desgaste selectivo en la restauración con el objeto de que no haya contacto al estar en oclusión durante la masticación o bien, se coloca una capa de barniz en ambas preparaciones, esto no durará mucho tiempo, pero sí el suficiente como para esperar a que las cargas eléctricas se neu-

tralicen y desaparezca por completo el dolor que siente el paciente al formarse dentina de protección o terciaria. Como tratamiento de urgencia:

Lo más recomendable es cambiar una de las restauraciones y colocar una semejante al diente antagonista, por ejem.: si el diente superior está obturado con amalgama y el inferior con oro, la oclusión provocará molestias, luego entonces en la masticación al hacer contacto será oro con oro y amalgama con amalgama, u otra restauración según sea el caso que se trate.

MOLESTIAS PROVOCADAS POR ESTIMULOS TERMICOS DESPUES DE LA RESTAURACION

Esto es ocasionado por una gran conductividad térmica de la restauración metálica, cuando el paciente ingiere algo frío o caliente se produce dolor no espontáneo pues cesa inmediatamente al retirar el estímulo. Puede presentarse dolor en una obturación con poca profundidad ya que el diente se encuentra -Hipersensible- a los cambios de temperatura (frío o calor), durante algún tiempo sin la presencia de una hipermia activa de la pulpa, pero la odontalgia tiende a desaparecer sin haber inflamación y vasodilatación de la pulpa, la -

falla del ajuste adecuado de la obturación ocupa un lugar -- preferente.

En las preparaciones de cavidades profundas quizás haya por debajo de los túbulos dentinales desgastados inflamación y vasodilatación, por eso es conveniente dejar en observación la pieza dentaria del paciente hasta que nos refiere que no hubo dolor para hacer la obturación conveniente.

La inflamación en este tipo parece que es reversible ya que de no ser así, se perderían muchos dientes desgastados por necrosis pulpar o en su defecto será remitido a Endodoncia - el paciente al haber caries por debajo del piso pulpar, cuando afecta la cámara pulpar e inclusive los conductos pulpares pero que no interceda el proceso carioso con la bifurcación de las raíces, porque se realizará la abulción del diente afectado. Podemos pensar que la respuesta al insulto operatorio persista durante largo tiempo, pero sabemos de antemano que el organismo produce defensas contra un agente externo por lo tanto, la molestia disminuirá paulatinamente a medida que se forma y se deposita dentina reparadora.

El diagnóstico se basa esencialmente en tratar de evitar el dolor durante el choque de las restauraciones metálicas y -- puede evitarse por medio de: medicamentos, barnices, bases,-

debajo de las restauraciones, como la recurrencia del dolor disminuye con el tiempo se dará una breve explicación al paciente.

Ahora, también hay dientes hipersensibles en los cuales es necesario desalojar la restauración metálica, se colocará -- una buena base aislante y se procederá a reimplantarla nuevamente; pero es muy importante considerar una causa más grave de la molestia que es la exposición de la pulpa y pulpitis.

"RESTAURACIONES ALTAS" Y DOLOR PERIODONTAL

Sucede que hay dolor después de la restauración cuando el -- diente adquiere sensibilidad a la percusión y presión oclusal por -ESTIMULACION EXCESIVA DE LAS FIBRAS NERVIOSAS DE LA MEMBRANA PARODONTAL- se trata de un diente con vitalidad pulpar con una restauración reciente y se comprueba por "face--tas de desgaste brillantes" en su superficie que son: Puntos Prematuros de Contacto, los cuales se eliminan por medio de papel de articular el cual nos revelará dónde es necesario -- el ajuste para eliminar el contacto excesivo.

PULPITIS DOLOROSA

Dependerá invariablemente este tipo de pulpitis por caries, traumatismos, exposición quirúrgica de la pulpa o de exposición causada por erosión, desgaste o retracción gingival tan extensa que los canales auxiliares de la raíz quedan expuestos a nivel de la hendidura gingival, el error de la naturaleza denominado dens en diente, a menudo se traduce en exposición de la pulpa, en tales casos ocurre infección pudiendo sobrevenir inflamación y necrosis pulpar.

La inflamación de la pulpa depende de la exposición e infección concomitante por microbios de la cavidad bucal, de lo que cabe deducir que el primer paso importante es la identificación de los dientes en los que sea más probable exista exposición de la pulpa debido a cualquiera de las causas antes mencionadas.

La sensibilidad a la percusión es un signo importante ya que el 80% aproximadamente de los casos de pulpitis dolorosa - muestran este carácter en grado mayor o menor.

Por otra parte, cuando el diente no es sensible debe el odontólogo recurrir a otros medios clínicos y radiográficos para

determinar cuáles dientes proporcionan "respuesta vital" a la prueba eléctrica. Las pruebas eléctricas de vitalidad (Vitalómetro) revelarán que la pulpa es vital en tales casos, - aún cuando no indiquen el grado de inflamación existente, es entonces necesario recurrir a las pruebas térmicas las cuales son sin duda muy útiles para la localización del diente-enfermo.

Es importante subrayar que en el 20% de los dientes con pulpitis dolorosa el dolor -NO ES LOCALIZADO- cuando no se localizan por percusión, pruebas térmicas o radiografías el diente o dientes involucrados puede ser necesario recurrir a la "Anestesia Selectiva".

Algunos pacientes con pulpitis dolorosa manifiestan que el dolor se distribuye en la mitad de la cara, si bien a menudo no pueden indicar qué maxilar se haya afectado y mucho menos cuál diente.

El Dentista que se enfrenta a este problema y estima que puede estar afectado cualquiera de los 16 dientes puede decidirse por la práctica de un bloqueo mandibular en el lado enfermo y si se alivia el dolor puede atribuir su origen a la mandíbula, debiendo esperar entonces a la resolución de la anestesia para la ejecución de las pruebas adicionales.

Por otra parte, cuando el dolor persiste puede emplearse - - anestesia de infiltración local periapical selectiva en el - maxilar superior. Rara vez es necesario recurrir a este método de diagnóstico; en casos extremos quizás sea necesario es perar un día o dos para la localización de los síntomas, si-bien este proceder sólo es aconsejable en casos sumamente difi ciles en los cuales se justifica el empleo de analgésicos- y sedantes.

TRATAMIENTOS DE URGENCIA DE LA PULPITIS

En casos de herida pulpar, lo primero que se debe de hacer - es aislar la pulpa del medio bucal, en los casos de comunicación por caries quitar ésta lo más próximo a la pulpa tratan do de no irritarla; Si es producida por una causa yatrogénica, lavar con suero fisiológico o en su defecto con solución anestésica y posteriormente hacer el recubrimiento con - - Ca(OH)_2 y ZOE.

En el caso de la hiperemia pulpar; el tratamiento de urgen-- cia a seguir es eliminar la causa y hacer el recubrimiento - pulpar directo o indirecto.

Si este recubrimiento resulta un fracaso, se retirará la cu-

ración y se colocará una solución anodina, o un (cemento quirúrgico).

En la pulpitis incipiente cameral se tratará igualmente que la hiperemia.

Si existe exposición pulpar se puncionará ésta con el objeto de descongestionar la pulpa y que el medicamento anodino esté en contacto directo con la pulpa para sus mayores efectos.

El tratamiento de urgencia de la pulpitis aguda serosa, se utilizará el anestésico selectivo local o regional (preferentemente), después de hacer el acceso, limpiado la cavidad y estar lo más próximo a la cámara pulpar se colocará una solución sedante, o un cemento quirúrgico y se deja esta curación de 24 a 72 horas.

El tratamiento definitivo será una pulpectomía parcial o total según la evolución del caso.

PULPITIS INDOLORA

Este tipo de pulpitis indolora se considera como uno de los casos más frecuentes, en la que los pacientes no presentan -

un cuadro patológico de odontalgia, sin embargo, en estudios de dientes extraídos y sometidos a cortes histológicos, se ha observado la presencia de pulpas inflamadas con exposiciones microscópicas, esto nos indica que se trata de la presencia de una pulpa inflamada, infectada y expuesta con un cuadro sintomático tan leve que no llama la atención del Dentista y mucho menos del paciente.

El Cirujano Dentista reconocerá la posibilidad de pulpitis indolora e investigará la posible exposición de la pulpa, y en caso afirmativo decidirá si es necesario hacer el tratamiento de la pulpa o bien extraer el diente. Siempre que se desee colocar una restauración amplia en un diente, utilizarlo como pilar o refuerzo importante o moverlo por medio de Ortodoncia, se deberá descartar la pulpitis indolora antes de empezar cualquier maniobra ya que la pulpitis con el tiempo puede posteriormente tornarse dolorosa o progresar hasta producir "NECROSIS CON PERIAPICITIS". Por eso es necesario hacer un examen cuidadoso de la pulpa y que no exista alguna exposición, en estos casos se recurre a las pruebas pulpares térmicas en dichos dientes y si la reacción es anormal en comparación con piezas testigo, debe hacerse un pronóstico reservado.

La pulpa hiperplástica espuesta o el polipo pulpar es otra -

forma conocida de pulpitis indolora más frecuente en niños y sobre todo en dientes destruidos por caries, la pulpa del -- diente joven sobrevive inflamada pero asintomática.

En la pulpitis Crónica Hiperplástica; el tratamiento de ur - gencia consiste en aplicación de anestesia tradicional según el diente a tratar, se procede a eliminar el pólipo pulpar - con un bisturí, se lava la cavidad con suero fisiológico y - se cohibe la hemorragia con una torunda embevida con noradre nalina al 1:1000.

Posteriormente se procederá al tratamiento definitivo.

El tratamiento de urgencia de la pulpitis supurada o purulen ta, consiste en bloqueo a nivel regional con anestesia selec tiva, realizando el acceso la apertura y limpieza de la cavi dad con el objeto de que el pus drene, se lava con agua tibia y limpia para arrastrar el tejido purulento, secamos la cavi dad y procedemos a colocar una torunda de algodón con una so lución anodina; Es aconsejable en este caso mandar analgési cos y en ocasiones antibióticos y antiinflamatorios.

ENFERMEDAD PERIAPICAL DOLOROSA

La etiología es la misma que la pulpitis, casi siempre puede

descubrirse clínicamente exposición de la pulpa y la respuesta de la misma a una prueba eléctrica es -negativa- por presencia de necrosis.

Una vez precisado este hecho no hay necesidad de emplear - - pruebas térmicas, los microorganismos y o sus productos que han destruido la pulpa han producido inflamación del -PERIODONTO PERIAPICAL- y el diente suele mostrar hipersensibilidad a la percusión o la presión de la mordida debido a que la membrana periodontal se encuentra inervada con fibras para el dolor y propioceptivas.

También se incluyen en la enfermedad periapical dolorosa la posibilidad de inflamación periapical palpable o visible y la existencia de celulitis regional o fístula casi siempre se comprueba "Radiotransparencia Periapical".

Tratamiento de urgencia de la enfermedad periapical dolorosa; procedemos a la aplicación de la anestesia tradicional según la pieza a tratar, cuando no sea posible la aplicación de -- anestesia se coge suave y firme entre los dedos pulgar e índice de la mano izquierda del operador el diente enfermo, se oprimen fuerte los dedos con lo que se consigue inmovilizar el diente en el momento de su apertura, se debe usar turbina de alta velocidad. Deberá tratarse siempre que sea posible,

de establecer la vía de acceso para drenar el conducto, o en su defecto, si encontramos que el parodonto de la zona afectada por la inflamación del diente a tratar se encuentra - - "fluctuante", y observamos madurado el absceso con un punto-blanquecino brillante- donde la mucosa es más delgada, abrimos con un bisturí y colocamos un dren para la salida del pus. Si el paciente presenta fiebre o celulitis es recomendable mandar antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos.

PERIAPICITIS CRONICA

No se ha establecido correlación adecuada entre la histopatología de las lesiones periapicales y la sintomatología.

Estudios futuros deben proporcionar información respecto a la cronología de los acontecimientos que conducen a las tres formas más frecuentes de la enfermedad: Granuloma, Quiste y Absceso, estos estudios tan sólo pueden llevarse a cabo en el hombre. Desde un punto de vista clínico el Granuloma es la lesión periapical más frecuente, casi siempre indolora, - histopatológicamente se trata de una masa proliferante de tejido de -"GRANULACION"- compuesto de:

FIBROBLASTOS

CELULAS ENDOTELIALES

CAPILARES NUEVOS Y DE CELULAS DE -
INFLAMACION CRONICA COMO: LINFOCI-
TOS, CELULAS PLASMATICAS Y MACROFA
GOS.

suelen observarse además restos epiteliales proliferantes de malassez.

Esta reacción hiperplástica inflamatoria crónica a los irritantes en el interior del conducto radicular requiere lugar para desarrollarse, debiendo ocurrir -RESORCION OSTEOCLASTICA- del hueso vecino.

Los caracteres clínicos principales del granuloma periapical son en consecuencia, pulpa desvitalizada, corona oscurificada o destruida y radiotransparencia periapical sin síntomas.

El Granuloma puede preceder o seguir al Absceso Periapical; desde un punto de vista clínico el absceso periapical suele considerarse causa de la (periapicitis dolorosa) la cual puede existir también sin síntomas. El diagnóstico clínico de absceso depende del hallazgo de una acumulación visible de pus (supuración).

Puede identificarse el pus por penetración en el conducto radicular con una fresa o trépano, aspiración de la "zona radicular".

lúcida"; o incisión y drenaje siempre que exista tejido blanco inflamado suprayacente o tejido periapical palpable.

Si bien estas técnicas confirman el diagnóstico de absceso periapical y mejoran temporalmente los síntomas principales, el tratamiento definitivo tan sólo puede consistir en terapéutica endodóntica o extracción, cuando el absceso periapical ha progresado hasta el punto de producir fístula y drenaje, la lesión se torna a menudo indolora, en ocasiones es necesario instituir tratamiento antibiótico de sostén u otros medios antibacterianos (como irrigación antiséptica) para controlar la infección en el hueso periapical y piel o mucosa suprayacentes.

La mayor parte de fístulas faciales ocurren en conexión con dientes mandibulares, los sujetos jóvenes son más propensos a fístulas extrabucales que los pacientes de edad avanzada y una razón para esto es debido a la inserción del músculo buccinador en la mandíbula se halla a menudo por encima de los vértices de los molares inferiores del individuo joven, de manera que el pus es desviado por debajo del surco bucal, a través del periostio mandibular y sobre la cara; en el adulto con crecimiento y desarrollo normales, la inserción es inferior a la región apical, de suerte que las fístulas intrabucales se abren en el interior del surco bucal.

La inmensa mayoría de fistulas intrabucales se asientan en la superficie bucal o labial y esto se debe a que los ápices de la mayor parte de las raíces de casi todos los dientes se hallan más cerca de estas zonas vestibulares, no obstante a veces ocurren fistulas en las superficies lingual y palatina. La lesión periapical que ocupa el tercer lugar por su frecuencia es el "quiste periodontal apical o quiste periapical"; puede producirse estimulación de los restos epiteliales de malassez derivados del epitelio odontogénico con proliferación subsiguiente y desarrollo de un quiste verdadero en una "zona de periapicitis persistente". el quiste es tan sólo una cavidad revestida de epitelio rodeada de tejido fibroso inflamado y proliferante y de capilares en plena multiplicación que forman la -cápsula-.

El irritante básico productor del reacondicionamiento de los tejidos preexistentes son las bacterias o sus productos secundarios en el interior del conducto pulpar.

Se admite en términos generales que el quiste periodontal apical requiere tiempo considerable para desarrollarse y se produce a menudo como lesión indolora; su diagnóstico depende de la identificación de "Radio Transparencia Periapical" con pulpa desvitalizada concomitante y drenaje o aspiración de líquido quístico a partir del conducto radicular. En caso

caso de obtener pus, cabe formular el diagnóstico de absceso, cuando el clínico obtiene un líquido claro o color pajizo, -- es evidente el diagnóstico de Quiste; Ahora bien, si no se obtiene líquido es indicio de que la cavidad central de la lesión ha pasado inadvertida o de que ésta consiste en un granuloma o algo parecido (por ejem.: fibroma periapical). La técnica de aspiración es muy sencilla pero, por algún motivo no ha logrado popularizarse entre los prácticos, es sumamente fácil insertar una aguja de calibre medio a través de la mucosa suprayacente en el interior de la lesión periapical, a menudo sin la necesidad de anestesia.

El Absceso, Quiste y Granuloma periapical no pueden diferenciarse tan sólo por estudio radiográfico, en consecuencia si se empleará más frecuente la aspiración sistemática para diferenciar estas lesiones con más exactitud, pronto podría saberse si cada uno de estos tres padecimientos responde en forma satisfactoria a la terapéutica endodóntica conservadora, además de los posibles diagnósticos de la aspiración, la simple extracción del líquido quístico o del pus aumentaría la eficacia de la terapéutica.

El tratamiento del Quiste, el Absceso y Granuloma no requieren un tratamiento de urgencia, ya que en estos casos el cuadro patológico ha evolucionado bastante y es por lo general cuando el paciente requiere y recurre a solicitar atención odontológica.

El tratamiento definitivo del absceso, el quiste y granuloma es muy parecido, sólo que se diferencia de la región anatómica en donde se localizan, ya sea el Maxilar o en la Mandíbula.

El tratamiento consiste en la preparación biomecánica y conductoterapia bien realizada, esto favorecerá en mucho el éxito del cirujano dentista. Si hubiera reincidencia de cualesquiera de los antes mencionados, se realizará un "curetaje conservador" con obturación retrógrada de amalgama al 20% -- sin Zinc. *

DOLOR PERIODONTAL Y GINGIVAL

Puede ser causa de odontalgia la gingivitis ulcerosa necrosante generalizada o la gingivitis localizada debido a malas técnicas de cepillado, falta de éste, impactación del alimento o por no estar sujetos a visitas al Cirujano Dentista, -- por lo menos de una a dos veces al año.

Otra forma localizada de gingivitis es la pericoronitis, muy frecuente, llamada también (operculitis) operculitis por desa

* (Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Endodoncia. Abril 1974. Ed. Interamericana).

rrollar debajo del opérculo o del colgajo tisular que cubre el tercer molar inferior en erupción incompleta y que se observa con suma frecuencia entre los 17 y 25 años de edad, en estos casos se comprueba erupción parcial del diente y comunicación entre la cavidad bucal y la hendidura periodontal.

A medida que progresa la inflamación se forma una pequeña -- bolsa entre el opérculo y la corona del diente en erupción - parcial que produce irritación local moderada o un absceso - pericoronar grave; los síntomas de pericoronitis incluyen - trismo e inflamación, el dolor queda localizado y el paciente puede señalar la región afectada, a veces es manifiesto - el enrojecimiento, mordeduras en la superficie vestibular y la tumefacción de los tejidos que cubren el diente oculto. - Por palpación puede percibirse la inflamación y a veces se - observa drenaje a partir de la bolsa oculta.

"El tratamiento de urgencia consiste en la exploración cuidada con una sonda de bolsa periodontal, o con una punta más flexible de gutapercha y en caso de drenar la supuración se obtiene alivio casi inmediato". Lo más recomendable es hacer uso de un "Parodontómetro", para saber con más exactitud la profundidad de la bolsa parodontal. Si el clínico no encuentra supuración, ni se descubre algún cuerpo extraño, puede recurrirse a irrigación con solución salina o con solu-

ción diluida de peróxido de Hidrógeno para expulsar las bacterias o cuerpos extraños y obtener mejoría inmediata. Es a menudo eficaz la aplicación de un dren de "gasa yodofórmica-humedecida con eugenol", si la urgencia lo justifica es posible extraer un tercer molar superior que pueda hallarse en mala posición y ocluir los tejidos blandos afectados.

Ocurre también pericoronitis de etiología análoga en torno a la corona de cualquier diente en erupción parcial, se observa esto durante la edad de la erupción de la primera dentición, durante la dentición mixta o mucho más tarde en el curso de la vida, por ejem.: Puede encontrarse un canino superior incluido o que no hizo erupción que pasó inadvertido o que simplemente no se extrajo en el maxilar de un paciente que usa dentadura artificial. Quizá haya ocurrido resorción del hueso suprayacente con exposición de una pequeña parte de la corona del diente enclavado en la cavidad bucal, lo que crea las condiciones propicias para el desarrollo de pericoronitis.

LA BOLSA PERIODONTAL DOLOROSA

Puede causar molestia recurrente vaga, siendo a veces difícil de descubrir, la afección periodontal de las raíces pala

tinas de los molares superiores, es particularmente difícil de identificar en radiografías o clínicamente, a menos que se utilice una sonda muy flexible. Una vez localizada brinda alivio inmediato la irrigación con eugenol o la aplicación de gasa yodofórmica con este producto es necesario a menudo - cuidado periodontal.

Toda bolsa periodontal profunda, dolorosa o no, puede formar un absceso periodontal lateral y debido a la gingivitis e inflamación asociados se puede acercar mucho al vértice del diente, sin embargo, la irritación bacteriana o de otro tipo más apical en la bolsa puede dar origen a formación de absceso, inflamación, dolor e incluso fístula. Entre los signos diagnósticos cabe incluir demostración de vitalidad pulpar, sensibilidad anormal a la percusión, pérdida de hueso periodontal y liberación de pus por inserción de la sonda periodontal a través de la hendidura gingival en la base de la bolsa. A veces la molestia periodontal se acompaña de aparición de un granuloma piógeno (hiperplasia fibrosa inflamatoria crónica localizada), asociada con la presencia de un cuerpo extraño impactado, como ejem.: restos alimenticios, cerdas de cepillo de dientes, o cálculo. no siempre se descubre un cuerpo extraño.

Produce también dolor pulpar el desprendimiento periodontal-

de la raíz del diente con sensibilidad subsiguiente de la su perficie radicular expuesta a los cambios de temperatura o - la presión o también a contacto a través de la dentina vital.

Es preciso no confundir la -dentina sensible- con el llamado "cemento sensible", ya que es reconocido que el cemento no - posee capacidad vascular y de inervación y en estos casos, - el dolor quizá tenga su origen en la estimulación de la dentina subyascente a través del cemento destruido o de una capa muy fina del mismo.

TRATAMIENTOS DE LAS URGENCIAS MAS FRECUENTES DE PULPITIS

En toda situación de "Urgencia" se requiere de un diagnóstico y tratamiento inmediato.

Los que corresponden al Cirujano Dentista serán los que pertenecen al tipo -BUCODENTAL_ como son: Odontalgia, infección bucal aguda y hemorragia copiosa. Urgencias de tipo general como: desmayos, lipotimias, reacciones medicamentosas que -- pueden ocurrir durante el tratamiento odontológico y los ocurridos fuera del consultorio por lesiones en accidentes.

Se deben conocer los diferentes métodos para enfrentarnos ante tales situaciones y procurar mitigarlos aportando para -- ello -"Toda nuestra capacidad profesional"- . Cuando sucede una urgencia grave perteneciente al médico general, debemos brindar a nuestro enfermo cuidado de sostén hasta que llegue asistencia médica. Los pacientes suelen usar a menudo la palabra odontalgia (dolor en un órgano dentario); y el Cirujano Dentista lo relaciona con pulpitis grave, sin embargo, -- los pacientes lo usan frecuentemente este término para referirnos diversos padecimientos en los cuales acusan dolor, el cual como mencioné puede ser localizado o generalizado y también expliqué algunas técnicas o métodos para su diagnóstico y el plan de tratamiento.

En efecto el paciente describe "odontalgia" a las diferentes formas de dolor que conocemos como pueden ser: el absceso periodontal lateral y periapical, la fractura o extracción de un diente, gingivitis necrosante ulcerosa, pericoronitis, alvéolo seco (alveolitis) u otros padecimientos.

En algunos casos la administración oportuna de un anestésico local proporciona alivio pasajero, se debe recordar que todas las pruebas diagnósticas que dependen de la respuesta al dolor provocado, como son: las pruebas pulpaes, se practicarán antes de la inducción del anestésico elegido, una vez --

que se ha logrado mejoría temporal, se completará el examen para brindar una base sólida que nos permita un tratamiento-definitivo.

URGENCIAS BUCODENTALES

El dolor es el más antiguo y todavía uno de los motivos primarios que impulsan al paciente a solicitar atención odontológica.

En estos casos el interrogatorio cuidadoso suele revelar la distribución anatómica del dolor, su naturaleza y los medios para inducirlo o mitigarlo al mismo tiempo, se procede a anotar cualquier indicación relacionada al estado emocional del paciente.

PULPITIS DOLOROSA

La pulpitis dolorosa depende de la exposición de la pulpa y de infección coadyuvante.

En este caso después de haber identificado el diente afectado y de comprobar la exposición, debe el Cirujano Dentista -

colocar un algodón empapado en eugenol sobre la parte expuesta, unas veces se produce alivio inmediato, y el diente podrá ser restaurado en forma temporal con una curación de óxido de cinc y eugenol. Cuando se emplea este método sin ayuda de anestésicos, se puede notar el efecto inmediato; Ahora - bien, cuando se emplea anestésico, su efecto puede pasar antes de tener seguridad de haber obtenido alivio, el paciente debe saber que la mejoría del dolor por este método es pasajero y que debe llevarse a cabo tratamiento definitivo tan pronto como sea posible para evitar una exacerbación.

ABSCESO DOLOROSO

El drenaje es el método de elección para el tratamiento del absceso que, si es periapical, puede lograrse mediante una - abertura en la cámara pulpar. Ahora que si el absceso es periodontal propicia la salida del pus, la inserción de una - sonda de bolsa periodontal, cuando se aprecia por palpación - (fluctuación Submucosa), quizá sea preferible la incisión. - Debe facilitarse la salida del pus por inserción de un dren - y en caso de absceso periapical mediante conservación de la - "abertura de la cámara pulpar" los lavados con solución salina tibia por parte del paciente estimulan el drenaje, la bolsa periodontal dolorosa que no tiene las proporciones de un-

absceso puede mejorar con drenaje o por lavado y aplicación de eugenol.

PADECIMIENTOS PERIODONTALES DOLOROSOS

La gingivitis ulcerosa necrosante (GUNA) se trata de preferencia por desbridamiento local y terapéutica de sostén, pero si llega a ser grave se justifica la prescripción de antibióticos y analgésicos, es aconsejable cuidado hogareño de sostén, regulación de la dieta y estimulación de las encías tan pronto como el paciente puede tolerar este régimen contribuyen a mejorar la higiene bucal, los lavados con agua oxigenada (peróxido de hidrógeno, H_2O_2); y peróxido de urea en glicerina.

Recientemente se ha comprobado la utilidad de la aplicación tópica de un compuesto a base de clorhidrato de Vancomicina en el tratamiento de la infección de Vincent.

Casi invariablemente se encuentra pericoronitis en torno al tercer molar inferior en erupción incompleta y puede tratarse localmente por irrigación debajo del colgajo gingival con solución salina o agua oxigenada colocando después un dren saturado con eugenol.

Si algún diente vecino traumatiza los tejidos, puede extraerse o rebajarse, y una vez mejorada la enfermedad aguda, es preciso eliminar el colgajo gingival o el diente.

ARRANCAMIENTO DE DIENTES

Un diente totalmente arrancado puede reimplantarse de inmediato después de tratar el conducto radicular y de limpiar con el mayor cuidado la superficie del diente con una solución jabonosa débil o también en su caso con suero fisiológico.

En el pasado estos dientes se anquilosaban invariablemente y por último experimentaban resorción de la raíz, lo que debetenerse en cuenta antes de iniciar la reimplantación.

En los últimos tiempos se ha comprobado que el diente recién extraído con las fibras de la membrana periodontal adheridas, con toda probabilidad es mejor tolerado que aquellas piezas cuya membrana se raspa antes de iniciar la reimplantación, es preciso colocar el diente en posición adecuada y comprimir en dirección labiolingual el hueso alveolar, también es indispensable inmovilizar los dientes con férulas durante el tiempo necesario. Cuando no se ha sometido a tratamiento inmediato el conducto radicular es necesario practi-

gación salina (suero fisiológico); y aplicación de un apósi
to quirúrgico con un dren para mitigar el dolor, en presen-
cia de celulitis grave están indicados los antibióticos y a-
menudo son necesarios analgésicos, se colocará una curación-
oclusiva diaria, durante varios días hasta mejorar los sínto
mas.

CAPITULO VII) ABSCESOS RETROFARINGEOS DE ETIOLOGIADENTALESANATOMIA DE LAS CAPAS Y ESPACIOS
APONEUROTICOS

Comprender bien las aponeurosis cervicales contribuye a lograr una mejor cirugía del cuello. Es esencial disecar siguiendo planos aponeuróticos para el éxito de muchas operaciones a este nivel; saber dónde se hallan tales planos facilita enormemente el trabajo y brinda seguridad a las intervenciones. Además, estar familiarizado con la localización y los límites de los espacios que forman las aponeurosis cervicales permite llegar en forma más eficaz y lógica hasta abscesos cervicales profundos. Las infecciones de estos espacios han vuelto a ser frecuentes al aparecer cepas de gérmenes resistentes a los antibióticos. Cuando se estudia por primera vez la anatomía de la aponeurosis profunda del cuello, parece innecesariamente complicada y difícil; cuando se considera en conjunto y se piensa en ella cada vez que se penetra en el cuello, resulta más fácil de comprender.

En resumen, la aponeurosis cervical profunda tiene tres capas: la superficial, la media o pretraqueal, y la posterior o prevertebral. La capa superficial de la aponeurosis profun

da nace de la apófisis espinosas de las vértebras cervicales, se divide para rodear el músculo trapecio, luego atraviesa y forma la raíz del triángulo posterior. Rodea a los músculos-omohioideo y esternocleidomastoideo, y se extiende superficialmente hacia los cutáneos de la región cervical opuesta.- A nivel del esternón, se divide para formar el espacio paras_uternal de Burns, que contiene las cabezas esternales de los- músculos esternocleidomastoideo y un ganglio linfático. Por- arriba está unida primeramente al hueso hioides, luego al -- cuerpo del maxilar, y finalmente a los huesos occipital y -- temporal. La aponeurosis forma la cápsula de las glándulas - submaxilar y parótida; es particularmente densa a nivel del- borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Desde es- ta región se extiende hacia arriba rodeando los músculos ma- setero y pterigoideo interno, y alcanzando el arco cigomáti- co.

La capa media, conocida también como aponeurosis pretraqueal, proviene de la capa anterior a nivel del borde anterior del- esternocleidomastoideo, por debajo del hueso hioides; cruza- por detrás de los músculos hioideos y por delante de glándu- la tiroides y tráquea. No existe por arriba del hueso hioi- des. Por abajo, la aponeurosis se continúa en el mediastino, donde sigue la superficie de los músculos planos detrás del- esternón. Está unida a la superficie posterior del manubrio-

a nivel de la inserción del músculo esternotiroideo. Así - -
 pues, la fascia pretraqueal, junto con los músculos planos, -
 forman la poderosa cubierta anterior del espacio visceral. A
 nivel de los vasos carotídeos, se extienden láminas de la --
 aponeurosis para formar la vaina carotídea, que rodea la ca-
 rótida primitiva, la vena yugular interna y el nervio vago.

El compartimiento formado por esta vaina puede ser camino im
portante para que la infección pase de la parte alta del cue
llo al mediastino.

La capa posterior comienza a nivel de las apófisis espinosas
 cervicales y se extiende profundamente hasta el músculo tra-
 pecio, donde entra en contacto con la capa anterior. En el -
 triángulo posterior, reviste los músculos escalenos y manda-
 láminas que rodean el plexo braquial.

Por detrás del músculo esternocleidomastoideo, esta aponeuro-
 sis es superficial con relación al nervio frénico, y lo pro-
 tege de toda lesión cuando se efectúa la disección radical -
 de la región. La capa aponeurótica posterior pasa por detrás
 de los vasos carotídeos, y la vaina carotídea se fija a las-
 apófisis transversas. Se extiende detrás del esófago y cruza
 hacia el lado opuesto por delante de los cuerpos de las vér-
 tebras cervicales. Al pasar delante de éstas, está formada -

por dos capas: la anterior, denominada aponeurosis alar, y la posterior o fascia prevertebral. Estas dos capas forman un compartimiento que se extiende desde la base del cráneo hacia abajo siguiendo por el mediastino posterior al diafragma. La infección en el espacio retrofaríngeo puede alcanzar este compartimiento profundo y transmitirse hacia el mediastino posterior.

ABSCEOS RETROFARINGEOS DE ETIOLOGIA DENTALES

- A.- Obsérvense las tres capas de la aponeurosis cervical profunda, tal como se ven en corte transversal por debajo del hueso hioides. El importante espacio que aquí se ve está rodeado por la aponeurosis pretraqueal y prevertebral, y contiene, a este nivel; el tiroides, la tráquea y el esófago. El compartimiento recibe el nombre de espacio visceral y se continúa por arriba por el parafaríngeo y el retrofaríngeo. Debe señalarse que este espacio, con diferentes nombres según su nivel en el cuello, es continuo desde la base del cráneo hasta la bifurcación de la tráquea. Constituye una de las vías por las cuales la infección puede pasar del cuello al mediastino.
- B.- El espacio parafaríngeo se halla por fuera de la faringe,

y profundamente hasta la capa anterior de la fascia cervical profunda. Rodea completamente a la faringe. Su pared externa está formada por el maxilar, el músculo pterigoideo interno y la superficie profunda de la parótida. El espacio se extiende hacia adelante por las zonas submaxilar y sublingual. Las infecciones que afectan amígdalas, faringe y dientes pueden invadir rápidamente ese espacio.

C.- El espacio submandibular es la prolongación anterior de los espacios parafaríngeo y submaxilar. Su techo está -- formado por la mucosa del suelo de la boca; su suelo, -- por la capa anterior de la aponeurósis cervical profunda que se extiende desde el hueso hioides al maxilar inferior. El músculo milohioideo divide el espacio en dos -- partes. Para drenar adecuadamente esta zona es necesario -- seccionar el músculo milohioideo.

ABSCEOS RETROFARINGEOS DE ETIOLOGIA DENTALES

ABSCEOS CERVICALES PROFUNDOS

Cuando se descubrieron los sulfamídicos y los antibióticos, las infecciones del cuello se hicieron raras y fáciles de do

minar. Sin embargo, en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de infecciones cervicales graves, y los problemas quirúrgicos que plantean han devuelto a estas lesiones peligrosas toda su anterior importancia. Siempre existe peligro de asfixia porque la glotis se cierre a causa de edema o exudado, deben tratarse los problemas nutritivos y de equilibrio líquido causados por la dificultad al tragar, y la presencia de septicemia, a veces grave, requiere terapéutica de sostén cuidadosa. Existe siempre el peligro de extensión de la infección hacia el mediastino. Se necesita - buen juicio clínico para instituir a su debido tiempo y en forma adecuada el drenaje quirúrgico. Los abscesos cervicales suelen provenir de infección de orofaringe o nasofaringe, y en particular de las amígdalas. También puede tener origen dentario por caries, abscesos apicales o extracciones. Los traumatismos de orofaringe o esófago de origen externo o a consecuencia de exámenes endoscópicos, pueden ser causa de absceso, causas menos frecuentes son las infecciones de senos paranasales o de glándulas salivales.

Absceso Retrofaríngeo. El absceso del espacio retrofaríngeo se observa sobre todo en niños de menos de dos años de edad, pero puede encontrarse en adultos de cualquier edad también. Ocupa el espacio entre la pared faríngea posterior y la capa

prevertebral de la fascia cervical profunda. Generalmente resulta de extensión linfática de una infección nasofaríngea, pero puede estar causado por perforación traumática de faringe o esófago.

Cuando el absceso aumenta de volumen, aparece disnea y el llanto del niño tiene tono elevado y nasal. Deglutir resulta imposible y se producen deshidratación y desnutrición. El examen revela una masa fluctuante y dolorosa que origina abultamiento hacia adelante de la pared faríngea posterior edematosa y enrojecida. En abscesos situados en la parte baja de la zona retrofaríngea y en el compartimiento visceral, puede haber edema de la epiglotis y aritenoides. Las complicaciones incluyen participación de la vaina carotídea, con trombosis de la vena yugular interna, neumonía por aspiración, y obstrucción respiratoria grave.

Angina de Ludwig. Esta grave infección de los espacios submaxilar y submandibular casi siempre es secundaria a enfermedad o extracción dental; los dientes más frecuentemente afectados son los molares inferiores. Comienza una celulitis invasora en el espacio que queda entre el suelo de la boca y el músculo milohioideo; también afecta la zona submaxilar entre el borde posterior del milohioideo y la glándula submaxi

lar. Por extensión posterior penetra en el espacio parafaríngeo, mientras que hacia adelante cruza la línea media para invadir la zona submaxilar opuesta.

Clinicamente hay edema masivo, rojo, duro y doloroso en la-- región submentoniana y submaxilar, la mucosa del suelo de la boca está hinchada y veteada por exudado sucio; la lengua es ta enormemente aumentada de volumen y desplazada hacia arriba, llenando casi la cavidad bucal. Hablar suele resultar im posible y hay disnea y disfagia intensa. La disnea puede ser tan grave que resulte inmediatamente necesaria la traqueostomía.

Absceso Parafaríngeo. Se desarrolla un absceso del espacio parafaríngeo a consecuencia de faringitis o amigdalitis aguda, absceso periamigdalor o caries dentales, y por extensión hacia atrás de un absceso submaxilar, las infecciones de este espacio son particularmente graves porque pueden difundir hacia la zona retrofaríngea o la vaina carotídea y penetrar en el mediastino.

En ocasiones, después de extracciones dentales se afectan --bolsas aponeuróticas vecinas del espacio parafaríngeo. Los -- más importantes de estos espacios son los situados alrededor

de los músculos masetero y pterigoideo interno. El síntoma más notable es el trismo; en un paciente con sepsis aguda -- obliga al examen cuidadoso del cuello, es frecuente observar hinchazón dura y dolorosa en la región de la parótida, y dentro de la faringe hacen prominencia la amígdala y la pared -- faríngea lateral.

Absceso Cervical Superficial. La adenitis cervical superficial aguda constituye la más frecuente de todas las infecciones del cuello, muy comunes en los niños, los ganglios linfáticos con inflamación aguda se observan después de infección nasofaríngea o del oído medio; en ocasiones, a pesar de la -- terapéutica antibiótica, se produce supuración, originándose una masa superficial, roja, dolorosa y fluctuante por debajo del ángulo de la mandíbula. Está indicada la incisión con -- drenaje en el punto de fluctuación máxima.

TRATAMIENTO DE LOS ABSCEOS RETROFARINGEOS DE ETIOLOGIA DENTALES

A.- ABSCESO RETROFARINGEO.- Se rodea el paciente con una sá bana y se coloca con la cabeza más baja que el cuello. Estan do la boca abierta y tirando de la lengua hacia afuera, se -- procede a inspección de la faringe posterior con buena luz.-

Debe tenerse preparado un aparato de aspiración. Se introduce una aguja en la zona más blanda del absceso y, si se obtiene pus, se efectúa una incisión longitudinal a este nivel. No es necesario dejar drenaje.

B.- ABSCESO DE ESPACIO VISCERAL.- Puede lograrse el drenaje externo de los espacios visceral y retrofaríngeo mediante -- una incisión a lo largo del borde inferior del esternocleido mastoideo. Se cortan el músculo cutáneo y la capa superficial de la aponeurosis cervical profunda, exponiéndose la -- vaina carotídea. Se separan "hacia afuera", la carótida primitiva, la vena yugular interna y el nervio vago. La cavidad del absceso se abre con una pinza hemostática roma y la abertura se ensancha con los dedos del observador. Se inserta un dren de Penrose en la profundidad de la cavidad y se deja la herida abierta sin sutura.

C.- ABSCESO PARAFARINGEO.- Se efectúa la incisión en el -- triángulo submaxilar por debajo y paralelamente al cuerpo -- del hueso. Se expone la glándula submaxilar, que se desplaza hacia arriba. Se dirige ahora una pinza hemostática roma hacia atrás y adentro hasta el músculo pterigoideo interno para penetrar en la cavidad del absceso. Se introduce un dren de Penrose en la misma y se fija con unos puntos. Esta incisión, u otra efectuada directamente en la superficie infe-

rior del maxilar, puede utilizarse para drenar abscesos entre el maxilar y el músculo pterigoideo interno, o alrededor del músculo masetero.

D.- ANGINA DE LUDWIG. Muchas veces está indicada una traqueostomía preliminar antes de intentar el drenaje. La incisión debe ser adecuada y extenderse desde 2 cm. por delante del ángulo del maxilar, paralelamente al mismo, y a 4 cm. -- por debajo del cuerpo del hueso, hasta la línea media por debajo del mentón. Se cortan el músculo cutáneo y la capa superficial de la aponeurosis cervical profunda; se exponen el milohioideo y el vientre anterior del músculo digástrico, es tos dos músculos se cortan transversalmente en la misma dirección de la incisión cutánea; el milohioideo se corta desde su borde posterior libre hasta la línea media del cuello, el músculo digástrico completamente a través de su vientre anterior. Toda la herida se tapona con gasa sin presión.

CAPITULO VIII) NEURALGIAS

La Neuralgia se caracteriza casi siempre por dolor paroxístico, pero sin una lesión orgánica demostrable. Las neuralgias afectan las fibras nerviosas sensitivas de los nervios craneales, basándose en la naturaleza, carácter y distribución del dolor, se establece el diagnóstico y son necesarias para valoración adecuada la obtención de un esquema de la zona enferma, determinación de las "ZONAS DESENCADENANTES", en caso de existir valoración de los factores psíquicos y uso de - - anestesia local selectiva.

Antes de enunciar un diagnóstico definitivo procede eliminar los factores locales (especialmente odontalgia) que bien pudieran explicar directamente el dolor o como dolor referido. Es esencial el conocimiento anatómico y fisiológico de las regiones. Pueden ocurrir -neuralgias típicas- en sujetos de edad avanzada, las cuales se caracterizan por la presencia de una (zona desencadenante) y por dolor paroxístico agudo de corta duración (segundos o minutos) localizado en la distribución anatómica precisa de los nervios craneales involucrados, en general, no se comprueban signos de afección del sistema nervioso autónomo, por ejem.: lagrimeo, bochornos o sudación.

Las neuralgias atípicas se diferencian clínicamente de las típicas por el dolor difuso de localización imprecisa, no existe en estos casos zona desencadenante y el dolor no sigue la distribución anatómica de un nervio determinado, sino que afecta a varios, incluso cruzando la línea media. Muy a menudo se comprueban signos asociados de sistema nervioso autónomo por ejem.: congestión nasal, lagrimeo y otros. Las neuralgias más importantes para el Cirujano Dentista son las correspondientes a los nervios, Trigémino (V par) y Glosofaríngeo (IX par).

NEURALGIA DEL TRIGEMINO

V PAR. (TIC DOLOROSO)

Caracterizado por dolor paroxístico sobre una o más ramas del V par craneal, la neuralgia del trigémino se observa principalmente en adultos de más de 40 años de edad. Los estímulos (presión, frío, movimiento) en una "zona desencadenante", localizada en la cara, mejillas, labios, lengua o en las encías provocan un dolor agudísimo de tipo "relámpago", o choque eléctrico que dura tan sólo unos segundos, aunque el paciente se encuentra bien entre los paroxismos, despliega a menudo precauciones máximas para proteger la zona desencadenante del aire y el viento y evita con frecuencia el

afeitado de la región. En ocasiones el dolor puede semejar una odontalgia y no es rara la extracción innecesaria de dientes sin lograr alivio alguno, se han diagnosticado erróneamente de "Tic doloroso", casos de dolor pulpar periodontal o de otros orígenes. La incidencia de esta enfermedad es ligeramente mayor en la mujer que en el hombre, y puede ser estimulada por los movimientos faciales o por la masticación produciéndose una "zona de Gatillo". La segunda y tercera rama del quinto nervio son afectadas con mayor frecuencia, es muy raro, la neuralgia del trigémino que afecte a la rama oftálmica, este trastorno puede ser bilateral, pero es poco común encontrar este tipo de paroxismo doloroso en ambos lados simultáneamente. El diagnóstico de la neuralgia del trigémino se establece mediante la historia clínica y la ausencia de signos de alteración neurológica, las funciones sensitivas y motoras son normales, los exámenes de laboratorio y la exploración radiográfica no da muestra de alguna anomalía. Los periodos de remisión del dolor pueden durar meses o años es rara la desaparición completa y total de los síntomas, la afectación no es mortal, pero impide que el individuo pueda desarrollar su trabajo normal. Los ataques agudos de neuralgia del trigémino pueden aliviarse con Difenhidantoína (Dilantin) 250 mg. por vía I.V. El tratamiento del padecimiento es mediante una dosis de sostén de -

300 a 600 mg. de difenilhidantoina es eficaz en algunos enfermos para evitar ataques, el tratamiento con este medicamento es a menudo ineficaz, debido a que la dosificación necesaria para dominar el dolor se acompaña de efectos tóxicos como ataxia, visión borrosa o trastornos gástricos.

También se han obtenido éxitos en el tratamiento de la neuralgia del trigémino empleando (Tegretol), este medicamento ejerce fuertes efectos tóxicos como la anemia aplásica, los enfermos que toman tegretol están bajo estricta vigilancia médica durante el tratamiento.

Si la Difenilhidantoina o el tegretol o ambos no resultan eficaces, puede ensayarse la inyección de alcohol en la rama correspondiente del trigémino o la sección del ganglio de Gasser de la segunda y tercera ramas de este nervio.

NEURALGIA GLOsofaríNGEA

IX PAR

La neuralgia glossofaríngea es un trastorno caracterizado por paroxismos de intenso dolor en la región de las amígdalas, faringe posterior, dorso de la lengua y oído medio. La causa: Es desconocida. La frecuencia con que se presenta es 20

veces menor que la del Trigénimo, los síntomas primarios suelen presentarse en personas en la cuarta o quinta década de la vida, siendo afectados con mayor frecuencia los varones - que las mujeres.

Los enfermos describen los dolores como paroxísticos con una duración de algunos segundos a varios minutos, son urentes y con exacerbaciones y localizados en las amígdalas, faringe posterior, dorso de la lengua y oído medio, los ataques pueden ser desencadenados por la deglución, la conversación, el movimiento de sacar la lengua o por el hecho de tocar la - - amígdala o la faringe posterior. El dolor puede presentarse varias veces al día o una vez a intervalos de varias semanas, son frecuentes los largos períodos de remisión, el trastorno va asociado a menudo a hipersensibilidad del seno carotídeo, con accesos. El diagnóstico se puede establecer por la descripción que el enfermo proporciona del dolor. Cuando el ataque es producido por el estímulo de una "zona de gatillo" de la faringe posterior, el diagnóstico puede confirmarse mediante la anestesia del área afectada, bajo la anestesia no puede producirse el dolor aunque se estimule la zona gatillo. Aunque la neuralgia glosofaríngea no acorta la vida del enfermo, el -dolor- puede producir incapacidad durante períodos más o menos largos. Puede resultar eficaz el tratamiento con Difenilhidantoína por vía I.V. para cortar los ataques -

agudos o por vía bucal como tratamiento de sostén. El tratamiento más eficaz del trastorno parece ser, sin embargo, la sección quirúrgica intracraneal del noveno nervio.

NEURALGIAS FACIALES

Además de las causas bien conocidas de dolor facial como son la neuralgia del trigémino o la neuralgia glossofaríngea, - - existen otras varias afecciones que pueden ocasionar dolor facial.

El dolor de estas neuralgias faciales atípicas no sigue el trayecto anatómico del nervio, ni es desencadenado por el estímulo de una "zona de gatillo", y puede ir asociado a signos de actividad del sistema nervioso vegetativo. Las formas mayormente conocidas de neuralgia facial atípica son:

1. Cefalalgia acumulada o agrupada.
2. Cefalalgia de la mitad inferior.
3. Dolor facial psicógeno.

Cefalalgia acumulada o agrupada

Esta forma de cefalalgia vascular se caracteriza por un in--

tenso dolor pulsátil periorbitario, los ataques se producen en grupos separados por largas remisiones, pueden presentarse en períodos de uno o dos meses y desaparecer después durante intervalos de meses o años. Consisten en un dolor intensísimo en el ojo o sien, unilateral, de comienzo brusco y de corta duración, el dolor suele ir acompañado de lagrimeo, enrojecimiento conjuntival y congestión nasal; la cefalalgia agrupada se presenta especialmente en varones.

El tratamiento consiste en preparados de Ergotamina o de Metisergrida (Sansert) que deberán administrarse en largos períodos.

CEFALALGIA DE LA MITAD INFERIOR

Esta forma poco precisa de cefalalgia vascular fue descrita primero por Sluder con el nombre de (neuralgia del nervio esfenopalatino) y por Vail con el de (neuralgia Vidiana). Los enfermos con cefalalgia de la (mitad inferior) describen el dolor en la raíz de la nariz, en el globo ocular y alrededor del mismo, maxilar y dientes y se extiende en dirección posterior hacia el oído, occipucio, cuello y espalda.

Los ataques se presentan de noche y suelen ser unilaterales,

no existe pérdida o alteración de la sensibilidad, y los ataques no pueden desencadenarse por estímulos externos.

DOLOR FACIAL PSICÓGENO

También conocido como -Neuralgia Facial Atípica- es una neuralgia en la que los factores psicógenos son fundamentales.- El trastorno es producido sobre todo en mujeres, los enfermos describen el dolor como situado profundamente, con sensación de estiramiento, agarramiento, quemazón o taladro, no está bien localizado y no se adapta a la distribución de ningún nervio, el ataque a menudo es de larga duración aumentando paulatinamente en intensidad y después disminuye lentamente. Al pedirle al enfermo que localice su dolor, suele apretar intensamente para indicar la profundidad del mismo; son raros los síntomas del sistema autónomo craneal, y no existen anomalías neurológicas objetivas. Los enfermos con dolor facial psicógeno presentan a menudo una conversión psiconeurótica y reacciones compulsivas, el primer ataque del dolor facial coincide a menudo con un trastorno emocional en la vida del enfermo, es frecuente un diagnóstico equivocado, ha hecho que los enfermos con dolor psicógeno fueran sometidos a intervenciones quirúrgicas o contrajeran el hábito de los analgésicos, los cuales son siempre ineficaces para domi

nar el trastorno.

La Psicoterapia parece ser el método terapéutico más eficaz-
para el éxito del tratamiento es indispensable la compren- -
sión adecuada de la situación psicológica del enfermo.

CAPITULO IX) INFECCIONES Y AFECCIONES COMUNES Y DE URGENCIA
OROFARINGEA.

HIPERTROFIA GINGIVAL POR DILANTINA

Etiología: Dilantín Sódico.

Localización: En los tejidos gingivales.

Motivo de la urgencia: Produce miedo la hiperplasia típica en los dientes anteriores.

Tratamiento: En pacientes con hipertrofia grave el tratamiento consiste en suspender la dilantina y sustituirla por otros anticonvulsivos igualmente eficaces, puede ser necesaria la extirpación quirúrgica del tejido hipertrófico. Para prevenir la hiperplasia gingival puede ser útil la higiene bucal estricta y la atención periodontal periódica.

DOLOR PROVOCADO POR USO DE DENTADURAS

Etiología: Traumatismo debido a dentaduras mal ajustadas, infecciones por Monilia, bacterias o espiroquetas por falta-

de asepsia, alergia a los materiales resinosos o metálicos.

Localización: Puede estar afectada toda la boca o las áreas - en donde la presión es traumática.

Motivo de la urgencia: Ulceraciones dolorosas acompañadas - de infección con hipersensibilidad.

Tratamiento: Consiste generalmente en eliminar el agente -- irritante o alergéno inmediatamente y dejar que sanen los te jidos.

Si existe tejido hiperplásico y no desaparece con espontanei dad puede extirparse quirúrgicamente.

ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA

Etiología: Lesiones de tipo alérgico que aparecen después - de la administración de una droga por cualquier vía.

Localización: Las manifestaciones más comunes de alergia a - las drogas: fiebre, dermatitis, urticaria, eritema, artritis, agranulocitosis, anemia, trombocitopenia, nefritis, dermati- tis exfoliativa, periarteritis, anafilaxia y estomatitis, to

das las regiones de la boca pueden estar afectadas.

Motivo de la urgencia: Lesiones ulceradas recurrentes, vesiculares y superficiales.

Tratamiento: Es indispensable reconocer a tiempo la anafilaxia y tratarla rápida y adecuadamente, ésta en muchos casos, es una situación que pone en peligro la vida y no habrá indecisiones y medidas a medias.

El shock alérgico se desarrolla en segundos y el tratamiento está destinado a mantener la entrada del aire, la presión sanguínea y si es posible, evitar una mayor absorción de la droga. El tratamiento ulterior consiste en localizar la droga que ha sido el agente causal y no volverlo a administrar, son útiles los antihistamínicos y los enjuagatorios bucales con soluciones antisépticas, hipertensores, cardiorespiratorios o tónicos cardíacos.

GINGIVITIS ULCEROSA NECROSANTE

Etiología: Bacilos fusiformes y Espiroquetas. (Borrelia Vincenti).

Localización: En los tejidos gingivales.

Motivo de la urgencia: Se puede presentar cuando el paciente requiera tratamiento dental por restauraciones dentales defectuosas, colgajos de tejido pericoronario, profilaxia.

Tratamiento: Lo más recomendable es colocar puntos locales de anestesia y eliminar la causa. Quitar la zona esfacelada y mandar colutorios suaves, antibióticos, una dieta blanda y tranquilizantes, exámenes periódicos y ser estrictos en los métodos caseros que el paciente requiere.

GINGIVITIS

Etiología: Se incluyen los factores locales y generales, el traumatismo y la infección, discrásias sanguíneas, anemia, diabetes sacarina, gingivitis de la gestación, gingivitis de la pubertad, etc.

Localización: Papilas interdetales y tejidos marginales.

Motivo de la urgencia: La gingivitis puede producir necesidades de urgencia, en el caso de sangrado cuando se requiere alguna obturación o una simple impresión, puede ser causa de

sangrado espontáneo y producir alarma subconsciente en el paciente.

Tratamiento: Consiste en la eliminación de los factores etiológicos, volviendo los tejidos a la normalidad.

HERPES ZOSTER

Agente Etiológico: Virus Zoster.

Localización: Piel, mucosas, lengua, cabeza, cara, ojos, piso de la lengua, etc.

Motivo de la urgencia: Dolor agudo local en la zona de la úlcera.

Tratamiento: No se remueve la costra, se coloca piel artificial con ungentos o pomadas, o bien apósitos húmedos con cortizona o furacín, uso de analgésicos para el dolor y enjuagues ligeramente alcalinos en las lesiones bucales.

MONILIASIS

Etiología: *Cándida Albicans*.

Localización: Márgenes de la lengua y los carrillos, puede-
diseminarse a toda la mucosa bucal.

Motivo de la urgencia: Dolor difuso con sensación de quemadura.

Tratamiento: Higiene bucal adecuada, colutorios ligeramente-
antisépticos, aplicación tópica de Violeta de genciana.

HERPES SIMPLE

Etiología: Virus Herpes Simple.

Localización: Labios, encía, mucosa bucal, paladar y farín-
ge.

Motivo de la urgencia: Sensación de quemadura y prurito lo-
calizado, aparición posterior de vesículas.

Tratamiento: Aplicación local de astringentes suaves, admi-
nistración de analgésicos, institución de una higiene bucal-
adecuada. Antibiótico sólo en caso de infección secundaria-
grave, en pacientes jóvenes es importante usar antipirético-
para reducir la fiebre y mantener un estado normal de hidra-
tación.

CAPITULO X) CONCLUSION

En todo centro hospitalario de importancia como el Seguro Social, ISSSTE, Departamento del D. F., Hospitales Infantiles, existen gabinetes dentales las 24 hrs. del día, obviamente no se avocan a realizar tratamientos curativos, sino a resolver urgencias y emergencias de aparición crónica o aguda.

El consultorio dental privado no es la excepción ya que por lo menos el 15% de los pacientes al mes se presentan con estas características en busca de alivio.

La presente tesis se enfoca ante tales situaciones pretendiendo dar todos los artificios terapéuticos que son posibles de emplearse para dichas situaciones, así vemos cómo en la luxación de la Articulación Temporomandibular el tratamiento es complejo y tardado, sin embargo la luxación misma requiere de un tratamiento eficaz e inmediato. En las fracturas mencionadas tipo Lefort I, II, III, tienen las mismas características pero el tratamiento inmediato o preparatorio es el que debe emplearse ante tales circunstancias, todo dependiendo de si será tratado en el consultorio de inmediato o será preparado para una fecha próxima en el mismo o si será remitido a sanatorio privado o institucional.

Cada caso requiere de la aplicación de un distinto criterio como se ha observado en los capítulos correspondientes; en el inciso V quizás uno de los más importantes de la tesis, en el que se refiere a Shock, mejor denominado en la actualidad como estado crítico por hipersensibilidad es el que más angustia tanto a nivel hospitalario como en consultorio privado y es aquí donde el Cirujano Dentista debe de prever más estas situaciones teniendo su cuadro básico para enfrentar dichas eventualidades.

No deja de ser alarmante también las Neuralgias, los Abscesos e Infecciones y creemos que el presente trabajo se enfoca en aras de parar lo más pronto posible la situación de urgencia del paciente, protegiéndolo y preparándolo para un tratamiento curativo pasada la urgencia. Por lo tanto, quiero hacer hincapié al honorable jurado que no se trata de tratamientos completos de cada padecimiento sino los artificios terapéuticos que nos ayudan a resolver el estado de urgencia y nos ayudan a preparar al paciente al tratamiento definitivo a la mayor brevedad con el mínimo de riesgos.

FICHAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tratamiento Quirúrgico de las Anomalías del Desarrollo - de los maxilares.- Autores: Edward C. Hinds, John N, -- Kent. Editorial Labor, S.A.
2. Tratado de Patología Médica. Autor: TH. Brugsch. Editorial Labor, S.A.
3. Endodoncia. Autores: Angel Lasala
Impreso por Cromatip, C. A.
4. Terapéutica Periodontal. Autores: Goldman-Schluger. Fox-Cohen. Editores: Libros Científicos.
5. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Urgencias Odontológicas. Julio de 1973. Editorial Interamericana.
6. Propedéutica Odontológica. Autores: Mitchell, Standish, Fast. Segunda Edición. Julio de 1973. Editorial Interamericana.
Impreso en México.
7. Patología Bucal. S.N. Bhaskar. Segunda Edición. Reimpresión: 1975. Editorial, Librería El Ateneo. Impreso en la Argentina.
8. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Autor: Suras Forns Juan; Barcelona, Salvat, 1975.

9. Oclusión, por Sigurd Peder Ramjford y Major Ash.
Segunda Edición. Editorial Interamericana, 1972.
Impreso en México.
10. Periodoncia de Orban. Autores: Orban, Palint, Joseph.
Teoría y práctica por D.A. Grant, I.B. Stern, F.G.
segunda edición, Everett.
11. Patología Básica. Autores: Stanley L. Robbins y M. -
Angell.
Editorial Interamericana. México 1973.
12. Propedéutica Clínica. Autores: W.B. Buckingham, M.
Sparberg. M. Brandfonbreuer. Impreso en: Barcelona, -
1974.
13. Las Especialidades Odontológicas en la Práctica: General.
Alvin L. Morris, D.D.S. P.H.D.
Harry M. Bohannon, D.M.D. M.S.D.
Editorial Labor, S.A. Impreso en Barcelona
Segunda Edición: 1976.
14. I.P.S.O. Información Profesional y de Servicios al Odon-
tólogo. Segunda Edición: 1976. Impreso en México.
15. Apuntes de la materia de Oclusión del: Dr. Raúl Espino-
za de la Sierra.
Maestro en la E.N.E.P. - U.N.A.M. 1977
16. La Pulpa Dental. Autor: Samuel Seltzer y Bende. .
Editorial: Mundí. Impreso en la Argentina. Nov. 1970

17. Fisiopatología Bucal. Autor: Tieceke, Stuteville, Calandra. Editorial: Interamericana. Impreso en México, -- D.F. 1960.
18. Endodoncia. Los Caminos de la Pulpa. Autor: Stephen Cohen, Richard C. Burns. Editorial: Inter - Médica. Impreso: Buenos Aires, Argentina. Edición 1979.