

2 ej. 111



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

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

**"LA CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA
ODONTOLOGICA"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
FRANCISCO JAVIER GARCIA RUIZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la Sagrada Memoria
de mi inolvidable MADRE
ROSA RUIZ DE G.

A MI PADRE Y HERMANOS:

Enrique G.

Santiago

Teresita

Lupita

Alfredo

Marina

Enrique

Patricia

Con cariño y afecto,

INDICE

LA CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

CAPITULO I PROLOGO.

CAPITULO II OBJETIVO.

CAPITULO III PREPARACION PARA LA CIRUGIA BUCAL EN EL CONSULTORIO.

3.1 Limpieza Quirúrgica.

3.2 Métodos de Desinfección.

3.3 Métodos de Esterilización.

3.4 Preparación del Equipo del Consultorio.

3.5 Equipo Mínimo para la Cirugía Oral.

CAPITULO IV ATENCION DEL PACIENTE EN CIRUGIA ORAL.

4.1 Evaluación del Estado del Paciente.

4.2 Instrucciones al Paciente.

4.3 Programación de la Cita para la Intervención.

CAPITULO V USO DE MEDICAMENTOS EN CIRUGIA BUCAL.

5.1 Sedación del Dolor.

5.2 Premedicación.

5.3 Anestesia Tópica.

5.4 Anestesia Local.

5.5 Terapéutica Antibiótica para dominar la Infección.

5.6 Evaluación de su eficacia y dosificación recomendada.

CAPITULO VI TECNICAS DE CIRUGIA BUCAL MENOR.

6.1 Extracción Quirúrgica de Organos Dentarios y Apicos Radiculares.

6.2 Retracción del Colgajo.

- 6.3 Eliminación de Hueso (Osteotomía).
- 6.4 Sección del Diente (Odontosección).
- 6.5 Extracción de los Apices de las raíces fracturadas.
- 6.6 Extirpación de raíces retenidas.
- 6.7 Organos Dentarios Retenidos.
- 6.8 Biopsia de Tejidos.
- 6.9 Tratamiento de las Fracturas de los Maxilares.
- 6.9.1 Frenilectomías.
- 6.9.2 Torus.

CAPITULO VII COMPLICACIONES QUIRURGICAS.

- 7.1 Prevención de las Complicaciones.
- 7.2 Complicaciones durante la intervención.
- 7.3 Complicaciones post operatorias.
- 7.4 Hemorragia Trans y Post Operatoria
- 7.5 Hemostasia.

CAPITULO VIII RELACION DE LA CIRUGIA BUCAL CON OTRAS ESPECIALIDADES.

CAPITULO IX CONCLUSIONES.

CAPITULO X BIBLIOGRAFIA.

I -PROLOGO-

El tema tratado en esta tesis será familiar a algunos odontólogos de práctica general, otros encontrarán tal vez nuevos enfoques de operaciones realizadas anteriormente con métodos diferentes; a otros las técnicas les resultarán inéditas puesto que no se han incluido en todas las prácticas generales.

El objetivo principal de este trabajo es poner al día los conocimientos del odontólogo sobre cirugía oral, con el fin de que pueda prestar mejor asistencia quirúrgica, especialmente a los pacientes que viven en localidades donde no se dispone de especialista en cirugía bucal.

Es indudable que existen odontólogos de práctica general excelentes cuya actuación profesional es superior a la de algunos especialistas; El odontólogo debe realizar las operaciones para las cuales considera que posee conocimientos, práctica y facilidades suficientes para obtener éxito y no causarle algún daño posterior al paciente.

El dentista que no tiene conocimientos sobre cirugía y que realiza intervenciones quirúrgicas en poca escala no debe intentar realizar operaciones que deben ser practicadas por el cirujano bucal, con el fin de ahorrar al paciente las molestias de la visita a un especialista, o descredito profesional con el enfermo. Las personas realizan bien aquello a lo que están habituadas; el dentista que solo opera ocasionalmente, cuando realiza alguna intervención presta un deficiente servicio no solo al paciente sino también así mismo. Si el odontólogo tiene el proyecto de interesarse mas por la cirugía, debe estudiar, obtener el material e instrumental adecuado y operar con regularidad.

Como resulta imposible que el dentista de práctica general esté al tanto de los avances en cirugía bucal, y como es el que debe orientar y resolver los problemas de sus pacientes ha de tener un criterio claro y conciso sobre el diagnóstico y plan de tratamiento de manera que pueda establecer cuando está en sus manos la resolución del padecimiento y cuando deberá remitirlo al especialista.

El dentista general también debe sentirse responsable de la remisión a los cirujanos orales de aquellos pacientes con lesiones o traumatismo de la boca o de los maxilares que no desea o no se considera capacitado para tratar.

II OBJETIVO

Este trabajo, no pretende ser un tratado completo de cirugía oral, puesto que esta enfocado a dar un servicio al dentista no-especialista, de conocimientos técnicas básicas y fundamentales dentro de lo que corresponde al campo de la cirugía bucal; porque muchas veces resulta materialmente imposible que el dentista de práctica general este al corriente de las últimas tendencias o de los nuevos procedimientos de la cirugía bucal.

Esperando cumplir el valiosísimo cometido de hacer fáciles para el odontólogo general los puntos básicos, teóricos y prácticos de la especialidad sobre cirugía bucal.

Esperando motivarlo hacia una capacitación lo mas completa posible, para que cumpla eficientemente con su cometido brindándole mejor atención al paciente.

Por lo que en cada tema se trataran todos los puntos relacionados con dicha tesis, teniendo como fin enriquecer los conocimientos que cada odontólogo posea al respecto y ademas darles a conocer nuevas técnicas y procedimientos de dicha práctica odontológica uno de los puntos importantes que debe tener en cuenta el odontólogo es la asepsia que debe conseguir si pretende prestar un servicio optimo a sus pacientes ya que al intervenir en planos profundos el peligro de infección aumenta considerablemente; y si lleva a cabo conscientemente los demas puntos tratados en este trabajo como son la evaluación del ido. General del paciente; las técnicas adecuada a seguir en cada cirugía y las complicaciones que se puedan presentar, realizara una cirugía oral excelente a sus pacien-

tes. Espero con esto contribuir a la realización de una cirugía bucal -
óptima en realización y resultados.

III PREPARACION PARA LA CIRUGIA BUCAL EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO

El nivel de limpieza que se mantiene en el consultorio dental - proporciona una asepsia adecuada a los pacientes durante la mayoría de - las intervenciones dentales. Sin embargo los pacientes son más suscepti- - bles a la infección durante las intervenciones quirúrgicas debido a la - exposición de los planos profundos. Los hematomas y tejidos necróticos- ofrecen un medio de cultivo a los organismos patógenos, que pueden ser - introducidos en los planos profundos por los instrumentos quirúrgicos.

Por consiguiente, es importante el cuidado adecuado de los ins- - trumentos para prevenir el desarrollo de una infección en los pacientes- sometidos a una operación en la boca. En un consultorio en que se tra- - ten simultáneamente problemas dentales, quirúrgicos y de otro tipo; es im- - portante evitar la contaminación cruzada de los instrumentos dentales y los instrumentos utilizados en cirugía oral.

3.1 LIMPIEZA QUIRURGICA.

La limpieza de los instrumentos utilizados para tratar a un pa- - ciente se puede describir como desinfección o como esterilización.

Aunque algunas veces se usan impropriadamente ambos términos como - - sinónimos, los dos procesos son distintos y producen resultados finales- diferentes.

La desinfección es un proceso durante el cual se destruyen muchos microorganismos, "pero no se destruyen todos".

Las excepciones mas importantes son muchos virus y gérmenes formadores, de esporas como el del tétanos y el de la tuberculosis. Son ejemplos de técnicas desinfectantes la ebullición y el uso de productos químicos en frío como el alcohol o el cloruro de benzalconio.

La esterilización es un proceso mediante el cual se eliminan todos los microorganismos, incluidos virus y esporas. Son ejemplos de técnicas de esterilización la acción de la autoclave y la esterilización por gas.

La desinfección bien entendida y realizada, es suficiente para ciertas partes del equipo del consultorio dental.

La esterilización es obligatoria para cualquier instrumento que penetre en los tejidos y se contamine con sangre o secreción purulenta. Así deben esterilizarse todos los instrumentos utilizados en la inyección de las soluciones anestésicas, endodoncia, terapéutica periodontal y cirugía oral. Una vez esterilizados se guardan de manera que se conserven estériles.

3.2 METODOS DE DESINFECCION.

CEPILLADO CON JABON: Cepillando los instrumentos se consigue el arrastre mecánico de los residuos infectados; esta operación preliminar es necesaria para esterilizar en la autoclave, pero por si sola es suficiente para esterilizar el instrumental, aunque se empleen jabones antisépticos.

LIMPIEZA CON ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70%: La limpieza mecánica con alcohol elimina el material superficial. Este procedimiento reduce el número de organismos presentes pero no elimina a los patógenos.

a) EBULLICION.

Este método, que está cayendo rápidamente en desuso en el consultorio dental, es ineficaz contra las esporas y los virus. Cuando no se dispone de mejores facilidades, se han de frotar los instrumentos con un jabón detergente y someterlos a la ebullición durante 50 minutos.

b) DESINFECCION QUIMICA.

Los agentes químicos rara vez producen una esterilización porque no actúan sobre las esporas, los virus y el bacilo tuberculoso.

Además, las soluciones frías no penetran suficientemente en las hendiduras de los instrumentos, en el interior de las agujas de inyección, ni atraviesan las películas aceitosas que recubren algunos instrumentos. Por otra parte, son inactivadas por los restos de jabón que pueden haber quedado después de la limpieza.

Sin embargo, en condiciones adecuadas cabe usar con seguridad las soluciones químicas para la desinfección de instrumentos que no han de estar en contacto con los tejidos ni han de penetrar en ellos.

Se deben lavar bien los instrumentos, mantener la concentración adecuada de la solución y dejarla actuar en aquellos durante el tiempo necesario. Deben frotarse a fondo con un cepillo y jabón deter-

gente, enjuagarlos y sacudirlos para que escurran la mayor parte de agua antes de sumergirlos en la solución. Los residuos adherentes podrían contener patógenos o protegerlos contra la solución desinfectante. El agua adherida a los instrumentos diluye la solución y disminuye su eficacia. Las soluciones frías deben cambiarse con regularidad porque su eficacia se pierde con el transcurso del tiempo. Una solución de este tipo se ha de renovar completamente cada dos o tres días, y debe registrarse por escrito la fecha del cambio. Hay que usar un cronómetro automático para tener la seguridad de que los instrumentos se mantienen en contacto con la solución durante un mínimo de treinta minutos. Durante este intervalo no han de ponerse más instrumentos en la solución, a menos que vuelva a marcarse el tiempo prolongándolo para que permanezca en la solución durante treinta minutos el último instrumento sumergido.

Para que la desinfección química tenga algún valor deben seguirse las instrucciones del fabricante de modo absoluto.

c) EQUIPO DE LIMPIEZA ULTRASONICO.

Existen en el mercado equipos ultrasónicos para limpiar instrumental y muchos dentistas lo usan. Se ha de hacer hincapié en que tales equipos únicamente están destinados a la limpieza; pero no esterilizan.

3.3 METODOS DE ESTERILIZACION.

a) AUTOCLAVE.

Es el más eficaz de todos los medios de esterilización si el vapor efectivo llega a todas las porciones de los materiales contenidos en

al aparato. Por lo tanto los instrumentos deben de estar libres de residuos y colocados adecuadamente en él según las indicaciones del fabricante.

El periodo de esterilización usual es de quince minutos si los instrumentos están envueltos en toalla. Las jeringas y agujas han de mantenerse en la autoclave en la misma temperatura pero durante treinta minutos.

b) CALOR SECO.

Este metodo de esterilización es eficaz, si actúa durante el tiempo suficiente para que el calor llegue a todas las partes del material. Los paños y las gasas deben exponerse al calor seco durante tres horas a 160° C. Una hora es suficiente para los instrumentos de corte, como tijeras y cincales, si no están envueltos en un paño.

c) GAS.

El gas óxido de etileno es letal para todas las bacterias, esporas, virus y hongos. No es corrosivo ni ataca a los tejidos, goma o plásticos; siempre que se use de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Los instrumentos han de estar limpios y libres de residuos, sangre o moco. La esterilización por gas requiere más tiempo que por vapor, pero menos que por calor seco (cuarenta y ocho minutos a 60° C.) si se trata de metal o vidrio.

Los materiales sensibles al calor, que han de ser sometidos a la acción del gas a la temperatura ambiente, requieren de tres a doce horas, según el tamaño y la naturaleza del material que se quiere esterilizar.

d) ESTERILIZADORES ULTRASONICOS

Los microbiólogos han utilizado equipos de ultrasonido con objeto de fracturar las paredes celulares de los microorganismos.

Se han empleado diversas frecuencias de ondas sonoras para atacar a diferentes tipos de gérmenes. Recientemente han aparecido en el comercio, con destino al consultorio dental, un tipo del equipo ultrasónico de frecuencias elevadas, que no sólo limpian el instrumental, sino que lo descontaminan y esterilizan.

Este equipo elimina las bacterias, esporas, y virus en cinco minutos.

3.4 PREPARACION DEL EQUIPO DEL CONSULTORIO.

El logro de una limpieza suficiente para las técnicas de cirugía oral está limitado por el diseño del equipo dental pero éste inconveniente se puede superar.

n) REPISA DE INSTRUMENTOS E ILUMINACION.

Al prepararla para la cirugía bucal, la repisa de instrumentos se ha de cubrir con una toalla esteril. El operador ha de proceder con cuidado para no tocar su parte inferior cuando haya que moverla.

El brazo de luz debe envolverse en una toalla limpia antes de realizar cualquier intervención quirúrgica en un paciente. La toalla se contamina cuando el dentista reajusta la luz durante el tratamiento, pero

cuando aquella acaba de cambiarse no es necesario que el dentista y el ayudante se laven las manos cada vez que modifican la posición de la luz.

Es preferible una lámpara con mangos metálicos cambiables que puedan esterilizarse en la autoclave porque se puede poner un mango esterilizado antes de tratar cada paciente y entonces es innecesario protegerlo con una toalla estéril.

b) SILLÓN.

Antes de sentarse al paciente debe cambiarse la cubierta del cabezal y frotar con solución de alcohol propílico a 70% los brazos del sillón, las palancas y botones de ajuste.

El operador (o el ayudante) se lavarán las manos antes de ajustar el sillón y el cabezal para el paciente; no deben hacerse nuevos ajustes a menos que se laven nuevamente las manos antes y después de tocar el sillón.

c) VASO PARA EL AGUA.

Es preferible el vaso de papel sin mango metálico, a menos que éste se esterilice para cada paciente.

d) JERINGA DE AGUA.

Si es necesaria la irrigación se usará una jeringa asepto u otro tipo grande que pueda ser esterilizada en la autoclave. Es difícil, si no imposible, mantenerla quirúrgicamente limpia.

e) PIEZA DE MANO.

Actualmente existen piezas de mano que se pueden poner en la autoclave, único tipo que debería utilizarse en cirugía oral. La esterilización de la funda solamente, como se hacía antes, no es suficiente.

f) FRESAS Y PIEDRAS.

Todas las fresas y piedras deben ponerse en la autoclave. Las fresas usadas han de limpiarse cuidadosamente con un cepillo metálico para quitar todos los residuos de las estrías antes de someterlas a la acción de la autoclave.

g) BOQUILLA DE SUCCION.

Se recomiendan las boquillas metálicas que pueden esterilizarse en la autoclave. Antes hay que limpiarlas a fondo por dentro y por fuera. Durante las intervenciones quirúrgicas deben limpiarse periódicamente al chorro, para evitar la acumulación de sangre coagulada. Nunca se utilizará la escupidera como fuente de agua para este fin.

h) GASA.

Se preparan compresas de gasa (5 x 5 cm) relleno de algodón que se envuelven en papel en grupos de diez, se esterilizan en la autoclave y se guardan en un recipiente estéril. Se pueden tomar paquetes aislados con unas pinzas, este método conserva las compresas y evita la contaminación.

i) INSTRUMENTOS QUIRURGICOS.

Los instrumentos deben limpiarse después de usarlos, esterilizarlos, en la autoclave, colocarlos sobre una toalla estéril y cubrirlos con otra en armario cerrado. Se pueden tomar los instrumentos del armario - con unas pinzas quirúrgicamente limpias.

j) EQUIPO DE ANESTESIA LOCAL.

Es imposible la esterilización efectiva de las agujas a menos - que se froten bien y se limpien por dentro con un estilete. No se han de usar desinfectantes en frío, porque son ineficaces contra las esporas y virus y penetran mal en la luz de la aguja. Lo ideal son las agujas - desechables; su uso asegura al operador una aguja nueva, afilada y estéril para cada paciente.

Las jeringas han de ponerse en la autoclave y guardarse del mismo modo evitando la contaminación, pueden ponerse en recipientes estériles y retirarlos con unas pinzas estériles a medida que se necesitan.

Si se toman las precauciones anteriores al preparar una intervención quirúrgica oral, se reducen los riesgos de constaminación cruzada y se proporciona al paciente un ambiente seguro.

15. ELEVADORES

Streight # 1, # 80.

(Hu Friedy)

Cryer # 44, # 45

(Hu Friedy)

En la tabla anterior se da una lista básica de los instrumentos que se han de esterilizar, almacenar y tener dispuestos para el uso en cirugía oral.

La pieza de mano de alta velocidad es ideal para la sección de órganos dentarios y estructuras óseas.

No obstante, es necesaria la irrigación complementaria con una jeringa para agua o suero fisiológico para evitar daños térmicos al hueso. Para que las técnicas quirúrgicas resulten eficaces es indispensable una aspiración adecuada.

El eyector de saliva del equipo dental no es apropiado para eliminar la sangre o el moco espeso, se ha de tener a mano un equipo de aspiración auxiliar. Los instrumentos bien afilados, como los rongeurs y las limas, permitirán un tratamiento más rápido y menos traumatizante. No se han de utilizar los hemostáticos como portaagujas, porque no sostienen la aguja con firmeza y su uso en esta forma estropea las puntas por su empleo incorrecto.

IV ATENCION DEL PACIENTE EN CIRUGIA ORAL

4.1. EVALUACION DEL ESTADO DEL PACIENTE.

Anteriormente se ha discutido la importancia de la historia clínica para planear el tratamiento del paciente dental.

Cuando se ha de intervenir quirúrgicamente, la salud general del paciente tiene un valor especial.

Estados como una tendencia hemorrágica, una diabetes, una afección cardiovascular, así como los medicamentos utilizados en el tratamiento de estas enfermedades, o la radioterapia maxilar pueden influir sobre las decisiones que hay que tomar con respecto a la conveniencia de una intervención quirúrgica o la elección de los anestésicos, la medicación previa, o los antibióticos que se tienen que administrar simultáneamente con el tratamiento operatorio.

Además de obtener una historia clínica, el dentista puede enjuiciar el estado de salud general del paciente observando su aspecto físico incluso antes de proceder a la exploración oral. Una marcha insegura o la elocución defectuosa sugieren que el paciente ha sufrido un ataque de apoplejía y que es posible que tome preparados anticoagulantes.

Unos labios azulados y los dedos en forma de palillos de tambor pueden indicar una enfermedad pulmonar o cardíaca.

El examen oral también pueda revelar signos de afección general. Las cicatrices en los labios y en la lengua, además de las fracturas de las cúspides de los dientes podrían indicar una epilepsia; mientras que la palidez de las membranas mucosas, las petequias múltiples, y las úlceras o las hemorragias de los tejidos orales pueden sugerir una anemia o una discracia sanguínea.

En el examen clínico de todo paciente hay que incluir la observación de toda la cavidad oral, prestando especial atención a los tejidos blandos. La técnica del examen del tejido blando no es complicada, requiere poco tiempo y puede salvar la vida si se descubre una afección maligna en una fase precoz.

Todo hallazgo físico anormal durante la exploración clínica requiere una explicación por la historia clínica, o por consulta médica, si se desea prestar un buen servicio al paciente.

Ante de empezar el tratamiento han de correlacionarse la historia clínica y la dental, la exploración clínica, las radiografías y los resultados de las pruebas de laboratorio y clínicas con el fin de hacer posible un diagnóstico diferencial y un plan de tratamiento que redunde en el máximo beneficio para el paciente.

El diagnóstico preciso y el plan de tratamiento dependen en alto grado de que las radiografías estén tomadas con la exposición debida, posición correcta y revelado impecable y permitan apreciar todos los límites de una lesión o las raíces de las piezas por extraer. El tiempo empleado en obtener buenas radiografías posiblemente permitirá ahorrar el

que se hubiera empleado más tarde ejecutando un trabajo sin plan previo. La evaluación de la placa Rx incluida la estimación de la densidad ósea ayudarán a planear el enfoque quirúrgico.

Al analizar el estado oral del paciente es importante saber cuando un problema no se ha de tratar quirúrgicamente. Por ejemplo, una punta de raíz asintomática o un tercer molar incluido en un paciente de sesenta años con una afección cardiovascular generalmente sólo requiere mantenerla en observación.

Por el contrario, si se trata de un paciente de veinte años, un tercer molar que probablemente no hará erupción, debe ser extraído. Se dan numerosos casos de pacientes a los cuales hay que extraerles el tercer molar en la edad avanzada cuando se ha reducido la capacidad de regeneración ósea y existe una bolsa periodontal profunda distal al segundo molar. La afección periodontal probablemente se hubiera podido evitar mediante la extracción precoz del tercer molar.

La evaluación completa del paciente informará al dentista no sólo acerca de sus problemas de salud, sino también de su actitud con respecto a los cuidados dentales. La existencia de una enfermedad puede ser un factor que contribuya al temor del paciente a las operaciones dentales; por ejemplo puede temer a los efectos de la intervención sobre su enfermedad cardíaca o sobre su diabetes. Puesto que el miedo en sí puede afectar la reacción física al tratamiento; es importante que el dentista enjuicie la actitud mental del paciente al planear la premedicación y la analgesia antes de la intervención.

4.2. INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Al paciente se le ha de exponer lo que cabe esperar del tratamiento quirúrgico con el fin de que esté adecuadamente preparado; se le debe informar acerca del tiempo que se estima habrá de mantenerse alejado de su trabajo y acerca de la tumefacción que es posible que aparezca. Si existe el peligro de complicaciones indeseables como una perforación del seno maxilar o una parestesia posoperatoria, advirtiéndolo de manera que no le cause alarma. Se le ha de dar instrucciones precisas sobre la dieta, porque el paciente tal vez esté preocupado por la necesidad de ayunar antes y después de la operación. Antes de una operación que se realiza con anestesia local el paciente no debe ayunar.

Si el cirujano oral va a emplear la anestesia general el paciente deberá ayunar siguiendo las instrucciones del cirujano. La necesidad de bolsas de hielo, alimentos especiales, medicamentos y colutorios puede ser discutida antes de la visita quirúrgica. Los requerimientos de cada paciente pueden modificarse por su reacción a la operación, pero en lo que se refiere a muchas técnicas el dentista podrá juzgar las necesidades del paciente por adelantado. Este agradecerá la recomendación de que tome jugos, alimentos infantiles, preparados instantáneos para el desayuno y bebidas no alcohólicas durante los primeros días después de la operación. Debe hacérsele comprender que ha de satisfacer sus requerimientos líquidos y de calorías, y que privarse de las bebidas y de los alimentos durante su post operatorio puede poner en peligro su rápida recuperación.

4.3. PROGRAMACION DE LA CITA PARA LA INTERVENCION.

En el programa del día hay que dejar el tiempo suficiente para completar sin prisas la intervención proyectada. Una evaluación preoperatoria precisa y realista del volumen del problema quirúrgico permitirá una estimación concreta del tiempo necesario.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas por el dentista general han de programarse para las primeras horas del día.

Es menos probable que ocurran complicaciones si el dentista y el paciente están descansados. De presentarse complicaciones es más fácil encontrar consultores, puesto que disponen del resto del día para arreglar las citas.

Así mismo, si el paciente presenta inmediatamente después de la operación dolor o hemorragia, podrá ponerse en contacto con el dentista o con sus ayudantes mientras todavía están en el consultorio.

V USO DE MEDICAMENTOS EN CIRUGIA BUCAL

5.1 SEDACION DEL DOLOR.

Una de las claves del éxito en la práctica dental es el tratamiento indoloro.

El temor de la primera cita y de las siguientes con frecuencia está determinada por la habilidad y el tacto desplegados para calmar el dolor.

5.2 PREMEDICACION.

A los pacientes que han de someterse a intervenciones quirúrgicas amplias en la cavidad oral se les debe prescribir alguna forma de medicación previa. No obstante si bien la premedicación administrada en tabletas o en cápsulas es útil, no siempre puede confiarse en ella; La acción depende del tiempo transcurrido desde la última comida, del estado de nerviosismo del paciente, de la velocidad de absorción y de las variaciones individuales en la respuesta a los medicamentos. La inyección endovenosa de hipnóticos es fácil, cómoda y se tiene mayor seguridad de alcanzar los resultados apetecidos. La administración endovenosa lenta de 75 a 125 mgs. de pentobarbital sódico antes de administrar el anestésico local, disminuye la zozobra que la intervención quirúrgica produce en el paciente aprensivo. Se puede averiguar fácilmente el estado de hipnosis del paciente sosteniendo una conversación con él; cuando arrastra la palabra y las articula con dificultad, el dentista sabe que aquél tiene una sedación suficiente.

De este modo el operador está seguro de que la sedación no ha sido excesiva ni insuficiente.

Antes de administrar cualquier medicación debe revisarse la historia del paciente en lo relativo a medicamentos. Una sensibilización a los barbitúricos no impide necesariamente que aquél se beneficie de una buena sedación. Otros preparados como la difenhidramina (Benadryl) o la prometazina (Fenergón), son también hipnóticos eficaces. Si el paciente es objeto de tratamiento médico con un preparado antihipertensivo, probablemente es más seguro administrarle los hipnóticos por vía endovenosa que en forma de tabletas, puesto que la dosis requerida puede ser inferior a la media. La administración endovenosa previene los episodios de hipotensión, ya que permite al dentista vigilar la cantidad de droga dada, observando sus efectos en el paciente mientras la está administrando.

INYECCION ENDOVENOSA

La técnica de la administración endovenosa de pentobarbital (Nembutal) o secobarbital (Seconal) descrita a continuación es muy sencilla y cualquier dentista puede dominarla fácilmente.

EQUIPO

Se necesita un torniquete para distender las venas que han de inyectarse. Generalmente se emplea un trozo de tubo de goma porque puede soltarse fácilmente con una mano. La jeringa debe estar estéril, de 3 a 5 cc, desechable. Se recomiendan las agujas de un sólo uso, estériles, del calibre 20 a 25, y de pulgada y media de longitud. Unas torundas -

empapadas en alcohol servirán para limpiar la región por la que ha de penetrar la aguja. Después de la inyección se cubre el punto de la punción con una pequeña compresa de gasa.

TECNICA

Se limpia el tapón de goma de la ampollita de la droga frotándolo con una torunda humedecida en alcohol antes de insertar la aguja. Se pone el émbolo de la jeringa en la señal del volumen adecuado, según la cantidad de medicamento que se vaya a extraer. Si se han de utilizar de 75 a 125 mgs. de pentobarbital, el volumen será de 1.5 a 2.5 cc., es decir, 50 mgs/cc. Se empuja la aguja a través del tapón de goma, se inyecta el aire en la ampollita y se retira lentamente el émbolo para extraer una cantidad de solución igual al volumen de aire inyectado. Se vuelve a poner la funda plástica para proteger la aguja de la contaminación mientras se prepara el sitio de la inyección.

Se coloca el torniquete en el brazo y se indica al paciente que cierre el puño. Esto generalmente distiende las venas, pero si no se pueden palpar fácilmente se dan unos golpecitos en la región, o se aplican compresas calientes, o se deja el brazo colgado hacia el suelo con lo cual se contribuye a la ingurgitación de las venas. También es útil abrir y cerrar la mano rápidamente junto con estas maniobras.

Se escoge una vena idonea en el pliegue del antebrazo y se frota la región con alcohol. El operador toma con su mano izquierda el brazo del paciente por debajo del codo, poniendo el pulgar a un lado y los demás dedos al otro, y tensando la piel que recubre la vena. La jeringa, -

que el operador sujeta con la palma derecha, se mantiene con el bisel de la aguja a través de la piel con un ángulo de 30°, y se introduce en la vena. La sensación que produce la penetración de la aguja en la vena es similar a la que se experimenta al atravesar la lámina del dique de goma, o la de atravesar el músculo buccinador cuando se efectúa el bloqueo cigomático. Hay una resistencia inicial, pero en cuanto la aguja atravieza la pared exterior y penetra en la vena, la resistencia al avance es mínima o nula.

Cuando la aguja ha entrado en la vena se avanza o enhebra unos 5 a 10 mms. para tener la seguridad de que todo el bisel está en la luz del vaso se aspira ligeramente con el émbolo y si entra sangre en la jeringa con facilidad, es señal de que la aguja ha penetrado lo suficiente en la vena para proceder a la inyección. Se retira el torniquete antes de inyectar el medicamento. Se inyecta a razón de 1 ml/30 seg y se indica al paciente que diga al operador cuando nota alguna alteración en sus sensaciones. Muchos pacientes informan pronto que notan una agradable - somnolencia.

Las personas pequeñas (que pesan entre 40 y 55 kgs.) generalmente requieren de 50 a 75 mgs. de pentobarbital (1 a 1.5 cc.). Las personas que pesan más o las que son muy nerviosas pueden necesitar una cantidad mayor. En el adulto medio son suficientes 100 mgs. de pentobarbital. En cuanto se logra el nivel de sedación suficientemente deseado, se retira rápidamente la aguja, y en el sitio de la punción se pone un trocito de gasa.

El paciente se mostrará dispuesto a cooperar y posiblemente con ganas de hablar. Los hipnóticos no calman el dolor, pero suprimen las inhibiciones. La reacción es similar a la producida por diversas bebidas alcohólicas. Después de este tipo de sedación, el paciente no debe salir del consultorio sin alguien que le acompañe, ni ha de conducir un coche hasta que hayan transcurrido seis horas. La droga hipnótica disminuye los reflejos, y aunque lo hace con mucha eficacia, el paciente no se da cuenta de sus efectos. Como el dentista es legal y moralmente responsable de cualquier medicamento que prescriba o administre, ya sea un anestésico local, un antibiótico o un hipnótico, debe conocer perfectamente sus acciones y sus efectos colaterales y ha de saber combatir cualquier reacción nociva.

5.3 ANESTESIA TOPICA.

En muchos casos, los pacientes aprecian la anestesia-tópica previa a las inyecciones porque suprime las molestias de los pinchazos. El uso de una aguja desechable nueva, bien afilada, en cada actuación quirúrgica, elimina la mayor parte del dolor; con todo, la anestesia tópica asegura la ausencia del dolor producido por la aguja. Esta anestesia tiene un valor psicológico adicional porque su uso demuestra que el dentista se preocupa de la comodidad del paciente.

Los anestésicos tópicos se presentan en forma líquida para pincelaciones o pulverizaciones y en una pomada. La aplicación de líquidos en una zona limitada es difícil de controlar, y cuando se aplican en forma de pulverización puede administrarse en exceso. Los más fáciles de aplicar son las pomadas y las formas viscosas de lidocaína.

La superficie mucosa que se desea anestesiar debe secarse suavemente, luego se aplica la pomada con una torunda o un rollo de algodón y se procede a inyectar.

5.4. ANESTESIA LOCAL.

Tan pronto como el paciente se ha adaptado a su estado de relajación, el dentista puede proceder a la administración del anestésico local. El período de espera no puede ser superior a un minuto. El dentista rara vez tiene dificultades con la técnica de administrar la anestesia local.

Si en alguna ocasión experimenta una serie de fracasos de la anestesia, puede superar la dificultad revisando sencillamente los pasos del procedimiento de inyección y siguiéndolos lenta y deliberadamente. Los fracasos de la anestesia en dentistas expertos suelen obedecer a un relajamiento de la técnica.

AGENTES PARA LA ANESTESIA LOCAL. Los medicamentos que se usan corrientemente para la anestesia local se enumeran en una tabla más adelante. El volumen de anestésicos locales administrados diariamente en todo el mundo causa vértigos. Las soluciones utilizadas en cualquier ciudad en el transcurso de un año probablemente formarían un pequeño lago. Pese a pesar del amplio uso de estas drogas, las reacciones fatales son extraordinariamente raras. Los casos en que se han observado efectos tóxicos suelen corresponder a la administración de volúmenes importantes de solución en cirugía general. La dosis tóxica de la lidocina es de unos 400 a 500 mgs.

El dentista rara vez administra una dosis de más de 288 mgs. (ocho ampollitas de 1,8 cc. de solución de anestésico a 2%) y el promedio probable es de 36 a 72 mgs/paciente en una visita aislada.

Es evidente, pues, que pocas de las "reacciones" a los anestésicos locales administrados en odontología son tóxicas.

Buen número de ellas son psicogenas probablemente. Pacientes que se han desmayado o han presentado ligeras convulsiones se diagnostican erróneamente como víctimas de una reacción tóxica o alérgica al agente anestésico. El dentista ha de tener presente que un simple síncope va acompañado ocasionalmente de un breve episodio convulsivo.

TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES A LA ANESTESIA LOCAL. Las reacciones desfavorables a los anestésicos locales pueden ser psicógenas, tóxicas o de hipersensibilidad. El tratamiento de el paciente depende del tipo de reacción.

El síncope, que es la reacción más corriente, no está relacionado con la droga en sí, sino con un complejo de factores asociados con el episodio de la inyección; la suma de las experiencias médicas y dentales anteriores del paciente; la intensidad del dolor sufrido antes de la cita; lo observado los ruidos y los olores del consultorio, y la visión de la jeringa y la aguja. Todos pueden contribuir a la reacción surgida. El desmayo puede prevenirse colocando al paciente en una posición casi horizontal cuando se inyecta la solución.

Unas palabras amables, la manipulación suave de los tejidos, y el uso de anestésicos tópicos e hipnóticos al mínimo reducirán o eliminarán el problema.

Siguen en frecuencia las reacciones tóxicas que generalmente son consecuencia de la inyección intravascular rápida o del uso de un volumen grande de droga.

Entre los síntomas de toxicidad se cuentan la excitación inicial, con locuacidad y signos de aprehensión. Este estado progresa hasta la depresión de S N C (las reacciones de los anestésicos anilínicos como la lidocaina y la mepivacaína comienzan con depresión del S N C) que se manifiesta por palabra lenta, somnolencia, depresión de la respiración y convulsiones.

El tratamiento comprende el uso del oxígeno, administrado con mascarilla y bolsa, si la respiración es lenta, superficial o se ha detenido. Si el paciente presenta convulsiones se administra pentobarbital por vía endovenosa (50 mgs/cc.) en la menor cantidad necesaria para dominar las convulsiones. Se ha de recabar asimismo la ayuda de un médico. Si no produce una hipotensión acentuada se administra epinefrina, 0,3 a 0,6 mgs. (0,3 a 0,6 cc de solución al milésimo) por vía endovenosa o intramuscular.

LAS REACCIONES ALÉRGICAS: A los anestésicos locales son sumamente raras. Pueden ser de carácter benigno o grave y aparecer inmediatamente o al cabo de cierto tiempo.

Los principales tipos de reacción alérgicas son las dermatitis de contacto, la enfermedad del suero de aparición tardía y la reacción anafiláctica o acelerada.

La dermatitis de contacto se caracteriza por salpullido y erupción en las zonas en que la droga ha entrado en contacto con los tejidos. Para tratar esta reacción se ha de administrar un antihistamínico por vía oral, como el Benadryl a la dosis de 50 mgs. y evitar en lo sucesivo el uso de la droga causante de la reacción.

La reacción retardada de la enfermedad del suero se caracteriza por un comienzo entre el cuarto y el décimo día después de administrar el medicamento. Suele presentarse fiebre, erupción cutánea, urticaria, artralgia y linfadenopatía. En algunas ocasiones las articulaciones se edematizan y el paciente presenta diarrea.

El tratamiento es sintomático con aspirina y antihistamínicos. Rara vez es necesaria la terapéutica con epinefrina y esteroides. Generalmente el curso de esta reacción es benigno. Al paciente se le debe explicar la naturaleza de la reacción, el nombre exacto de la droga causal, e indicarle que ha de informar de su problema a todos los médicos que consulte en el futuro antes de que estos ordenen un tratamiento.

La reacción anafiláctica asociada con los anestésicos locales es extremadamente rara. Es una reacción rápida súbita e intensa del tono vasomotor que origina un shock profundo. Pérdida de pulso, disminución de la tensión sanguínea, y respiración superficial e irregular. El trata

miento implica el refuerzo inmediato de la respiración y de la circulación. La respiración artificial se induce por medio de oxígeno que se aplica con mascarilla y balón, o con la respiración boca a boca. Para reforzar la circulación se aplica masaje cardíaco a pecho cerrado y posiblemente epinefrina de 0.3 a 0.6 mgs. o intramuscular. También está indicada la consulta médica inmediata.

Es imperativo diferenciar el síncope y las reacciones de toxicidad de las verdaderas respuestas alérgicas, para que el paciente no reciba una información errónea después de una reacción. Si un paciente ha presentado una de estas reacciones, se le ha de decir la naturaleza exacta de ésta. Si se trata de una reacción alérgica verdadera, hay que anotar en la ficha el medicamento que la ha desencadenado y el carácter de la reacción. Ha de entregarse al paciente un informe escrito para que lo presente al médico cuando necesite su anestesia en el futuro.

CONDUCTA ANTE UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE REACCIONES ALÉRGICAS.

A pesar de la rareza de las verdaderas reacciones alérgicas a los anestésicos locales, una historia de reacciones debe tomarse muy serio y se ha de investigar antes de administrar ninguna inyección. En el caso de que el paciente tenga una historia de reacciones anteriores, se recomiendan los pasos siguientes:

- 1.- Si es posible, averigüese el carácter exacto de la reacción anterior llamado por teléfono al médico que asistía al paciente durante aquella. Si el paciente puede dar una historia detallada, tal vez describa una reacción que no era alérgica, en cuyo caso pueda administrarse

sin temor un anestésico local.

2.- Si el paciente conoce la droga precisa causante de la reacción, utilícese un preparado de otro grupo químico, por ejemplo, si la reacción estaba relacionada con un éster del ácido paraaminobenzoico, puede utilizarse un derivado de la anilina.

3.- No se deben realizar pruebas de sensibilidad medicamentosa en el consultorio; una persona realmente alérgica puede presentar una reacción grave incluso a la solución diluida usada en la prueba. Además, las pruebas de sensibilidad a los anestésicos locales son de difícil interpretación. El procedimiento más valioso en la determinación de la alergia es una historia detallada y precisa. Cuando la historia no permite descartar la existencia de una sensibilización verdadera, se ha de remitir al paciente a un alergólogo para que determine que anestésico se puede utilizar sin riesgos.

4.- En la eventualidad poco probable de una alergia a todas las drogas anestésicas locales, se puede realizar el tratamiento dental bajo anestesia general si es indispensable.

USO DE LA EPINEFRINA EN LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS LOCALES. Por tratarse de un vasoconstrictor excelente, la epinefrina sigue usándose ampliamente en las soluciones anestésicas. Se halla presente en el organismo en cantidades fisiológicas en todo momento, y en circunstancias de sobreesfuerzo, como un trastorno emocional producido por el temor o el dolor, las glándulas suprarrenales liberan grandes cantidades que tienen un efecto definido sobre el corazón.

Los anestésicos locales que contienen epinefrina proporcionan una anestesia más profunda y más prolongada que los que no la llevan, con lo cual se reduce mucho el riesgo de que el dolor provoque una liberación de epinefrina orgánica. Por otra parte las cantidades sumamente pequeñas de epinefrina que se administran en odontología, incluso cuando se inyectan intravascularmente, raras veces producen un efecto general.

Se recomienda que no se usen más de 0.2 mgs. de epinefrina por sesión en los pacientes con afección cardíaca. Ocho centímetros cúbicos de solución anestésica local con epinefrina a 1: 100 000, contiene solamente 0.8 mgs. de epinefrina, es decir, menos de la mitad de la máxima dosis permitida.

El paciente hipertiroideo pueda presentar una contraindicación definida a la administración de epinefrina.

Estos pacientes, cuando no están sometidos a tratamiento médico, son sumamente sensibles incluso a cantidades minúsculas de este agente - en tales casos se ha de evitar completamente. La administración de mepivacaina a 3%, (carbocaina, 30 mgs./cc) sin vasopresor, proporcionará una anestesia adecuada para intervenciones de breve duración en tales pacientes.

AGENTES ANESTESICOS LOCALES

NOMBRE REGISTRADO

NOMBRE GENERICO

I.-

ESTERES DEL ACIDO PARAAMINOBENZOICO

PARAAMINOBENZOICO

BUTYN

BUTACAINA

NOMBRE REGISTRADONOMBRE GENERICO

DUOCAINE

PROCAINA Y BUTETAMINA

MONOCAINE

BUTETAMINA

NEBACAINE

2/CLOROPROCAINA

NOVUCAINE

PROCAINA

PONTOCAINE

TETRACAINE

RAVOCAINE

PROPOXICAINA

II.-

METAAMINOBENZOATOS:

PRIMACINE

METABUTOXICAINA

UNACAINE

METABUTETAINA

III.-

ESTERES NO AMINOBENZOICOS:

KINCAINE

ISOBUCAINA

METYCAINE

PIPEROCAINA

ORACAINE

MEPRILCAINA

IV.-

DERIVADOS ANILINICOS NO ESTERES:

CARBOCAINE

MEPIVACAINA

DYNACAINE

PYRROCAINA

XYLOCAINE

LIDOCAINA

5.5 TERAPEUTICA ANTIBIOTICA PARA DOMINAR LA INFECCION.

Se ha de considerar con cuidado la administración de antibióti--cos, tomando una decisión después de valorar los posibles beneficios del tratamiento antibiótico y sus desventajas.

Si los antibióticos fueran completamente infucos, se podría prescribir en todos los casos de infección con la esperanza de que proporcionará algún beneficio. Sin embargo, su uso indiscriminado comporta ciertos riesgos, que se han de conocer y tener en cuenta.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

PELIGROS DE LA TERAPEUTICA ANTIBIOTICA: Los antibióticos pueden dar al dentista una falsa sensación de seguridad y hacer que confie más en el medicamento que en principios quirúrgicos sólidos. Por ejemplo, - los abscesos fluctuantes se han de drenar; de no hacerlo solamente se - conseguirá alargar el tratamiento.

El empleo inadecuado de antibióticos origina la aparición de cepas resistentes de bacterias, de suerte que a la larga se vuelven ineficientes como agentes terapéuticos.

Asimismo, el uso de antibióticos puede originar una moniliasis, - una esterocolitis, una neumonía o una infección de las heridas por supresión de la flora bacteriana normal y crecimiento excesivo de los patógenos resistentes.

Al igual que otros medicamentos, los antibióticos pueden producir reacciones desfavorables. Pueden darse reacciones tóxicas, especialmente por mal uso de la estreptomina y el cloranfenicol. La sensibilización del paciente, especialmente por el uso de antibióticos en forma tópica pueden ser causa de reacciones alérgicas graves, la administración de tetraciclinas durante los primeros cuatro años de la vida puede causar pigmentación en las piezas anteriores.

INDICACIONES DE LOS ANTIBIÓTICOS. Los antibióticos generalmente no son necesarios en el tratamiento de pacientes normales que requieren extracciones múltiples, apicectomías, extracción de dientes con abscesos localizados, extirpación de quistes pequeños (menos de 1.5 cms.), o cirugía de piezas retenidas clase I) tampoco son necesarios para muchos pacientes que cursan con pericoronitis u osteitis localizada. Sin embargo en estas situaciones pueden ser necesarios los antibióticos como medida profiláctica en pacientes con diabetes no compensada o con una cardiopatía congénita o adquirida, o en los sometidos a corticoterapia o con una historia de radioterapia de los maxilares.

Generalmente los antibióticos están indicados en las siguientes circunstancias, incluso en el caso de que el paciente no presente otro problema de salud.

1.- Absceso dentoalveolar agudo con signos y síntomas generales tales como una temperatura oral de 38°C. (38.5c rectal), dificultad para deglutir, trismus, tumefacción con distensión notable de los tejidos, dolor intenso a la palpación de la región o signos y síntomas que ponen de manifiesto que el paciente está intoxicado y enfermo.

2.- Fracturas faciales complicadas y osteomielitis.

3.- Pericoronitis aguda con signos y síntomas generales acentuados.

5.6 EVALUACION DE SU EFICACIA Y DOSIFICACION RECOMENDADA.

ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS. Muchas infecciones orales, tanto en adultos como en niños, se tratan mejor con penicilina. Si el paciente es alérgico a ella se substituye con eritromicina.

Si las pruebas de sensibilidad descartan ambos medicamentos se recurre a la tetraciclina. Este último grupo no debe darse a los niños durante los años en que se están formando las coronas de los dientes anteriores. El uso prolongado de tetraciclina en este período de la vida causa pigmentación e hipoplasia. Por fortuna son pocos los niños que sufren infecciones dentales agudas antes de los cinco años. Siempre que se encuentre secreción purulenta se ha de drenar y enviar una muestra al laboratorio para hacer un cultivo y un antibiograma. Si el paciente no ha respondido a la penicilina cuando se reciben los resultados, se le administrará el antibiótico indicado por las pruebas de laboratorio.

El antibiótico ha de administrarse sistemáticamente en las dosis recomendadas (ver tabla de dosificaciones). Se les prescribirá para cinco días, y se recomendará al paciente que no lo suspenda antes de tiempo aunque su estado haya mejorado.

Un período completo de cinco días evita la aparición de cepas bacterianas resistentes por mutación y es más probable que elimine completamente la infección.

Se debe evitar el uso tópico de antibióticos porque la sensibilización se produce con mucha frecuencia por esta vía.

No obstante, incluso en el caso de que el medicamento se administre por vía oral o parental, se ha de advertir al paciente de una posible reacción (alérgica), de hipersensibilidad. Ha de saber que tiene que suspender la medicación en caso de que aparezca un erupción cutánea-vesículas prurito o diánea.

La causa de la infección se ha de tratar lo más pronto posible por métodos endodóncicos, terapéutica periodontal, o extracción del diente, y deve vigilarse de cerca la evolución del paciente.

EFICACIA DE LOS ANTIBIÓTICOS. La eficacia del tratamiento se evalúa en primer lugar por la observación de los cambios del estado general del paciente. Si la infección remite, tendrá menos dolor, la temperatura se acercará a la normal, y podrá realizar movimientos de cierre y apertura bucal. Los efectos del medicamento también se han de manifestar por mejoría en el punto de infección, que se revela por disminución de la tumefacción, modificación del dolor y disminución del trismus, si este era uno de los síntomas.

Si no se produce mejoría dentro de las cuarenta y ocho horas ha de revizarse el diagnóstico y la elección del antibiótico. Los resulta-

dos de la prueba de sensibilidad a los antibióticos, que a veces se tienen en cuarenta y ocho horas, pueden ayudar a determinar si hay que modificar el tratamiento. Algunas veces cabe aumentar la dosificación inicial del medicamento o cambiar de vía de administración. Se puede iniciar un tratamiento con un antibiótico diferente, mientras se continúa con el primero hasta completar el período de cinco días.

También se ha de considerar si es necesaria una consulta y la posible hospitalización del paciente.

DOSIFICACION DE ANTIBIOTICOS RECOMENDADAS.

PENICILINA G

Tabletas y Cápsulas,

125 y 250 mgs.

adultos 250 mgs. 4 veces/día.

niños 125 mgs. 4 veces/día.

Suspensión, 50 mgs/cc.

adultos 5 cc (una cucharadita)

4 veces/día.

niños 2.5 cc (1/2 cucharadita)

4 veces/día.

FENOXIMETIL PENICILINA

(penicilina V-K)

TABLETAS Y CAPSULAS.

125 y 250 mgs.

adultos	250 mgs. 4 veces/día.
niños	125 mgs. 4 veces/día.
Suspensión,	50 mgs./cc.
adultos	5 cc (una cucharadita) 4 veces/día.
niños	2.5 cc (1/2 cucharadita) 4 veces/día.

ERITROMICINA

(Iloticina, Eritrocina)

Tabletas y Cápsulas.

100 y 250 mgs.

adultos	250 mgs. 4 veces/día.
niños	100 mgs. 4 veces/día.
Suspensión	40 mgs./cc.
adultos	5 cc (una cucharadita) 4 veces/día.
niños	20 mgs./cc. 5 cc (una cucharadita) 4 veces/día.

TETRACICLINAS

Tabletas y Cápsulas.

50, 100 y 250 mgs.

adultos	250 mgs. 4 veces/día.
niños	se puede usar tabletas. suspensión o jarabe
Jarabe.	125 mgs./15cc.

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

40

- Las dosis de adultos se pueden administrar a los niños que pesen 25 kgs. o más. Si el peso es inferior se han de dar dosis infantiles.

VI TECNICAS DE CIRUGIA BUCAL MENOR

a) EXTRACCION QUIRURGICA DE ORGANOS DENTARIOS Y APICES RADICULARES.

Si se respetan los buenos principios quirúrgicos en la extracción de órganos dentarios y ápices radiculares se conseguirán métodos terapéuticos más eficaces con menos pérdida de tejido, menos molestias postoperatorias, un restablecimiento más rápido y menos defectos consecutivamente a la curación.

b) RETRACCION DEL COLGAJO.

La disección del tejido para exponer las estructuras subyacentes se denomina retracción del colgajo. Este procedimiento es necesario para extraer las raíces retenidas. Los quistes residuales o el tejido patológico periapical en algunos tratamientos endodónticos, y para exponer exostosis y dientes retenidos.

Aunque con frecuencia se prescinde de la retracción del colgajo en la extracción de muchos órganos dentarios y raíces fracturadas, es conveniente practicarla, porque hace más rápida la operación al permitir la osteotomía la remoción de las raíces en visión directa. La retracción cuidadosa de un colgajo bien diseñado también reduce el trauma de los tejidos y por consiguiente contribuye a prevenir las molestias postoperatorias, el edema y el retraso de la curación.

Todo colgajo ha de tener el tamaño suficiente para exponer una zona adecuada con el fin de poder realizar la intervención sin lesionarla y sin lesionar los tejidos adyacentes. Los instrumentos utilizados -

para retraer el colgajo se han de apoyar sobre el hueso siempre que sea posible y no sobre el tejido blando.

El tipo de colgajo preferible es el de forma semilunar base de una incisión gingival y retracción del colgajo.

Si no es posible una exposición adecuada con este método sin ejercer tensión sobre el colgajo se hace una incisión oblicua liberatriz.

La base del colgajo debe ser más ancha que el borde libre con el fin de mantener una buena irrigación del borde. Todas las incisiones semilunares han de hacerse al menos un diente más allá de la región en que se ha de eliminar hueso, de suerte que cuando se vuelva a llevar el colgajo a su sitio el corte descansa en una superficie ósea y no caiga en defecto óseo.

La incisión oblicua o vertical ha de terminar en el área interproximal y no en la superficie labial o bucal de la raíz.

El tejido que recubre la prominencia de la raíz es delgado y después de la curación cualquier irregularidad producida por contracción de la cicatriz o por una técnica deficiente puede retener residuos y así afectar a las estructuras subyacentes sin protección. Asimismo, la incisión no ha de dividir la papila interdental, puesto que esta zona tiende a acumular residuos. La papila debe conservarse intacta en el espacio interdental.

El colgajo debe hacerse de tal forma que se evite que la incisión lesione estructuras anatómicas vitales, como el nervio mentoniano o los grandes vasos y nervios palatinos.

Cuando la intervención quirúrgica se realiza para alcanzar las áreas periapicales de los dientes, los colgajos han de invertirse por medio de incisiones en la hendidura gingival, y las papilas interdenta- les incluirse en aquellos; las papilas no deben ser amputadas. Otro meta do para la cirugía radicular periapical consiste en hacer una incisión en la encía adherida, un milímetro aproximadamente coronal a la unión con la mucosa alveolar, con lo cual se proporciona mucoperiostio al margen del colgajo que se invierte. Como el periostio no es elástico el colgajo mucoperiódstico no se deforma por encogimiento y se puede reponer en su sitio y suturar con facilidad. La cicatrización es más rápida con éste método que con la incisión de la mucosa apical y la cicatriz es mi nima. La incisión en la encía adherida tampoco produce deformación de los tejidos de los pliegues vestibulares, como ocurre algunas veces con la incisión semilunar más alta sobre los bordes.

6.3 ELIMINACION DEL HUESO (OSTEOTOMIA)

Una vez invertido el colgajo se ha de eliminar la cantidad suficiente de hueso para permitir el paso libre de la raíz del diente fuera del alvéolo. Si se usan fresas para eliminar el hueso, se ha de irrigar el campo operatorio con agua valiéndose de una jeringa asepto o jeringa desechable para evitar el sobrecalentamiento de hueso. Después de extraer los dientes o las raíces se han de limpiar los bordes óseos para dejarlos regularizados, irrigar para arrastrar todos los restos, volver el colgajo a su posición normal y colocar los puntos de sutura necesarios.

6.4 SECCION DEL DIENTE ODONTOSECCION.

Los molares cuyas raíces son muy divergentes presentan problemas para su extracción. Estos problemas se pueden simplificar mediante la elaboración de un colgajo semilunar invertido y extirpación de la cresta del hueso vestibular al diente que se ha de extraer. Se expone así la bifurcación de las raíces lo cual permite seccionar una o más raíces de la corona para facilitar su extracción. Antes de seccionar las raíces hay que luxar la pieza con el fórceps. Con esta maniobra se luxan las raíces y después se pueden extraer más cómodamente.

6.5 EXTRACCION DE LOS APICES DE LAS RAICES FRACTURADAS.

Pretender recuperar a ciegas un fragmento de raíz es hacer oposiciones al enfrentarse con el problema de tener que recuperarlo en estructuras más profundas; supone asimismo una pérdida de tiempo y mayores molestias para el paciente. El simple hecho de retrover un colgajo permite con frecuencia visualizarlas. Si la separación del colgajo no descubre la raíz, la supresión de la cresta vestibular del hueso completará la exposición. Mediante una buena succión, irrigación y una punta para ápices de raíces es posible desalojar el fragmento radicular. Si este método no da resultados satisfactorios en treinta segundos, se recurrirá a una fresa redonda para cortar la raíz y el hueso en toda la circunferencia de la primera, con lo cual se crea un espacio que permite movilizarla, luxarla y extraerla.

Cuando el ápice está muy próximo al seno maxilar, al canal alveolar inferior o a un segundo o tercer molar inferior es más prudente retraer un colgajo e inmediatamente eliminar hueso por bucal y eliminar el hueso adyacente al ápice; con ello se logra un espacio en el cual se puede desalojar la raíz se extrae fácilmente con elevadores para restos radiculares.

Ocasionalmente puede pasar inadvertido un ápice de una raíz de un tercer molar si la pieza no ha presentado síntomas y las radiografías no muestran lesiones periapicales.

6.6 EXTIRPACION DE RAICES RETENIDAS.

El hallazgo accidental en las radiografías de puntas de raíces no diagnosticadas anteriormente plantea algunos problemas. Si han existido durante años, son asintomáticas, no presentan signos radiográficos de alteraciones patológicas, y no hay ninguna indicación médica u odontológica para su extracción, se han de dejar igual. Si en ésta zona se colocan prótesis fijas o removibles, deben extraerse. Es más fácil extraer profilácticamente las raíces o las piezas retenidas que tratar infecciones relacionadas con su exposición por resorción ósea.

Las radiografías con diferentes angulaciones permitirán localizar el fragmento con relación al resto de las otras raíces y los puntos de referencia anatómicos tales como el seno maxilar. En el caso de que se tenga que determinar la posición del ápice radicular en un maxilar edéntulo (maxilar superior o mandíbula), se debe anestésiar la mucosa y colocar en ella una aguja de sutura que servirá de punto de referencia en la radiografía.

Después de determinar la posición del ápice se traza una incisión curva o semilunar, que rodee la zona de hueso a través de la cual se extraerá el fragmento. Los ápices radiculares maxilares generalmente serán porciones residuales de las raíces vestibulares. El hueso vestibular es delgado, de suerte que generalmente los ápices se pueden extraer fácilmente con un elevador después de retraer un colgajo mucoperióstico. Si es necesario extirpar hueso, ha de ser solamente hueso vestibular. No se debe alterar la cresta del hueso alveolar. En el caso menos frecuente de que la raíz retenida sea palatina, se desprega un colgajo mucoperióstico palatino se extirpa el hueso palatino que cubre a la raíz mediante una fresa y se extrae el fragmento de raíz con un elevador.

La mejor sutura quirúrgica para la cavidad bucal es la seda trenzada porque provoca la mínima reacción de los tejidos y causa menos molestias al paciente. A veces se usan suturas de catgut reabsorbida simple que es lo más indicado.

6.7 ORGANOS DENTARIOS RETENIDOS

Es sumamente importante la evaluación preoperatoria del paciente y de la pieza que se ha de extraer. Antes de intervenir debe revisarse la anatomía de la región. El nervio lingual está muy cerca de la cresta alveolar en la zona del tercer molar inferior, y cabe que se expongan el nervio y los vasos alveolares inferiores al extraer dicha pieza. Además, la mandíbula es muy delgada detrás del tercer molar, y es fácil proyectar las raíces hacia el piso de la boca. El tercer molar superior tiene una vía de rotación hacia vestibular y distal. Este diente se puede desplazar con facilidad al interior del seno maxilar.

El dentista debe planear la operación antes de iniciarla siendo necesaria una correcta retracción del colgajo para conseguir buena visibilidad y evitar a los tejidos blandos las lesiones que podrían producirse con los elevadores periódicos, los elevados y las fresas. En las caras vestibular y distal de la pieza se ha de eliminar hueso en cantidad suficiente para conseguir una buena exposición de la corona.

El diente retenido se secciona para facilitar su extracción por partes. Hay que seccionarlo de modo que no se pierda de vista ningún fragmento. Por ejemplo, es importante dejar parte de la corona adherida a la raíz mesial de una retención vertical para disponer de un "asidero" en ella. Las porciones de piezas se han de extraer siguiendo un orden que deje libre espacio en el cual puedan extraerse los restantes segmentos.

El operador nunca debe hacer más fuerza con el elevador que la que le permita el pulgar y los dos primeros dedos. Si con esta fuerza no se luxa la pieza hay que eliminar hueso con la fresa. No deben utilizarse los elevadores con mango cruzado, pues desarrollan demasiada fuerza y podrían producir mucho daño si no se manejan con sumo cuidado.

Mientras se elimina hueso con la fresa, un ayudante ha de cuidar de mantener buena aspiración y abundante irrigación; el pulverizador de agua empleado al seccionar una pieza no es adecuado para el corte de hueso; por lo tanto, se aconseja el empleo de una jeringa asepto (preferentemente con suero fisiológico).

Como los caninos, los premolares y los mesiodientes que dan in--
cluidos con menor frecuencia, el dentista general no debe intentar su ex--
tracción. Tales casos se han de remitir al especialista porque la ex--
tracción quirúrgica de estas piezas es más difícil.

CUIDADOS POSOPERATORIOS.— Se han de dar al paciente las ins--
trucciones relativas a posibles problemas de dolor edema o hemorragia. --
Tras la extracción electiva de dientes no infectados, conviene sugerir --
la aplicación de una bolsa de hielo sobre la región facial exterior (una
pauta de veinte minutos de aplicación y diez minutos de descanso, duran--
te las seis horas siguientes a la operación). No es recomendable la --
aplicación de calor durante el periodo posoperatorio porque podría esti--
mular el edema.

6.8 BIOPSIA DE TEJIDOS.— Si el dentista tiene la menor sospecha --
de que se halla ante una lesión maligna ha de efectuar una biopsia con --
preferencia a una extensión citológica. Una extensión negativa de una --
lesión poco corriente no elimina la necesidad de una biopsia, ya que la--
citología oral da 25% de resultados negativos falsos. Por otra parte un--
informe citológico positivo ha de ser confirmado por la biopsia. Por con--
siguiente, nunca se insistirá demasiado en que si una lesión es sospecho--
sa ha de practicarse una biopsia.

Las reglas siguientes para la biopsia son sencillas, como lo es--
la técnica en sí misma:

Anestésiar la región, si es posible por bloqueo, evítase la in--
filtración directa de la zona en que ha de hacerse la biopsia. Si no es
posible la anestesia por conducción, un bloqueo del cuerpo o infiltración
alrededor del sitio de la biopsia evitará que la lesión se deforme,

Las lesiones muy pequeñas deben extirparse completamente con el fin de obtener material suficiente para el patólogo.

Una regla práctica: si la lesión es pequeña hay que quitarla toda, una lesión superficial de unos 5 mms. de diámetro se puede considerar "pequeña".

Si la lesión es demasiado grande para extirparla enteramente, extirpece una cuña de tejido de unos 4 mms. de profundidad cuando menos y unos 4 mms. de ancho. No debe superficializarse la lesión, sino penetrar en ella de modo que se obtenga una muestra representativa. No obstante, si la lesión es muy superficial, no son necesarios cortes profundos.

Si un tumor o una zona de hiperqueratosis extensa varían de aspecto en diferentes regiones, realícese biopsias múltiples y póngase cada muestra en un frasco separado. Trácese un diagrama esquemático que indique la procedencia de cada una de la biopsias; márkense cada frasco con un número o letra que corresponda a la zona del diagrama de la cual fue tomada la muestra. Regístrese esta información y el dibujo en la ficha del paciente y en el impreso en que se solicita la biopsia.

Los frascos de las muestras han de contener formalina neutra a 10%. Como un corte delgado del tejido podría curvarse en el líquido fijador, se ha de colocar el tejido sobre un trozo de papel y sumergirlo todo en el frasco para reducir al mínimo la deformación.

El conocimiento de la orientación de la muestra en la boca con frecuencia ayuda al patólogo a interpretar las modificaciones histicas.

Una lesión grande con una base amplia puede requerir señales que indiquen su orientación. Esto se puede hacer poniendo un punto de sutura en el polo anterior y anotando su situación en el diagrama adjunto.

Una biopsia negativa, cuando clínicamente se sospecha una enfermedad maligna exige otra biopsia. En algunos casos se han necesitado hasta cuatro biopsias para confirmar finalmente una afección maligna que se sospecha. Una biopsia positiva de afección maligna impone al dentista una obligación grave; ha de procurar por todos los medios que el paciente reciba atención inmediata.

6.9 TRATAMIENTOS DE LAS FRACTURAS DE LOS MAXILARES.

Cuando se sospecha una fractura basándose en un accidente, una alteración de la oclusión, la existencia de dolor o de una deformidad, es necesaria una exploración clínica y radiográfica cuidadosa. La palpación y la manipulación bimanual de las mandíbulas sujetando diferentes cuadrantes e intentando mover los fragmentos ayudará a localizar las fracturas. Las fracturas maxilares que comprendían el conducto infraorbitario pueden producir parästesia de la mejilla y del labio superior. Las fracturas de cuerpo de la mandíbula suelen causar disminución de la sensibilidad en el área del nervio mentoniano.

Se explora la piel de la cara con una aguja para localizar cualquier zona de hiposensibilidad que pueda ayudar a situar una fractura, si el examen clínico sugiere la existencia de una fractura se han de tomar radiografías para confirmar el diagnóstico. Cuando no es posible confirmar radiográficamente la fractura sospechada, se ha de tratar el-

paciente como si la lesión existiera y solicitar una consulta.

ASISTENCIA URGENTE.- El tratamiento de urgencia de las fracturas maxilares se puede aplicar en el escenario, de un accidente, en el consultorio dental o en el hospital, y su finalidad es salvar la vida del paciente y disminuir su dolor. Los principios esenciales de una asistencia urgente son:

1.- Asegurarse de que las vías aéreas superiores del paciente están despejadas y de que puede respirar libremente.

2.- Cohibir la hemorragia.

3.- Aliviar al paciente en lo posible a veces una maniobra basta para cumplir los tres objetivos.

Se ha de efectuar tracción hacia adelante de la mandíbula para evitar que la lengua obstruya la faringe. La hemorragia puede cohibirse ejerciendo presión con gasas sobre los tejidos heridos intra y extraorales. La inmovilización de los maxilares con un vendaje mantendrá la mandíbula en posición hacia adelante y ejercerá presión sobre los puntos sangrantes.

Al mantener inmovilizadas las partes lesionadas, el vendaje calma el dolor y contribuye a cohibir la hemorragia, evitando la desintegración de los coágulos producida por los movimientos. Para este propósito resulta adecuado un vendaje tipo Barton modificado que pasa por debajo de la mandíbula con el fin de sostenerla en alto. Se ha de evitar la

presión sobre la porción anterior de la mandíbula porque la desviará hacia atrás y podría obstruirse la tráquea.

TRATAMIENTO DEFINITIVO. Después de prestar la asistencia urgente ha de remitirse en seguida al paciente con lesiones graves a un cirujano maxilofacial si es posible. Si hay otras lesiones que requieran atención inmediata, el tratamiento de las fracturas maxilares puede posponerse hasta diez días, sin embargo, cada día de retraso hace más difícil el tratamiento definitivo.

Los tres pasos necesarios para el tratamiento definitivo de las fracturas de los maxilares son: la reducción, la fijación de los fragmentos en posición correcta y la inmovilización.

Si no se cumplen, estos requisitos se puede producir una falta de consolidación o una unión defectuosa de los trazos de fractura.

Las fracturas simples en pacientes con dentición adecuada se pueden tratar fijando las piezas en oclusión con ligaduras de alambre. La clave del éxito en inmovilización es tener la certeza de que los alambres entre ambas mandíbulas mantienen la oclusión y evitan los movimientos de los fragmentos fracturados.

Los pacientes edéntulos requieren un tratamiento especial y se han de remitir al especialista (cirujano maxilofacial), si el paciente una prótesis, las ha de llevar al cirujano, aunque están rotas y faltan algunas partes. Las prótesis dentarias se pueden usar como férulas y fijar a los maxilares con alambres o agujas para lograr la inmovilización y la conservación de las distancias intermaxilares adecuadas.

6.9.1 FRENILECTOMIAS.

A veces es necesario suprimir el frenillo labial superior o lingual. Los otros frenillos sólo plantean problemas quirúrgicos en contadas ocasiones.

Antes de hacer la incisión, se estabiliza el frenillo con dos pequeños hemóstatos: en el frenillo maxilar se aplica uno perpendicularmente al labio y el otro perpendicular al alvéolo; en el frenillo lingual, uno a lo largo de la lengua y el otro a lo largo del piso de la boca. Se corta el tejido inmediatamente adyacente a los hemóstatos desde debajo de ellos y se separan los instrumentos junto con el frenillo. Este procedimiento deja un defecto sorprendentemente grande de mucosa. Se unen los bordes de ésta, poniendo el primer punto de sutura en el centro de la incisión. En el frenillo labial este punto queda situado a nivel de la parte del vestíbulo; se sutura en primer lugar la parte labial del corte, y se aproximan los tejidos, generalmente sin dificultad. Si se ha de ejercer tensión para cerrar esta sección, han de excavar los bordes con el fin de facilitar el cierre. A continuación se cierra la porción alveolar.

Si no es posible adaptarla, bien no hay que preocuparse porque se forma tejido de granulación y se cura. Los problemas de cierre suelen obedecer a incisiones demasiado extensas de tejido. En el caso del frenillo lingual, se cierra primero la parte correspondiente a la lengua. Se facilita la maniobra si se sujeta la punta con unas pinzas para tonillos o con un punto de sutura, de modo que el ayudante pueda tirar de

ella para estabilizarla. La sutura se empieza en la unión del piso de la boca y la superficie ventral de la lengua. Como en todas las ocasiones en que se incide o se sutura el piso de la boca, el operador ha de proceder con cuidado para no lesionar los conductos salivales sublinguales o sus desembocaduras.

6.9.2 TORUS.

Todos los torus maxilares con zonas retentivas, todos los torus maxilares sésiles de más de 3 mms. de elevación, y todos los torus mandibulares se han de extirpar. El tiempo y las molestias implícitas en la extirpación de estas estructuras son insignificantes comparados con las dificultades que causan en la elaboración de prótesis totales y con la molestia, preocupación e irritación que causan al paciente.

Los torus maxilares están cubiertos por una mucosa muy delgada que se lesiona con facilidad. El torus está formado por tejido óseo denso, duro, que no se reabsorbe como ocurre con los bordes alveolares. Por esta razón, el torus se convierte en un pivote sobre el cual bascula la prótesis. En tales situaciones suelen producirse la ulceración de paladar.

TORUS PALATINOS.- Se evita la fricción por bloqueo extenso bilateral palatino y por infiltración entre el polo anterior del torus y los incisivos. Si el torus se extiende hacia el borde posterior del paladar duro tal vez sea necesario infiltrar unas gotas de solución anestésica en su zona distal.

Se traza una incisión en la línea del paladar y se prolonga en ambos extremos en forma de Y con ramas de 1 cm. de longitud. Después de despegar el mucoperiostio existen dos grandes colgajos con las bases paralelas a las piezas posteriores, y dos colgajos pequeños de forma triangular, uno en cada extremo de los colgajos mayores. Se corta el torus expuesto en sentido vertical y luego horizontal con una fresa de fisura redonda formando una especie de enrejado de muescas. Se apoya en los surcos una gubia o un cincel para hueso y se van eliminando fragmentos de hueso. El pequeño reborde de torus que queda y las espículas que sobresalen se rebajan con una fresa redonda grande del número 6 ó 8 y finalmente se alisan con una lima para hueso.

Se irriga la región y se sutura los colgajos. A continuación se aplica una férula acrílica previamente preparada o la prótesis revestida con acondicionador de tejido para mantener éste en íntimo contacto con el paladar durante la cicatrización y para prevenir la formación de un hematoma.

TORUS MANDIBULARES. - Los torus mandibulares en los pacientes que conservan la dentadura natural son más difíciles de extirpar que en los pacientes desdentados. No obstante, está indicada su extirpación si dificulta la colocación de una prótesis inferior removible.

Se hace la incisión en los puntos donde existen piezas y a lo largo de la cresta alveolar en las zonas edéntulas. Las papilas interdentalas se retraen junto con el colgajo para facilitar el cierre. Si los torus son grandes el operador a de actuar con cuidado con el fin de evitar la perforación del colgajo cuando se logra para -

invertirlo alrededor de la superficie inferior, ya que la mucosa lingual es fina y se lesiona fácilmente. Es posible amputar un torus grande con fresa, o cortarlo al ras de la superficie lingual por medio de una fresa de fisura número 704. Los torus más pequeños se pueden alisar completamente con una fresa de fisura del número 704 montada en una pieza de mano de alta velocidad, y acompañada de una abundante irrigación. Luego se irriga cuidadosamente el área para eliminar todos los residuos óseos, se coloca el colgajo y se dan los puntos de sutura.

VII COMPLICACIONES QUIRURGICAS

En la cirugía bucal corriente se producen algunas veces complicaciones. Cuando esto ocurre es necesario reconocer la naturaleza de la complicación y tratarla de manera eficaz.

7.1 PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES.

Ciertas complicaciones son consecuencia de despreciar algún principio básico en el tratamiento del paciente. Una buena asistencia se basa en una buena historia clínica, radiografías de buena calidad, un plan de tratamiento bien formulado, y la remisión del paciente cuando la intervención requerida exija el auxilio de un especialista.

La complicación posoperatoria de la infección puede reducirse al mínimo, o evitarse, ateniéndose a los principios de asepsia quirúrgica discutidos anteriormente. La utilización de la autoclave y de agujas desechables y el hecho de permanecer alerta sobre la posibilidad de que el dentista y sus ayudantes transmitan la infección, ayudarán a prevenir las complicaciones posoperatorias.

7.2 COMPLICACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN.

a) LESIÓN DEL SENO MAXILAR DURANTE LA INTERVENCIÓN.

Es probable que el seno maxilar sea abordado con cierta frecuencia sin que se produzcan consecuencias desagradables. Cuando el operador descubre que ha penetrado en el seno, pero no se ha forzado el paso de ninguna raíz en él, se suturan los colgajos de la manera usual, se pone

una compresa de gasa sobre el alvéolo, y se dan instrucciones precisas - al paciente.

Ha de advertirsele que debe evitar la tos, los estornudos, sonar se la nariz y fumar durante ocho horas, para impedir el desplazamiento - del coágulo. Ha de dejar la gasa durante una o dos horas en su sitio, y no debe hacer enjuagues durante el resto del día. Para facilitar el drenaje del seno por la nariz se prescribirán gotas nasales de Neosinafrina (0,25%). Cuando la abertura tiene más de 5 mms. de diámetro o cuando ha salido pus por el alvéolo se prescribirán antibióticos.

Si el ápice de una raíz de un molar superior desaparece mientras se intenta su extracción, se ha de sospechar la perforación del seno. Si el seno está perforado, pasará aire a través del alvéolo a la cavidad - oral, produciendo burbujeo en aquél. Si la pared del seno está intacta la punta puede estar alojada entre la membrana y el suelo óseo del seno; o puede estar debajo del mucoperiostio bucal o tal vez se ha sacado de la boca por succión o con una gasa.

Para resolver el problema el primer paso es tomar radiografías, - que ha de comprender el piso del seno y no sólo en la zona inmediata al campo operatorio, sino en las adyacentes. Si no se observa ningún resto de raíz en la radiografía se puede admitir que no está en el seno ni en el campo operatorio. El dentista a de examinar las esponjas de gasa y - el contenido del frasco de succión; es muy tranquilizador tener la seguridad de que se ha extraído el ápice. Si no se encuentra éste ni se ve en las radiografías, cabe presumir que ha sido extraído.

Si se ve el fragmento en las radiografías, pero no se ha perforado el seno, se ha de palpar la mucosa vestibular que recubre el alvéolo. El fragmento puede estar debajo del mucoperiostio sobre la superficie bucal, desde donde se puede extraer con facilidad. También puede estar entre el piso óseo y la membrana del seno intacta. En este caso se invierte un colgajo en forma semilunar se elimina la pared bucal del alvéolo para permitir el acceso a la región y con una cucharilla se levanta con suavidad la membrana del seno y se atrae el fragmento de la raíz hacia el alvéolo. En algunos casos un ayudante puede recuperar la punta por medio de la succión mientras el cirujano tiene levantada la membrana.

Cuando la punta de la raíz ha penetrado en el seno, a veces es posible recuperarla con un chorro de agua. Para ello se irriga el seno suavemente con solución salina por medio de una jeringa de 10 mls. y una cánula. Se coloca la cánula en la abertura y el flujo de solución salina con frecuencia arrastra a la punta de la raíz hasta la abertura, donde se puede extraer con una cucharilla, explorador o por succión. Si estas operaciones no dan el resultado apetecido hay que remitir al paciente a un especialista.

Aunque esta situación no constituye una urgencia que requiera una visita inmediata, hay que llamar por teléfono al especialista y concertar una cita para el paciente. No se debe intentar agrandar la abertura ni se ha de poner una compresa de gasa en el defecto. Se informa al paciente acerca de lo ocurrido, se cierra la herida con unos puntos de sutura y se le dan las instrucciones sugeridas por el especialista que completará la operación.

En algunas ocasiones se fuerza accidentalmente el paso de una raíz entera al seno. Este problema es mejor que lo trate un especialista, el cual generalmente realizará la técnica de Caldwell-Luc para recuperar la raíz. El dentista habrá cumplido con su deber para con el paciente si ha procedido con cuidado, habilidad y buen juicio en el tratamiento, si ha tomado las radiografías adecuadas, ha informado a su cliente sobre el problema y ha concertado la visita con el especialista.

b) FRACTURA DEL HUESO VESTIBULAR Y DE LA TUBEROSIDAD.

Generalmente es posible evitar la fractura de hueso de sostén durante la extracción de un diente precisando bien el problema quirúrgico antes de intervenir. Si el diente no se mueve con facilidad, sólo se ha de extraer después de elaborar un colgajo y extirpar el hueso marginal; si se descubre que tiene varias raíces, tal vez haya que separarlas de la corona. Si, inesperadamente, se observa que el hueso está adherido al diente que se intenta extraer y el hueso ya se ha separado bastante del periostio, es mejor extraer el fragmento óseo con la pieza. Luego se han de alisar los bordes óseos del defecto, se ha de irrigar la herida y se han de poner puntos de sutura si es necesario.

Quando se fractura la tuberosidad y no es posible separar la pieza de hueso sin romper su adherencia con el periostio, se extraen el diente y la tuberosidad, se alisan los bordes, se irriga la herida y se sutura la mucosa. No obstante, si es posible separar la tuberosidad del diente no se ha de eliminar con éste; hay que suturar la mucosa sobre el hueso para ayudar a estabilizarlo. Si se ha conservado adherida a éste al menos la mitad del periostio, se puede confiar en la reinscripción.

7.3 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

a) DOLOR POSTOPERATORIO.

El dolor que aumenta de intensidad cuando cesa el efecto del anestésico, y que no responde a los analgésicos corrientes, requiere una investigación. El dolor de éste tipo puede ser debido a la fractura o a la desviación de una lámina ósea intersaptal, bucal o lingual, o a la presencia de un cuerpo extraño. Se ha de administrar un anestésico local, tomar una radiografía y explorar el alvéolo. Si se descubre alguna causa del dolor se corrige. Si no hay causa evidente, se prescribe un narcótico como la codeína (60 mgs.), o la meperidina (50 mgs). Se puede tomar la medicación cada cuatro a seis horas, cuando se necesita calmar el dolor. Seis a ocho tabletas han de bastar para vencer la fase de dolor agudo producido por el trauma. Si se sospecha una infección, por existir temperatura superior a 38°C, escalofríos y aumento de la tumefacción, hay que administrar antibióticos como antes se ha dicho.

b) ALVEOLO SECO (ALVEOLITIS)

El dolor que aparece a los dos o diez días de una extracción, en ausencia de signos de inflamación generalizada, suele indicar que la cicatrización se retrasa y que hay una infección local. Esta afección, conocida comúnmente como "alvéolo seco", alveolitis y osteomielitis localizada, se trata por irrigación con solución salina normal estéril, o agua destilada, y por la aplicación de curas sedativas hasta que ceden los síntomas. Las curas sedativas se preparan empapando tiras de gasa de 1 cm. eugenol o algún preparado que sea anestésico y bacteriostático.

Para que la cura actúe durante más tiempo se le puede incorporar una mezcla siave de óxido de zinc y eugenol.

Como éste apósito se endurece, hay que colocarlo cuidadosamente para poderlo retirar sin dolor al cabo de unos siete días.

Las curas sedativas se han de cambiar cada uno o dos días. Las que llevan óxido de zinc se pueden dejar tres o cuatro días. No suelen aplicarse más de cinco a siete días. Si el problema persiste es aconsejable consultar con un especialista (cirujía).

7.4 HEMORRAGIA TRANS Y POST OPERATORIA.

La hemorragia puede constituir una complicación durante las maniobras operatorias o después de ellas.

Las causas más frecuentes durante una intervención quirúrgica son el planteamiento descortado y la falta de cuidado al manipular los tejidos. El paciente con piezas móviles, que padece una enfermedad periodontal y el que presenta grandes granulomas ápicales, es probable que sangren abundantemente.

Las radiografías que muestran grandes espacios periodontales en un paciente que tiene las encías edematosas y rojas pueden significar que dicha persona perderá hasta 500 ml. de sangre durante la extracción simple de diez piezas móviles. Tales problemas se pueden evitar planeando con cuidado la secuencia de extracción o la extirpación del tejido de granulación.

Los pacientes con una historia de tensión arterial alta también pueden plantear problemas hemorrágicos. Antes de cualquier intervención se ha de comprobar la presión sanguínea; estos individuos pueden sufrir un aumento de ésta a consecuencia de la preocupación o el temor producido por la operación. Generalmente es beneficiosa la administración preoperatoria con hipnóticos, pues reduce la presión y facilita la intervención. En aquellos pacientes con una presión diastólica persistente superior a 100, se ha de celebrar una consulta médica antes de la intervención.

Menos de 1% de la población presentan discrasias hemáticas que causan hemorragia prolongada. Se pueden identificar tales pacientes con una buena historia clínica y una exploración cuidadosa, se han de tratar remitiéndolos a un centro donde puedan cooperar en el tratamiento un especialista en cirugía y un hematólogo.

b) TEJIDO DE GRANULACION.

Si el examen clínico y radiográfico indican la presencia de una gran cantidad de tejido de granulación, cabe reducir al mínimo la hemorragia observando las siguientes precauciones:

Se inicia la intervención quirúrgica en la parte posterior de la boca. Se extraen 2 ó 3 piezas cada vez; luego, con curetas o tijeras, se extirpa todo el tejido de granulación de los alvéolos y de los tejidos gingivales. El tejido de granulación está muy vascularizado y cualquier desgarro o corte rompe multitud de pequeños vasos. La eliminación total del tejido de granulación suprime la fuente más importante de hemorragia.

Si la hemorragia es excesiva durante la extirpación del tejido de granulación, se indica al paciente hacer presión apretando las gasas que se habrán puesto sobre la herida. Generalmente la pérdida de sangre cesa en un par de minutos.

Se retiran las gasas y se prosigue la extirpación del tejido de granulación. Al reanudar la operación es posible que se reproduzca la hemorragia con la viveza suficiente para requerir un segundo período de compresión y espera.

Cuando finalmente se haya extirpado todo el tejido de granulación, la hemorragia será mínima. Cualquier porción de tejido de granulación que se haya dejado inadvertidamente puede ser causa de hemorragia y de una llamada nocturna para cohibirla.

Se prosigue la operación por sectores pequeños, extrayendo los dientes y todo el tejido de granulación. Como los pacientes con gran cantidad de tejido de granulación suelen tener unos procesos alveolares muy irregulares estos procesos se han de corregir suavemente y se han de redondear las espéculas óseas antes de proceder a la sutura.

El dentista que extrae la pieza y deja el tejido de granulación porque cree que "forma parte del proceso curativo", está en un error y causa un perjuicio al paciente. Tal granulación además de ser una causa de hemorragia postoperatoria, puede contener secuestros óseos y quistes incipientes.

c) HEMORRAGIA DE LOS CONDUCTOS NUTRICOS.

En algunas ocasiones pueden sangrar abundantemente los grandes conductos nutricos de los tabiques alveolares, especialmente en la región anterior. En los pacientes con hipertención, la sangre incluso puede surgir a chorro desde dicha abertura.

La hemorragia de los conductos nutricos se cohibe bruñendo o aplastando al hueso adyacente hacia la abertura.

En las personas de edad con tabiques interalveolares delgados puede resultar difícil bruñir el hueso sin fracturar el septum. Es más fácil poner un hemóstato con una punta en cada alvéolo de manera que abra el tabique cuyo agujero sangra.

Se aprietan suavemente las puntas varias veces para comprimir la crosta ósea y aplastar el conducto que causa la hemorragia. Esta operación requiere proceder con cuidado para evitar la fractura del septum.

Después de bruñir o aplastar el hueso para ocluir los puntos que sangran, hay que advertir al ayudante que no pase la boquilla del aspirador por tales puntos. La aspiración haría saltar el tapón y se repetiría la hemorragia; para cohibir la hemorragia en hueso se utiliza cera para hueso adosándola a la zona que sangra, o si existe mucosa o tejido se sutura, o se trata de ligar el vaso que sangra.

d) PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE.

Los pacientes que han sufrido una oclusión de la arteria coronaria o un accidente cerebrovascular, o que padecen una enfermedad vascular periférica, tal vez están tomando preparados anticoagulantes.

Aunque no es necesario suspender la terapéutica anticoagulante para realizar una operación en cavidad oral, se recomiendan las siguientes medidas de precaución:

1.- En cooperación con el médico del paciente se ha de ajustar la dosificación del medicamento para conseguir que el tiempo de protrombina del paciente sea "vez y medida del nivel normal".

2.- La intervención se ha de efectuar de la manera usual, con el mismo cuidado que se tiene siempre con la incisión y en la retracción de los tejidos. Se han de cohibir los puntos hemorrágicos y extirpar todo el tejido de granulación.

3.- Los colgajos deben suturarse de suerte que no queden superficies cruentas expuestas. Son preferibles los puntos aislados continuos para que no se afloje todo el colgajo si uno de los puntos corta el tejido.

4.- Se ha de indicar al paciente que después de la operación ha de ejercer una presión moderada sobre la herida con compresas de gasa. Se empapan gasas limpias en agua caliente y se escurren hasta dejarlas húmedas antes de colocarlas. La humedad disminuye las náuseas y la irritación que a veces producen las gasas secas. Las compresas se han de

cambiar cada hora durante las primeras seis horas y luego según sea necesario.

Raras veces es necesario que el dentista utilice medicamentos o agentes hemostáticos para cohibir la hemorragia en cirugía oral. La vitamina K carece de valor, a no ser que se demuestre una carencia de ella. En los pacientes normales pocas veces se requieren las esponjas de gelatina gel-foam o la celulosa oxigenada para cohibir la hemorragia. No obstante, estos agentes son útiles en algunas ocasiones cuando un paciente tiene un tiempo de protrombina prolongado a consecuencia de un tratamiento anticoagulante.

e) HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

La mejor terapia para la hemorragia postoperatoria es una buena asistencia preventiva en la operación, es decir la extirpación del tejido de granulación, el aplastamiento de los conductos nutricos y la sutura cuidadosa.

Si el paciente llama por teléfono y explica que presenta hemorragia después de la operación, se le indica que se ponga una gasa en el punto que sangra y que cierre las mandíbulas para hacer presión. El individuo que carece de dientes antagonistas requerirá un mayor grosor de gasa para lograr la presión necesaria en el punto que sangra. Si después de media hora de presión se repite la hemorragia, habrá que atenderle en el consultorio.

Algunos pacientes se alteran y se ponen muy nerviosos cuando presentan hemorragia. Se les puede calmar con una inyección intravenosa de un preparado hipnótico. A continuación, antes de anestesiar la región hemorrágica, se ha de buscar el punto que sangra. El vasoconstrictor del anestésico con frecuencia detiene la hemorragia; si esto ocurre antes de haber localizado el punto hemorrágico, resultará difícil tratarla y es posible que se repita la hemorragia cuando cese la acción del anestésico. Una vez localizado dicho punto por medio de la succión y de torundas, se puede anestesiar la zona. Hay que proceder con cuidado debido al dolor posoperatorio y a la sensibilidad de la parte operada.

La hemorragia postoperatoria que aparece durante las veinticuatro horas siguientes a la intervención generalmente se puede cohibir con una nueva sutura. En algunas ocasiones la hemorragia procede de canales nutricios grandes del hueso alveolar, en cuyo caso hay que proceder al aplastamiento del hueso que rodea al punto que sangra. Una hemorragia tardía después de una semana o más puede obedecer a un trauma en tejido de granulación, el tejido de granulación exuberante que sobresale del alvéolo se ha de extirpar y hay que suturar la herida.

Si el paciente parece estar en malas condiciones físicas con pulso rápido y filiforme, tensión sanguínea baja, piel de color cenizo, y manos frías y pegajosas, la pérdida hemática probablemente ha sido importante. Después de colocar unas compresas como tratamiento de urgencia, este paciente debe ser visto por un especialista. Hay que llamar inmediatamente al consultor. Es posible que aconseje llevar directamente al paciente al hospital donde él tratará el caso.

Algunas veces el dentista es solicitado para tratar una hemorragia postoperatoria en un paciente no atendido por él.

Como medida de precaución, para sí mismo y para el paciente, ha de tomar una radiografía de la zona hemorrágica antes de dar un tratamiento definitivo. Puede haber puntas de raíces fragmentos de hueso, trozos de cálculo y trozos de instrumento, que estimulen la formación de un abundante tejido de granulación que fácilmente sangra de manera espontánea.

Los cuerpos extraños situados en el alvéolo se deben eliminar, pero su presencia puede pasar inadvertida de no tomar una radiografía. Después del tratamiento se ha de obtener una placa para tener registrado el caso y completar la ficha de tratamiento.

7.5. HEMOSTASIA.

De las diversas preocupaciones que puede tener un paciente con respecto a un procedimiento quirúrgico la hemorragia es uno de los principales, con frecuencia los pacientes refieren que sangran en abundancia después de una extracción dentaria, muchas veces esto se debe a que el apósito es colocado de manera inadecuada actuando así como una mecha o tubo de drenaje del sitio sangrante propiciando el sangrado por acción capilar.

Una cuidadosa historia médica es el método más importante para descartar problemas hemorrápicos; además de la historia médica, los estudios del laboratorio sobre plaquetas, tiempo de tromboplastina y tiempo de protombina, son excelentes pruebas para descubrir tendencias hemorrágicas.

Una buena norma que debemos recordar es que los procedimientos quirúrgicos nunca deberán ser realizados sobre un paciente con antecedentes de una discrasia sanguínea o una historia positiva de sangrado, hasta que se haya realizado un estudio hematológico adecuado; teniendo en cuenta que el fenómeno de la coagulación de la sangre va a ser el resultado final de una serie de cambios en la estructura químico-física de la sangre, formándose una sustancia proteica que normalmente no existe en la sangre circulante, denominada fibrina; que a manera de diminutos cristales se flocculan en el plasma para constituir un estroma elástico que retiene en sus mallas los elementos figurados, dicha fibrina deriva de una globulina llamada fibrinógeno que se encuentra en el plasma sanguíneo y que para transformarse requiere la presencia de un fermento llamado trombina, que se forma con una enzima llamada trombozinasa producto liberado por la desintegración de leucocitos y plaquetas, produciendo la coagulación al ponerse en contacto con el trombógeno o protombina y empleando como catalizadores iones de calcio.

El fenómeno puede explicarse en tres etapas sucesivas:

- 1.- Producción del profermento más plaquetas y leucocitos dando como resultado trombozinasa.
- 2.- Formación del fermento más Trombozinasa, más calcio más trombógeno, dando como resultado trombina.
- 3.- Formación de la fibrina, más trombina, más fibrinógeno, dando como resultado fibrina.

La hemostasia se efectuará espontáneamente cuando la hemorragia proviene de pequeños vasos que se obliteran al retirarse o por la acción del coágulo que obra a manera de tapón siempre y cuando el tiempo de coagulación sea normal; o se puede recurrir a medios terapéuticos modificadores del factor que impide la coagulación; estos medios pueden ser: - químicos. Se basan en el empleo de fármaco-químicos hemostáticos; y son clasificados en coagulantes y vaso constrictores.

Como ejemplo de coagulantes tenemos percloruro de hierro, ácido oxálico y ácido tánico.

Vaso constrictores.- Obrán disminuyendo la luz del vaso y como ejemplo tenemos la adrenalina, la epinefrina la antipirina, etc...

Biológicos. Son de origen orgánico. Por ejemplo: Gelfoam Oxí-cell, gasa, algodón, espuma de fibrina, albumina, gretina, celulosa; todos favorecen a la formación del coágulo y tanto éstos como los químicos se utilizan en la aplicación local.

Físicos.- Son los más empleados e importantes, la aplicación de bajas temperaturas provocan la vasoconstricción y con ello la hemostasis; la presión va a ser el principal agente físico, pudiendo llevarse a cabo por compresión digital directa sobre la herida en el trayecto del vaso que sangra o bien mediante el empleo del torniquete o de la banda elástica de Esmarch por medio de la forcipresión; éstos procedimientos pueden ser considerados como medios de emergencia que suelen proporcionar una hemostasia temporal; la forma definitiva y propiamente quirúrgica de conseguir la hemostasia es por medio de la ligadura del vaso que sangra.

Los pasos a seguir en la ligadura de un vaso son:

Consiste en pinzar el extremo del vaso por ligar.

Se pasa una asa del material de ligadura que puede ser cat-gut-

La pinza se luxa colocándola paralelamente a los planos, con el objeto de hacer sobresalir el extremo y poder bajar el asa lo más distante posible.

Se practica el nudo con las manos y se retira la pinza.

Se recorta el exceso de material de sutura.

VIII RELACION DE LA CIRUGIA BUCAL CON OTRAS ESPECIALIDADES.

La cirugía bucal está íntimamente asociada con todas las demás - especialidades odontológicas, así como con las prácticas generales médicas y odontológicas. Como especialista, el cirujano maxilofacial depende de sus colegas para la remisión de pacientes. Un número importante de pacientes son recomendados por médicos asociados.

Por el contrario, el cirujano maxilofacial puede enviar pacientes al dentista cuando el problema no exige un tratamiento quirúrgico. - El especialista por el carácter de su trabajo, está casi a diario en el hospital y por lo tanto tiene una relación estrecha con los médicos; de esta manera con frecuencia sirve de enlace entre los miembros de las profesiones médicas.

La relación del cirujano con otros especialistas y con los dentistas generales se puede ilustrar con una serie de ejemplos de servicios que realiza:

Extracción de dientes incluidos, en mala posición o difíciles, - para el dentista general.

Enucleación de quistes grandes y amputación de raíces, para el - endodoncista.

Frenilectomías o frenectomías y extracción de dientes anquilosados o con abscesos agudos, para el odontopediatra.

Estirpación de torus, exostosis y bordes alveolares fibrosos, - así como corrección de la profundidad del surco gingival y otras técnicas, para ayudar al prostodoncista en la fabricación de restauraciones - protésicas.

Eliminación de odontomas, puntas de raíces retenidas, dientes en clavados y quistes, para el periodoncista.

Extracción selectiva de dientes, frenilectomías y extirpación de tejido blando y hueso sobre dientes que no han erupcionado, para el ortodoncista.

A su vez el cirujano maxilofacial aprecia la ayuda de sus asociados dentales en la preparación de los pacientes para las intervenciones quirúrgicas, o en la realización de métodos necesarios después de una operación como muestran estos ejemplos:

El dentista general restaurará los dientes que son necesarios para hacer una férula cuando se contempla una intervención correctora de la mandíbula. También construye restauraciones para zonas edéntulas después de la asistencia definitiva por trauma o corrección de deformaciones maxilares.

El endodoncista coopera en la restauración de dientes desvitalizados en accidentes y con frecuencia salva dientes necesarios para hacer férulas en cirugía correctora de la mandíbula.

El odontopediatra se esfuerza en facilitar el trabajo del cirujano oral preparando a los niños para las visitas que requieren una intervención quirúrgica. También es un gran colaborador en el tratamiento de los dientes lesionados en niños con fracturas mandibulares.

El periodoncista ayuda al especialista en cirugía bucal corrigiendo la enfermedad gingival que existe después de períodos prolongados de inmovilización maxilar para el tratamiento de las fracturas o deformidades maxilares.

En la práctica de las especialidades hay mucha interdependencia entre la protodoncia, la ortodoncia y la cirugía oral.

Una relación adecuada entre los especialistas en estas zonas contribuye a proporcionar la mejor asistencia posible a los pacientes con deformidades congénitas, adquiridas o traumáticas de la cara y de los maxilares. En tales casos el trabajo conjunto de los tres especialistas puede lograr resultados excepcionales en la rehabilitación.

IX .CONCLUSIONES

No cabe duda de que la especialidad de la cirugía oral puede - evitar muchos problemas y muchas molestias a los dentistas y asus pacientes. La evaluación cuidadosa, efectuada por el cirujano maxilofacial, - de la cavidad oral y los maxilares para detectar los riesgos potenciales para la salud oral, así como las técnicas quirúrgicas que realiza para - conseguir su eliminación profiláctica precoz, pueden prestar un gran servicio al dentista general.

La extracción precoz de terceros molares retenidos diantes primarios anquilosados, odontomas, quistes y cualquier tejido anormal ahorrarán tiempo, dinero y sufrimiento al paciente.

El cirujano oral solamente puede desempeñar su papel en odontología preventiva si le enfoca pacientes. El dentista general tal vez desee tratar precozmente estos problemas, antes de que se desarrollen complicaciones; las técnicas quedan dentro de su campo de acción si se siente y - es capaz de realizarlas. Pero, prestando de quien aplica el trata-miento, al paciente ha de ser asistido y no se han de descuidar los posibles riesgos preoperatorios, porque no solo no solo nos debe de importar el transoperatorio, sino también el preoperatorio y el postoperatorio, - que son las partes más importantes para obtener éxito dentro del trata-miento, ya que en ocasiones el odontólogo olvida dar las indicaciones y -cuidados postoperatorios que el paciente debe seguir en su domicilio; teniendo en cuenta que cada caso que se nos presente requiere diferentes - técnicas en el tratamiento no obstante los principios generales deben - seguir una secuencia adecuada, pues cuando se llega a laterar este orden

pueden surgir consecuencias indeseables, a esto hay que agregar la respuesta biodinámica dada la receptividad del paciente y la antibioterapia y la higiene bucal, realizando un buen diagnóstico y plan de tratamiento.

Con este trabajo pretendo simplificar la conducta a seguir para cada caso que se nos presente y tratando de aportar mis conocimientos que puedan llegarse a utilizar en la práctica diaria a quien lo solicite; estos procedimientos son métodos que si se aplican con atinencia y conocimiento de causa, brindan una terapia sencilla y exitosa, ayudando en mucho a restaurar la salud perdida.

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

- 1.- ARTZ, CURTIS P.
Complicaciones en Cirugía y su tratamiento.
Editorial Interamericana 1979. 2a. ed. 831 págs.

- 2.- BERRY, CORNELIE
Cirugía A.
Editorial Interamericana 1976. 4a. ed. 302 págs.

- 3.- CHRISTOPHER, FREDERICK
Tratado de Patología Quirúrgica
Editorial Interamericana 1947.

- 4.- DUNPHY, ENGLEBERT
Propedeutica Quirúrgica.
Editorial Interamericana 1966. 3a. ed. 371 págs.

- 5.- G. A. RIES CENTENO
Cirugía Bucal.
(Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 5a. ed. 1960 3391 págs.

- 6.- G. H. WILLIAN
Cirugía Dental.
Editorial Interamericana 1976. 535 págs.

- 7.- G. L. HOWE
Cirugía Oral Menor.
Editorial Interamericana 1979. 956 págs.

- 8.- KRUGER, GUSTAV O.
Cirugía Dental.
Editorial Interamericana 1978. 2a. ed. 616 págs.
- 9.- O BRIEN, RICHARD
Radiología Dental.
Editorial Interamericana 2a. ed. 1967
- 10.- MARION, G.
Manual de técnicas quirúrgicas.
Editorial Nacional México 1958. 540 págs.
- 11.- RHOADS, JONATHAN E.
Principios y Prácticas de Cirugía
Editorial Interamericana 1972. 4a. ed. 1580 págs.
- 12.- SALVAT
Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.
- 13.- SHELDON ROVIN
Patología y Diagnóstico Oral.
Editorial Interamericana 1963. 2a. ed. 1180 págs.
- 14.- W. H. ARCHER.
Cirugía Bucal
Buenos Aires. Editorial Mundi. 1968 2a. ed. 11 tomos. 614 págs.
- 15.- W. ROBERT.
Cirugía de Cabeza y Cuello
Editorial Interamericana. 3a. ed. 1973 366 págs.

