

870122
16
24

Universidad Autónoma de Guadalajara
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Aspecto Actual en el Manejo del Postoperatorio
del Paciente Externo Sometido a Procedimientos
de Cirugía Bucal.”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Cirujano Dentista

PRESENTA:

Elba Yolanda Carrillo Díaz

Asesor: Dr. Mario Alberto Gómez del Río

GUADALAJARA, JAL., FEBRERO DE 1989.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

" ASPECTO ACTUAL LA EL MANEJO DEL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGIA
EXTERNA ORAL EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL. "

I A D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULOS	
I. GENERALIDADES SOBRE EL DOLOR Y LA INFLAMACION.	3
DOLOR	3
INFLAMACION	10
II. PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL MAS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO. (consideraciones breves.)	14
III. MANEJO DEL POSTOPERATORIO Y SUS COMPLICACIONES.	26
GESTION.	42
CONCLUSIONES.	53
BIBLIOGRAFIA.	55

INTRODUCCION.

INTRODUCCION

Desde los inicios de la practica de la Cirujia Bucal , el manejo postoperatorio , ha sido objeto de preocupaci3n por parte de los profesionales , al encontrar por medio de la fisioterapia y farmacoterapia , la soluci3n a los tormentos que el dolor y la inflamaci3n postoperatoria hacen que padezca el paciente , a3n sin presentarse complicaciones.

Y3 que este trabajo , tiene como finalidad en presentarlo de una manera sencilla y descriptiva los procedimientos m3s frecuentes de la cirujia Bucal y su manejo y complicaciones en el postoperatorio.

dando al Cirujano Dentista una base s3lida seguida de una confianza en su experiencia cl3nica ,

Para dar un procedimiento adecuado en el consultorio.

Y3 que con un buen tratamiento , despues de la intervenci3n quirurgica , bastaria para una mejor evoluci3n de la salud del paciente.

CAPITULO No. I

GENERALIDADES SOBRE EL DOLOR
Y LA INFLAMACION.

I. GENERALIDADES SOBRE EL DOLOR Y LA INFLAMACION:

DOLOR:

El gran problema de etiología de los síntomas que van desde el dolor central agudo específico, hasta el dolor focal de origen indefinido.

El problema puede ser específicamente orgánico ó ser causado por la ansiedad y aprehensión del paciente lo origina el dolor psicológico. (9)

El Odontólogo a través de su experiencia y conocimientos debe estar capacitado para iniciar el tratamiento, de manera que el paciente pueda expresar las características de su dolor.

Un buen escucha puede hacer mucho para aliviar los problemas del paciente solo con escuchar.

Recordemos que los pacientes reaccionan en forma diferente al dolor y el temor con frecuencia suele a estar una reacción determinada a un estímulo. (9)

Una vez que se haya elaborado la Historia Clínica, es conveniente realizar un examen físico y bucal más adecuado.

Este examen deberá estar encaminado principalmente a los patrones de los nervios sensoriales.

Con los grandes descubrimientos científicos de los últimos años se han esclarecido en gran medida la anatomía y fisiología del dolor, de modo que ahora se lo puede definir con más exactitud. (4)

El dolor es una respuesta humana a un estímulo que podría ser nocivo para los tejidos y que entraña el doble aspecto de la percepción sensorial y del sufrimiento. (4)

Los estímulos nocivos liberan sustancias químicas que serían capaces de iniciar la respuesta dolorosa, en particular la histamina, bradiquinina, prostaglandina E₂ y sustancia P. (4)

El primer acontecimiento es que los nociceptores primarios activarían a dos poblaciones distintas de células que se proyectarían en dirección central, y esto implica la índole bifásica de la sensación dolorosa. (4) El llamado primer dolor es rápido, lancinante y preciso, en comparación con el segundo dolor, más tardío, más abajado y más difuso. (4)

Un acontecimiento importante que ocurre en la región del subnúcleo caudal es la neomodulación que origina umbrales de dolor. (4)

En general se reconocen dos umbrales de dolor: un umbral de percepción, que se define como el nivel mínimo de estimulación nociva que se percibe como dolorosa, y un umbral de tolerancia ó de reacción, más alto y que constituye el nivel más bajo de estimulación nociva y que no se puede tolerar y origina intentos de evitación refleja defensiva. (4)

Se comprobó que el umbral de percepción es bastante constante y similar entre distintos individuos de diferentes culturas, y no se modifica mayormente al administrar analgésicos en condiciones controladas. (3)

El concepto de dolor con respecto a esta discusión se limita a la respuesta reflejo fisiológica cuyo umbral puede ser elevado disminuyendo los otros componentes que contribuyen al malestar, esto es, los temores y ansiedades del niño. (7)

La mayoría de los pacientes pediátricos aceptan el hecho que, la presión en el sitio de la inyección por un objeto neutro, como una uña ó el extremo de madera de un hisopo de algodón, es bastante tolerable. (7)

Este dolor es comparable a la inserción de una aguja de calibre fino, pero por supuesto con frecuencia esto es inaceptable para el paciente. (7)

La respuesta dolorosa fisiológica durante los procedimientos de inyección es muy atemperada ó intensificada por las respuestas emocionales y psicológicas del niño. (7)

Es preciso recordar al afecto, que las distintas zonas de la cavidad bucal están bajo el dominio del par, el triésimo, con sus 3 ramas. (5)

El *úlfabrico*, el maxilar superior y el maxilar inferior, y que es sobre todo a las dos últimas ramas de una profusa subdivisión y de una exquisita recepción de los estímulos dolorosos, que les corresponden las zonas sobre las cuales debemos intervenir y cuya anatomía debe ser profundamente conocida. (5)

En cambio, el umbral de tolerancia al dolor es influido por una amplia gama de drogas de acción central - que se clasifican como analgésicos. (4)

La reacción con la que diferentes personas responden al mismo estímulo varía considerablemente. (3)

Los individuos reaccionan al dolor según su conformación básica que puede variar desde estriacismo hasta la sensibilidad extrema. (3)

Un paciente ocasional que no desee anestesia podrá soportar una extracción mostrando pocos señales extremas al dolor. (3)

Otro paciente bajo profunda anestesia local puede saltar cuando se le colocan unas pinzas sobre el diente. (3)

El paciente estoico es capaz de desdenar hasta cierto grado el dolor que está sintiendo, (3)

*Las circunstancias tienen mucho que ver con la percepción del dolor los soldados en medio de tan-
tas tensiones de batalla sufren heridas mayores que no sienten y
las ignoran hasta logrado el objetivo inmediato. (9)*

*Los niños a veces reaccionan con miedo a la blanca
bata que lleva el médico y en consecuencia , ciertos Odontólogos
Pediatras llevan al consultorio batas de otro color ó ropa de
calle. (3)*

*El umbral del dolor varía mucho según
el individuo , lo que representa un dolor mayor para una perso-
na en un momento dado puede representar un dolor menor a otra.
(3)*

Algunas afecciones más importantes para el Odontólogo son;

- Neuralgia.*
- Neuritis.*
- Dolor referido.*
- Dolor facial atípico. (9)*

*Nota: La neuralgia trigeminal es una afección dolorosa que
involucra a las ramas del nervio trigémino; se encuentra más
comúnmente relacionado con la segunda y tercera rama y a estos*

nervios inervan la dentadura , muchos de estos pacientes consultan primero al Otorrinolaringólogo.

El síntoma clónico es el dolor lacerante agudo , unilateral de corta duración. (9)

NEURITIS:

El término neuritis se refiere a la inflamación de un nervio, la afección es ,más bien irritante que dolorosa y generalmente se debe a un traumatismo del nervio ó alguna infección de la zona clínicamente , el paciente se queja de parestesia que es una sensación de hormigón ó picazón ó un cierto grado de anestesia. (9)

ICLO: REFLEXIVO:

Es el paso a seguir de impulsos dolorosos en un nervio aparentemente no relacionado con la afección clínicamente inicial.

Esto es particularmente cierto en el caso de la zona de la articulación temporomandibular. (9)

DOLOR FACIAL ATÍPICO:

Es un término demasiado amplio , pero se refiere básicamente a aquellas afecciones dolorosas de la cara que no pueden ser adjudicados al cuadro clínico de problemas neurológicos específicos.

Muchas veces estos estados dolorosos se encuentran relacionados con estrés emocional ó problemas psico,énicos de caracter general.

La artritis temporal , la migraña y la céfalea histáminica son difíciles de diagnosticar. (9)

INFLAMACION:

La inflamación y reparación comprenden un proceso fisiológico que se presenta de manera regular secundariamente a una lesión, ya sea ésta lesión traumática o infecciosa.

En cuyo caso puede ser local ó sistémico, el proceso básico de inflamación y reparación sigue siendo el mismo. (9)

Por definición, la inflamación es la reacción a la lesión, el propósito de la inflamación es iniciar la reparación, los leucocitos y anticuerpos infiltran el área la dilatación de los capilares aumenta el flujo sanguíneo hacia la parte lesionada, lo cual incrementa el oxígeno en el área diluye y elimina productos tóxicos y estimula la fagocitosis y el complicado y largo proceso de reparación. (9)

El trabajo de Venhín ha contribuido mucho a nuestro entendimiento del proceso de inflamación.

El aislamiento de sustancias tales como la leuco toxina piroxina y el factor promotor de leucocitosis ha llevado a aclarar la definición de inflamación y reparación. (9)

Uno de los períodos más críticos para el paciente quirúrgico es la aspirotoxiemia hasta el momento en que vuelve en su restablecimiento.

durante esta fase es cuando adquiere mayor importancia el peligro de aspiración para cardíaco y depresión. (9)

Todas las heridas cicatrizan de una manera similar, la diferencia entre cicatrización por intención primaria ó secundaria es cuestión de tiempo y grado de la lesión.
Es un proceso de cicatrización de una herida no corticada. (9)

Lentamente el tejido de granulación se transforma en tejido conectivo fibroso.

Si la herida involucra el hueso este tejido de origen óseo rellena los espacios y tienen lugar la remodelación del hueso.

Muchos factores influyen en el proceso de reparación de la localización de la herida se presenta en un área donde hay un lecho vascular como en la cavidad oral, uno que favorece una rápida cicatrización. (9)

Un incremento de temperatura es ventajoso para la cicatrización de la herida y acelera el metabolismo del tejido.

Los tejidos inflamatorios de piroxina y factores promotores de la leucocitosis, en esta época de la inflamación para aumentar la temperatura local y sistémica y por lo tanto el

metabolismo y para incrementar la producción de leucocitos. (9)

Por supuesto que la cavidad oral por sus características naturales proporciona este medio ambiente ca-
liente y húmedo para facilitar la cicatrización de la herida.
Los factores nutricionales son importantes especialmente las proteínas y vitaminas , junto con otros requerimientos dieté-
ticos bien establecidos. (9)

Las heridas en pacientes jóvenes cicatrizan con más rapidez que en las personas de edad , lo cual probablen-
te se relaciona de manera directa con el metabolismo. (9)

CAPITULO No. II

PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL
MAS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO.

(CONSIDERACIONES BREVES).

II.- PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA BUCALES MÁS FRECUENTES EN EL CON- SULTORIO. (CONSIDERACIONES BREVES .)

Uno de los procedimientos más fre-
cuentes de cirugía bucal en el consultorio son el conocer las
indicaciones para la intervención.

Se supone que el Cirujano ha
elaborado una historia Clínica del paciente y ha realizado una
evaluación preoperatoria antes de proceder a la intervención.

(9)

El cirujano debe preparar cuidadosamente un plan qui-
rúrgico antes de realizarlo, que incluya cualquier dificultad
que pueda ocurrir. (9)

Ejemplo: El conocer la curvatura distal
de los incisivos laterales superiores ayudarán su extracción
así como el saber que los incisivos centrales tienen una raíz
cónica.

El hábito de la técnica estéril y la experiencia con
infecciones tanto pre como postoperatorias, dará al clínico
confianza en el manejo de estos casos quirúrgicos. (9)

La selección del anestésico apropiado en términos de sus benéfica acción vasoconstrictora y su duración, así como la habilidad con la que se administra, harán que el paciente esté más confortable durante el procedimiento quirúrgico. Las drogas sedantes y analgésicas apropiadas, también aumentarán la eficacia del procedimiento y permitirán un período de recuperación postoperatorio tranquilo. (9)

Todos estos detalles deben ser considerados antes de llevar a cabo el procedimiento.

EXAMINACIONES MULTIPLES:

Después de analizar los Rayos X, debe realizarse un interrogatorio dirigido sobre cualquier cambio en su estado de salud. (9)

Una vez que se ha cumplido lo antes mencionado, se sentará al paciente confortablemente en el sillón hacia atrás, una ó dos veces para darle al paciente la seguridad de que este bien recargado en él.

Cuando se extraen los dientes de la mandíbula es mejor tener el plano occlusal aproximadamente paralelo al piso. (9)

ALTERNATIVAS:

En la eliminación quirúrgica de una porción del proceso alveolar, cuando se realizan extracciones múltiples, los contornos del reborde alveolar deberán considerarse respecto a necesidades protéticas futuras. (3)

COLGADO QUIRURGICO:

Es un colgajo de tejido blando que se corta y retrae a manera de poder retirar hueso adyacente para exponer raices dientes y tejidos patológicos. (3)

Extracción de la raíz; Recien fracturada se intenta seguido el método cerrado, es decir sin colgajo quirurgico, si hay probabilidades de éxito. (3)

Puede hacerse por vía alveolar a; lojando el manquito gingival labial ó bucal, con una cureta pequeña y a;ilada, el pico bucal de las pinzas se coloca entonces bajo los tejidos sobre la placa bucal. (3)

PLASTIA:

Procedimientos quirurgicos especificos de tejidos blandos para mejorar la fijación de estos al alveolo. (9)

Clasificación de PROTESIS INMEDIATA:

Las especialidades de prostodoncia y cirugía han llegado a relacionarse estrechamente en los casos de cirugía para prótesis inmediata.

Las complicaciones inherentes en la construcción de las prótesis hacen necesario que cualquier vía posible debe tener como fin que cada paciente presente una prótesis que sea estética como funcional. (9)

En esto estriba una de las mayores ventajas de la técnica de la inserción de la prótesis inmediata. Con este procedimiento, los dientes anteriores están aún por la posición correcta y natural del diente artificial. Las estructuras bucal vecinas también se conservan aproximadamente en su posición normal y se mantiene la dimensión vertical.

(9)

RECUPERACION DE RAICES:

Es bien sabido que la extracción del tercer molar maxilar ó mandibular puede ser tan difícil como la de cualquier diente incluido.

La valoración de la dificultad potencial se inicia con la correlación de la radiografía del diente en cuestión y la impresión clínica en el momento de la evaluación.

(9)

También es importante la evaluación del paciente tomando en consideración y estabilidad, debe darse atención clínica especial de acuerdo al diente en particular, firmeza de la corona, caries, cantidad de hueso subyacente y la posición en el arco dentario. (9)

CORTE DENTARIO:

El corte dentario es necesario en dientes multirradiculares que ya han hecho erupción en algunas situaciones comunes;

1. Raíces divergentes y curvas.
2. Coronas fracturadas durante la extracción.
3. Una corona extremadamente cariada.
4. Dientes en los cuales no ocurre luxación ni con elevador ni con forceps.

La fractura de una raíz no debe verse necesariamente como el resultado de negligencia, error ó técnica defectuosa, por parte del operador.

muchos factores contribuyen a la fractura de la raíz, incluyendo:

1. anquilosis de la raíz dental con el hueso.
2. hipercementosis.
3. enfermedad periodontal.
4. hueso censo ó esclerótico.
5. falta de alimentación de los bicarios del forceps con el eje longitudinal del diente.
6. raíces largas, puntiagudas y curvas. (9)

OTRAS COMPLICACIONES: Otras complicaciones que se presentan durante la extracción de los dientes adyacentes, fracturas del hueso alveolar de la tuberosidad ó incluso de la mandíbula, deflexión ó aspiración de un diente ó cuerpo extraño y hemorragia. (9)

Cuando se ha fracturado una porción del alveolo en la tuberosidad de la maxila debe mantenerse, ante todo el principio de conservación si la porción de hueso fracturado es de un tamaño razonablemente bueno es está todavía unido al periostio debe dejarse en un sitio e inmovilizado con una sutura ó con una férula. (9)

La deglución ó aspiración de un diente ó de un cuerpo extraño es una emergencia a, u, d, a. La prevención de esta situación es más importante, el colocar una cortina faríngea de gase, a nivel del istmo de las fauces, ayuda a este respecto. (9)

DIENTES INCLUIDOS:

Cuando los dientes no toman sus posiciones normales para funcionar en el arco dentario, se consideran incluidos ó impactados y, salvo raras excepciones, deben extraerse algunos de estas excepciones comprenden;

- 1.- Pacientes cuyo estado de salud general es tan precario que tal procedimiento quirúrgico no sería conveniente.
- 2.- Pacientes cuyo edad sea total que en presencia de un diente totalmente asintomático, ese procedimiento resultaría innecesario ó no aconsejable. (9)

Los dientes impactados crean una diversidad de complicaciones tales como el desarrollo de quistes foliculares, desplazamiento de los dientes con la erosión de los tejidos dentarios adyacentes normales. (9)

PERICORONITIS:

Solo secundariamente a la pericoronitis se presenta la pericoronitis, la cual puede ser ya sea transitoria y ligera ó convertirse en una infección faríngea seria que involucra a los espacios amigdalinos (fasciales) causando considerable

Debilitamiento de los tejidos. (9)

Esto ocurre en el tejido blando del tercer molar parcialmente en erupción, proporcionando un sitio fértil para el crecimiento bacteriano y la infección. (9)

El tratamiento puede variar desde una irrigación local y desbridamiento del colgajo pericoronal, hasta la extracción del diente. (9)

TERCEROS MOLARES: mandibulares incluidos;

Los puntos de diagnóstico de los terceros molares incluidos se estudian en el siguiente orden;

- Corona.
- Raíces.
- Hueso de soporte.
- Conducto alveolar inferior. (9)

La corona se observa en relación con el caruchón de esmalte, culpa, superficie oclusal y desdoblamiento vestibular.

La corona puede estar en diversas posiciones esto se discute en la clasificación de las inclusiones del tercer molar.

(9)

La caries constituye otro factor importante a considerar a menudo conlleva la extracción ya que la resisten-

cia de la corona es importante para el procedimiento operatorio. (9)

Después de la corona, otro punto a considerar son las raíces.

El hueso circundante debe ser examinado para determinar si interfiere con la extracción del diente.

La cantidad de hueso que se va a eliminar se estima evaluando la corona y las raíces en relación con el hueso y la línea de extracción. (9)

La densidad del hueso ó la presencia de destrucción ósea por infección pueden alterar el trabajo quirúrgico. (9)

TUMOR PALATINO:

El tumor palatino es una proyección ósea benigna de crecimiento lento, de los procesos palatinos de los maxilares y a veces de las láminas horizontales de los huesos palatinos. (8)

Se presenta en forma bilateral a lo largo de la sutura media en la superficie bucal del paladar duro. (8)

Se han observado tumores palatinos en alrededor del 20 al 25% de la población adulta, y en el 5% de los recién nacidos, con prevalencia nosta en mujeres que en hombres. (8)

La etiología es desconocida, se indicarán como factores etiológicos posibles; la herencia, el traumatismo superficial la maloclusión y la respuesta funcional. (8)

El torus es una masa con superficie cortical densa y cantidades mínimas de núcleo esponjoso.

La mucosa que cubre el torus es muy delgada y da la impresión de que hubiera sido estirada por la exostosis de expansión lenta. (8)

El torus palatino crece con lentitud y adquiere su tamaño máximo en la tercera década de la vida.

El tamaño y la forma son variables y con mayor frecuencia es nodular que fusiforme. (3)

El tipo nodular suele tener un surco medio que corresponde a la sutura palatina media. (8)

Criterio para su remoción;

- tamaño exagerado.
- molestias.
- interferencia con el sellado posterior de la prótesis.
- Interferencia e inestabilidad de las prótesis maxilares por el movimiento; en esos casos el torus actúa como fulcro. (8)

FRENILLO Labial:

El frenillo es un repliegue de la mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse so bre la línea de unión de arcos maxilares superiores. (5)

Por razones Ortonticas y protéticas, el frenillo labial debe extirparse; en la edad juvenil, para per mitir el tratamiento ortodóntico; en la edad adulta, con fi nes protéticos. (5)

Carrea sostiene que el frenillo hipertrofiado;

debe ser resacado para prevenir la separación de los incisivos. (5)

La mejor época es antes de la erupción de los temporarios; en tal caso, basta con una aplicación del gal vanocauterio. (5)

Siempre debe realizarse una radiografía pre via a la intervención del frenillo. (5)

Muchos diastemas no están originados por esta anomalía, si no que se deben a la presencia de un residuo ó de dientes supernumerarios. (5)

DIENTES QUE NO HAN HECHO ERUPCIÓN:

Los dientes a menudo no hacen erupción debido a falta de espacio en el arco dentario ó estados patológicos asociados como la presencia de un diente supernumerario. (2)

El tratamiento del diente que no ha hecho erupción tiene como finalidad quitar obstrucciones y exponer la corona clínica del diente en la cavidad bucal. (2)

Una vez que se ha suprimido la obstrucción física, debe eliminarse el hueso alrededor de la corona clínica del diente que no ha hecho erupción. (2)

Este hueso debe extraerse mediante pinzas guías y cincelos de mano, ya que los instrumentos rotatorios pueden lesionar los dientes de esa línea. (2)

Debe considerarse al diente un período de seis meses para que haga erupción por sí mismo, si este tiempo no se observa erupción clínica ó radiográfica-mente, deben aplicarse fuerzas ortodónticas. (2)

CAPITULO No. III

MANEJO DEL POSTOPERATORIO Y SUS
COMPLICACIONES.

EL POSTOPERATORIO:

Se entiende por postoperatorio el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después, de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico colaborar con la naturaleza, en el logro perfecto del estado de salud. (5)

El tratamiento postoperatorio es la fase, más importante de nuestro trabajo. Tanto es así que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, pueden modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

(5)

Por supuesto, en cirugía bucal no puede tener la trascendencia que alcanza en una operación, de cirugía general. (5)

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida quirúrgica y al campo operatorio que es la cavidad bucal, y al estado general del paciente. (5)

Es muy difícil y hasta imposible, señalar una sola área de esfuerzo quirúrgico terapéutico que constituya el factor más importante para el éxito de la atención prestada al paciente.

Sin embargo, la mayor parte de los cirujanos concuerdan en que la comprensión, la creación de confianza y la sinceridad genuina, son tan importantes en las relaciones entre cirujano y paciente antes del tratamiento quirúrgico son aún más importantes durante la recuperación. (9)

Si el paciente no manifiesta la voluntad de olvidarse, será necesario motivarlo para que esto suceda.

La completa honestad profesional con el paciente y su familia es indispensable.

La simpatía, comprensión, suavidad y seguridad exige en tiempo, aunque de alguna forma debemos ofrecer esto al paciente de tal manera que este sienta que el cirujano no se encuentra demasiado ocupado para prestarle su atención e interés personal.

(9)

Los pacientes suelen necesitar una práctica de plática tomando de la mano al lado de la cama, en el consultorio, en el sillón dental.

Los puntos deberán ser tratados incluyendo una explicación de lo que debe anticipar el paciente, tales como dolor, cambio de posición, drenaje, ambulación "eliminación. (9)

Aunque el manejo personal del paciente durante la recuperación es importante, tal esfuerzo no deberá ser prestado a expensas de la observación técnica y clínica.

El cirujano deberá anticipar los signos de posibles complicaciones, así como de la recuperación prolongada antes de que suceda en forma sorprendente. (9)

Aunque los procedimientos quirúrgicos regionales presentan problemas especiales, muchos de estos son aplicables a todos los tipos de cirugía, tales como la hemorragia postoperatoria, atelectasia, cicatrización tardía de las heridas presión, agitación, sensibilidad a las drogas, alergias, enfermedades simultáneas, paro cardíaco y pulmonía.

(9)

El cirujano preocupado, unable interesado, que anticipe sus conocimientos técnicos y profesionales suele verse recompensado a menudo por la observación de un paciente que se recupera y rehabilita rápidamente.

En términos generales, el placer que encierra la práctica de la cirugía proviene de ver a un paciente aliviarse rápidamente, así la práctica se convierte en una serie de experiencias unable y recompensadoras. (9)

Hemorragia;

De las diversas preocupaciones que puede tener un paciente con respecto a un procedimiento quirúrgico, la hemorragia es una de las principales. Con frecuencia, los pacientes manifiestan que sangran excesivamente después de extracciones dentarias.

(9)

una breve investigación generalmente revelada que está es una mala interpretación por el paciente ó es causada por atención inadecuada de un sitio sangrante inmediatamente después del procedimiento quirúrgico.

un paciente puede interpretar el aumento de flujo salival provocado por el estímulo mecánico y físico como sorprado si la saliva se encuentra teñida con una pequeña cantidad de sangre. La colocación correcta de un apósito de presión sobre el sitio sangrante es de gran importancia. (9)

muchas veces el apósito es colocado de manera descuidada actuando así como una mecha ó tubo de drenaje del sitio sangrante que promueve al sangrado por acción capilar.

Además, es posible dejar el apósito de presión demasiado tiempo por lo que el cambio constante en la presión occlusal funciona a manera de bomba sobre la herida, provocando sangrado continuo. (9)

Una cuidadosa historia médica es quizá el método más importante para descartar proctos hemorráicos. Pocas personas sobreviven muchos años sin saber con precisión si son víctimas de un diabetes hemorráica crónica.

Además de la historia, los estudios de laboratorio sobre las plaquetas, el tiempo de protombina y el tiempo de tromboplastina parcial son excelentes pruebas para descubrir tendencias hemorráxicas. (9)

Cuando un paciente revela un antecedente positivo de sangrado después de la exodoncia, es importante interrogarlo con respecto a su experiencia con sangrado después de conducturas o las lesiones en las articulaciones y superficies corporales. Con frecuencia esta pregunta será contestada en forma negativa, lo que deberá conducirnos a sospechar que existe una causa local para sangrado dentro de la cavidad bucal. (9)

Sin embargo, 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. (9)

hemorragia postoperatoria;

La hemorragia postoperatoria ha sido clasificada como primaria, intermedia o secundaria, lo que indica el tiempo en el que presenta el sangrado.

El sangrado continúa durante la operación o inmediatamente después, se denomina hemorragia primaria. El sangrado continuo que se presenta poco tiempo después de la cirugía cuando se pensó no está controlado, recibe el nombre de hemorragia intermedia.

Esto por lo general indica la incapacidad de controlarlo, recibe

- Sangrado mecánicamente durante un período de tiempo lo bastante prolongado después de la cirugía. (9)

La hemorragia secundaria es de mayor importancia y se presenta después de que se organizó el coágulo inicial, de 24 hrs. a 10 días después de la cirugía.

El manejo de los tres tipos de hemorragia es casi igual. El esfuerzo inicial deberá ser encaminado a controlar los factores emocionales y psíquicos. (9)

Las personas que sangran se tornan aprehensivas y requieren que se les ofrezca seguridad y que les haga sentir cómodas en una posición semi-supina.

La utilización de sedantes puede estar indicada, así como el anestésico local con vasoconstrictor.

Deberá colocarse un apósito de presión humedecido sobre el sitio sangrante. (9)

Este procedimiento arterial produce emanación de sangre de color rojo brillante, mientras que el sangrado venoso se caracteriza por la aparición lenta pero continúa la sangre de color más obscuro. (9)

Si el vaso sangrante se encuentra en los tejidos blancos puede ser cerrado con una pinza hemostática ó un punto de sutura a manera de araña ó de ocho. (9)

Si la sangre escapa del alveolo, puede colocarse una tira de gasa u presión en el alveolo.

El Gelfoam u Vicell colocados en el alveolo suelen controlar el sangrado.

Puede utilizarse la trombina de óvino mediante aplicación directa o mojado una pequeña porción de Gelfoam en la solución de trombina.

(9)

El bruñido de un vaso sangrante en hueso puede ser útil con el fin de controlar este tipo de sangrado.

La aparición firme de los tejidos con suturas adicionales y la colocación de un apósito de presión postoperatoria adecuado deberán ser suficientes para controlar la mayor parte de los casos de hemorragia. (9)

INFECTIUN:

La infección de las heridas es quizá el factor que con mayor frecuencia interfiere la cicatrización normal de las heridas ya que produce lesiones adicionales que retrasan todo el proceso normal de la cicatrización.

La infección puede ser debida a invasión bacteriana ó descomposición de tejidos necróticos.

ambos pueden existir al mismo tiempo, y así cualquiera de estos dos procesos no es controlado el tratamiento puede resultar inadecuado.

(9)

Si la fagocitosis de las bacterias existentes en la zona es adecuada podemos aplicar el término resolución a todo el proceso, desde este momento en adelante, la herida cicatrizará igual que en una herida. (9) termina.

Los factores normales bucales ayudan a evitar infecciones debido a su constante descuración, el epitelio tiene de eliminar las bacterias, además de ser muy resistente a la penetración directa de las mismas.

La gran vascularización de las mucosas permite un cambio rápido de los materiales nutrientes en la cavidad bucal, lo que es de gran ayuda en el proceso de cicatrización y para reducir la infección. (9)

ninguno el aumento de saliva impide el buen manejo quirúrgico de los tejidos bucales, la saliva parece poseer una cualidad antibacteriana que ayuda en el control de la infección. (9)

CICATRIZACIÓN:

Dichos factores afectan el proceso de cicatrización, la localización de la herida es significativa y cuando está ocurre en un sitio en donde existe un buen lecho vascular, como en la cavidad bucal, se puede anticipar una cicatrización rápida. (9)

El aumento de temperatura resulta ventajoso para una herida en reparación aumentando el metabolismo tisular.

Los productos inflamatorios de la histamina y los factores de migración de leucocitos son importantes en esta etapa de la

- inflamación para aumentar la temperatura local y general, así como el metabolismo, lo que incrementa la producción de leucocitos. (9)

NUTRICIÓN :

La importancia de la ingestión oral de alimentos básicos es capital.

un conocimiento cabal por parte del cirujano acerca de la fisiología de la nutrición, el balance del nitrógeno, así como el equilibrio hidroelectrolítico de los tejidos es igualmente importante, un firme conocimiento de la función de los órganos involucrados en la ingestión, la absorción, la asimilación y distribución de nutrientes a la célula, así como la influencia de los sistemas endocrinos y enzimático, deberá ser parte de sus conocimientos. (9)

Ya que los trastornos metabólicos y endocrinos importantes pueden aumentar el riesgo quirúrgico, la frecuencia de complicaciones y alterar la recuperación del paciente quirúrgico cercano a muchas de las intervenciones, ó hacen que los órganos sean incapaces de recibir ó asimilar una dieta adecuada, en años recientes el uso de una sobrealimentación parenteral se ha convertido en uno de los recursos más útiles para el cirujano. (9)

SELECCIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS :

La selección de los antibióticos adecuados se ha convertido en un procedimiento difícil y algo complicado debido al uso indiscriminado de los mismos, lo que propicia el desarrollo de sensibilidad a los drogas por los pacientes y resistencia de los microorganismos. (9)

La temperatura antibiótica inadecuada en términos de dosificación o duración del tratamiento también pueden favorecer el desarrollo de cepas bacterianas resistentes;

La sensibilidad del paciente a un antibiótico deberá ser considerada cuidadosamente cada vez que se emplee una droga.

Algunos pacientes ahora son hipersensibles a muchos de los antibióticos existentes; tal hipersensibilidad ha dado como resultado enfermedades, raras y aún la muerte. (9)

Cualquier antecedente de vómitos, náuseas, erupciones, tos o trastornos intestinales después de emplear un antibiótico contraindica la administración futura de la droga.

El autor opina que no deberá recurrirse a los antibióticos para cada pequeña exacerbación, sino que será necesario dar al paciente la oportunidad de adquirir su propia resistencia, y conservar los antibióticos para infecciones más serias. (9)

El tratamiento de los tosidos no deberá ser raro por ello. No es raro ver a un paciente que ha sido tratado con antibióticos durante varios días sin tratamientos locales, por lo que no presenta mejoría.

- En este caso, la posición y el drenaje son auxilia
res importantes para el tratamiento. (9)

Uno de los períodos más críticos, para el paciente
quirúrgico, es la fase postoperatoria inmediata, que cubre el
período desde el final de la operación hasta que se restablece,
(3)

Ordenes postoperatorias; deberá hacerse una revisión
de sus alergias e idiosincrasias e artricos conocidos del pa-
ciente. (3)

Analgésicos; medicación para el dolor postoperatorio
que se administrará bucal según deseado, transicos ó table
tas en casos deseados para aliviar irritación faringea, habrá
que cuidarse de las alergias. (3)

Antibióticos; Esto es generalmente es una continua
ción del fármaco iniciado el día antes de la operación ó puede
ser un agente quimioterápico añadiendo más tarde según lo resu
bierto en la operación. (3)

Anti-inflamatorios; puede aconsejarse la continua
ción del fármaco iniciado el día antes de la intervención ó puede
ser un agente quimioterápico añadiendo más, según la interven
ción. (3)

Bolsas de hielo ó compresas frías en áreas de resaca si está indicado. La aplicación de bolsas de hielo náuticas bilaterales en sitios de osteotomías ó extracciones del tercer molar mantenidas en un lugar con una venda elástica de 10 cms. , ayuda a reducir el edema y sangrado postoperatorio.

(3)

- *Diflunisal*, *colobid* y *loraz*, es una potente droga anti-inflamatoria, es un analgésico narcótico actuando perifericamente efectivo en casos de dolor agudo u moderado. (1)

Diflunisal esta contraindicado en quien es sensible a este producto ó quié tiene asma aguda, articularia ó rinitis, han sido mesinidades por el uso de aspirinas u otro agente anti-inflamatorio no esteroideal. (1)
También esta contraindicado en quien tiene antecedentes de úlcera péptica ó sangrado gastrointestinal.

La malgeria eficaz de *diflunisal* aproximadamente es de 70 mg. pero para más larga e actividad es paracetamol 600mg. con 60mg. de codeina y significativamente superior a 650mg. de aspirina.

Una dosis cargada de cualquiera de las dos 500 mg. a 1000mg. deberá ser usada al inicio del tratamiento, aunque *diflunisal* produce significativa analgesia dentro de una hora, la analgesia máxima no es obtenida por arriba de tres horas ó más. (1)

Para pacientes adultos la dosis recomendada estandar es de 250mg. a 500mg. tres veces al día.
Ha sido recientemente reportada que la dosis de 1000mg. de *Diflunisal* no es significativamente superior a 500mg. en término máximo

- ó analgesia total , no obstante al principiar la analgesia es más rápida despúes de 1000mg. (/)

La extrucción de cada par simetricamente bilateral del tercer molar mandibular impactado causaria similar dolor y es bien informado el uso del modelo comparado los efectos analgésicos controlando el dolor postoperatorio.
(/)

El Metilprednisolona es un esteroide con potentes propiedades anti-inflamatorias, sus estudios demostraron que una sencilla dosis por I.V. de 120mg. de este droga puede reducir el dolor y la inflamación después de la extracción de los terceros molares. (6)

Estas son las pocas contraindicaciones para el uso de Metilprednisolona, son en pacientes activos e inactivos de tuberculosis, glaucoma, diabetes mellitus, ó con una infección crónica.

Para otros pacientes el uso de una larga dosis tiene importancia aunque el uso crónico de esteroides puede causar supresión adrenal. (6)

Novak y asociados demostraron que con una sencilla dosis de metilprednisolona no tiene complicaciones y Whellan y colegas, observaron que la inicial supresión adrenal seguida de una dosis de 8mg. I.V. de Dexametasona regresa a la normalidad después de 7 días. La metilprednisolona reduce la inflamación, seguida de la extracción de los terceros molares. (6)

Varias investigaciones reportaron que una larga acción de anestésicos locales y el agente anti-inflamatorio no esteroide pueden disminuir el dolor seguido de la extracción del tercer molar, y si estos agentes fueron usados con Metilprednisolona tendrán mayor reducción en las secuelas postoperatorias. (6)

CASUISTICA

CASUÍSTICA:

NOBRE DEL PACIENTE: Reynaldo Titel Arroyo.

EDAD: 26 años.

SEXO: Masculino.

OCCUPACION: Estudiante.

Paciente masculino de 26 años de edad, que fue remitido a la consulta externa de Cirugía Bucal para valoración y tratamiento a través para el tercer molar.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Prima diabética y hermana con hipertensión.

Antecedentes personales no patológicos; tabaquismo positivo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Ninguno.

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Se presenta el paciente con dolor en la zona del tercer molar por el cual fue remitido al departamento. La zona afectada fue la parte inferior izquierda.

E.F. Paciente consciente, bien orientado en todos los aspectos de marcha y movimiento. Intraoralmente encontramos labios bien hidratados, apertura bucal normal, procesos alveolares normales mucosa bucal normal.

EXAMEN PERIODONTAL: Tercer molar en posición normal casi con la corona erupcionada.

TRATAMIENTO:

Extracción del tercer molar, na vez que no se encontraron contraindicaciones dentro de los límites normales.

POSTOPERATORIO:

Quinto día no presentó ningún tipo de problema, solo se le quitaron dos puntos de sutura que se pusieron, en el lugar de la extracción.

Se le administró Diflunisal, 500mg. dos veces al día durante los tres primeros días. sin presentar ningún tipo de problema. También fue aplicada fisioterapia en la zona afectada.

El antibiótico de elección fue amoxicilina 250mg. c/ 8hrs., por 5 días seguidos, para reducir el riesgo de una infección local postoperatoria, como alveolitis.

NOMBRE DEL PACIENTE : Ricardo Fresen Q.

EDAD: 34 años.

SEXO: Masculino.

OCCUPACION: Comerciante.

Paciente masculino de 34 años de edad, que acudió a consulta de Cirugía Bucal por causa de un dolor y para un tratamiento en la zona del tercer molar superior.

ANTECEDENTES FAMILIARES: madre hipertensa.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: tabaquismo.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: Ninguno.

EXAMEN CLÍNICO: Se presentó el paciente con malestar en la zona de los terceros molares superior derecho, desde hacia dos meses atrás. con 7 días los dolores eran más fuertes.

E.T. El paciente con actitudes y movimientos bien orientados, con la ía y mucosa en perfecto estado, encontramos caries en el diente afectado.

EXAMEN RADIOGRÁFICO: La caries abarca a esta la pulpa y el diente estaba en posición normal. con la corona totalmente erudionada.

TRATAMIENTO :

Extracción del tercer molar superior derecho , no se encontraron contraindicaciones dentro de los límites normales.

POSTOPERATORIO:

Quinto día no presentó ningún tipo de problema , solo se le retiraron los dos puntos de sutura que se le colocaron el día de la extracción.

Después de administrarsele metilprednisolona I.V. 125mg. el primer día y los días siguientes se administró febrax los 5 días siguientes , y eritromicina 500mg. 4 veces al día

NOBRE DEL PACIENTE: Irma Rubio Salcedo.
Edad: 47 años.
SEXO: femenino.
OCUPACION: ama de casa.

paciente femenina de 47 años de edad,
que fue remitida a cirugía bucal para valoración y tratamiento a
través del departamento de prosthodoncia.

ANTECEDENTES FAMILIARES: hermana diabética y prima hipertensa.

ANTECEDENTES PERSONALES: ninguno.

ANTECEDENTES CLÍNICOS. Se presentó el paciente con cinco meses
aproximadamente de estar usando prótesis totales, con quejas
de retención y malestar por parte de la prótesis superior; por lo
cual fue remitida a este departamento.

E. f. paciente consciente, centrada sin ninguna anomalía en el
nariz.

intrabucalmente los labios están bien hidratados, apertura bucal
normal, procesos alveolares bien delimitados se logra ver el
el frenillo claramente hipertrofico, el cual provocaba malestar
y desplazamiento de la prótesis.

INDICACIONES:

No se encontró ninguna contraindicación local ni general por lo que se procedió a la frenilectomía, sin haberse presentado ninguna complicación.

POSTOPERATORIO:

Después de 21 días de postoperatorio se encontró una herida bien cicatrizada, el proceso alveolar no presentaba ninguna interferencia y la prótesis tuvo una buena orientación. Se le administró Dolobid 500mg. dos veces al día, por 5 días sin presentar algún problema. Se le administró amoxicilina 250 mg. c/ 6 horas. durante los 5 días postoperatorios para evitar infección.

NOBRE DEL PACIENTE: Karin del Suso.

EDAD: 27 años.

SEXO: Masculino.

OCCUPACION: Estudiante.

Paciente masculino, de 27 años de edad, que acudió a consulta externa de cirugía bucal para valoración y tratamiento.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PUSILLIROS: Ninguno.

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Dolor y poca inflamación a nivel de los terceros molares superiores izquierdos.

E.F. Paciente bien orientado, intraoralmente trae poca inflamación en zona de tercer molar superior izquierdo y dolor poco a la palpación.

EXAMEN PERIAPICAL: Tercer molar en buena posición con raíces completas, y corona totalmente erupcionada.

TRATAMIENTO:

Extracción del tercer molar superior izquierdo, no se encontraron otras indicaciones dentro de los límites normales.

POSTOPERATORIO:

Se le recomendó hacer fisioterapia y al quinto día no se presentó ningún problema en los cuales se quitaron suturas que se le colocaron el día de la extracción. Seguido de una dosis de 100mg. por día repartida en dos tomas, durante los 5 días seguidos de la operación sin presentar ningún tipo de molestias. de Dolobid. acompañado de amoxicilina oral 250 mg. c/ 6 hrs.

NOBRE DEL PACIENTE : GUILLERMO, López B.

EDAD: 20 años.

SEXO: Femenino.

OCCUPACION: ama de casa.

Paciente femenino de 20 años de edad , que fue a consulta de cirugía bucal para tratamiento y valoración.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre Hipertensa.

ANTECEDENTES PERSONALES: Ninguno.

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Presenta malestar en zona molar inferior derecha e inflamación.

E.t. todos los espacios bucales fueron normales solo en la zona de terceros molares se noto un poco de inflamación y dolor a la palpación.

TRATAMIENTO: Se le extrajo el tercer molar inferior derecho no se encontro contraindicaciones dentro de los límites normales

POSTOPERATORIO: Sexto día no presenta problemas hubo aplicación de fisioterapia y solo se retiraron puntos de sutura que se aplicaron en el día de la extracción.

Se le administró Metipres una dosis de 125mg. seguida de acetaminofen 325 ms. y 30 ms. de codeína y penicilina 500ms. 4 veces al día.

El dolor postoperatorio estuvo en observación y no lo hubo complicación.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONES

Respecto al manejo del postoperatorio del paciente sometido a cirugía bucal en el consultorio, es el de haber encontrado una base sólida para seguir una buena experiencia clínica.

Llena de confianza del profesionalista hacia el paciente, pues una adecuada técnica fisiológica y farmacológica, analgésicas, harán una acertada y pronta recuperación sin complicaciones del paciente.

Esto no significa que se ignore la disponibilidad del paciente y la motivación que el profesionalista respiente en él, pues ya que la confianza ganada con anterioridad es un buen desarrollo del trabajo, promueve al paciente una buena dosis de fe.

Estudios recientes sobre Diflunisal y la Metilprednisolona han alcanzado un método efectivo de alivio postoperatorio, mostrando una eficaz disminución del dolor e inflamación dando al profesionalista una gran confianza en su práctica.

Yá que estos medicamentos acompañados de otros más analgésicos y anti-inflamatorios ayudan a un mejor postoperatorio.

Un método para el manejo del dolor postoperatorio es la combinada proporción asociada en respuesta con la actual cirugía.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. - Chapman P.J.
Postoperative pain Control for outpatient Oral surgery.
Department of Oral Maxillofacial , surgery.
1987. 16 ; 319 - 334.
2. - Costich Emmet y Raymond r. White Jr.
Cirugía bucal . / Editorial Interamericana . / Primera
edición . / en Español . / 1974.
3. - Amplex gustav U.
Tratado de Cirugía bucal. / Editorial Interamericana . /
Cuarta edición. / Diciembre de 1983.
4. - McLanthy Frank M. / Emergencias en Odontología . /
Editorial El Ateneo. / Tercera edición. / noviembre 1981.
5. - Ries Centeno Guillermo M. / Cirugía bucal . / Editorial
El Ateneo . / Octava edición . / Octubre de 1980.