

331
207



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECUPERACION DE RESTOS RADICULARES"

T E S I S N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ELSA SANJUAN CASTELLANOS

México, D. F.

1990

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

FRACASO EN

1. Asegurar la Anestesia
2. Extraer el diente

CAPITULO II

FRACTURA

2. Corona del Diente al ser Extraídas
3. Raíces del Diente al ser Extraídas
3. Hueso Alveolar
4. Tuberosidad del Maxilar
4. Diente adyacente u Opuesto
5. De la Corona de otro Diente
6. Mandíbula
7. Avulsión del Diente Adyacente

CAPITULO III

DISLOCACION

7. De la Articulación Temporomandibular

CAPITULO IV

DESPLAZAMIENTO DE UN RESTO RADICULAR

8. Dentro de los Tejidos Blandos
8. Dentro del Seno Maxilar
9. Dentro del Seno Maxilar
9. Bajo Anestesia General en el Sillón Dental

CAPITULO V

HEMORRAGIA EXCESIVA

10. Durante la extracción Dentaria
11. Después de la Extracción
11. Postoperatorio
12. Postoperatorio

CAPITULO VI

LESION A

13. Mucosa
13. Encía
14. Encía
15. Tercera Rama del Nervio Trigémino
16. Rama posterior del Nervio Mandibular
17. Nervio Lingual
17. Dentario Inferior
17. Lengua y piso de la Boca

CAPITULO VII

DOLOR POSTOPERATORIO DEBIDO A

12. Daño a los Tejidos Blandos y Duros
18. "Alvéolo Seco"
19. Osteomielitis de los Maxilares
20. Osteomielitis Aguda del Maxilar
21. Osteomielitis Supurativa Crónica
21. Osteomielitis Esclerosante Focal Crónica
22. Artritis
23. Artritis debida a una Infección Especifica
24. Artritis Reumatoide
25. Osteoartritis
26. Artritis Traumática

CAPITULO VIII

HINCHAZON POSTOPERATORIO DEBIDO A

27. Edema
27. Formación de Hematoma
27. Infección
28. Trismo
28. Síncope
29. Paro Respiratorio
30. Paro Cardiaco
31. Urgencia Anestésica

32. **Conclusiones**

33. **Bibliografía**

I N T R O D U C C I O N

En la práctica odontológica las complicaciones de la extracción dental son muchas y muy variadas y algunas pueden ocurrir aun cuando se emplee mucho cuidado.

Para no incurrir en cada una de los accidentes aqui mencionados debemos elaborar una historia clínica tomando en cuenta los datos que nos proporciona el paciente y las molestias que nos refiere.

El cirujano dentista debe estar capacitado por si se presenta alguna emergencia en el consultorio dental para atender en ese momento al paciente y brindarle una mejor atención.

FRACASO EN:

El fracaso para obtener la anestesia es debido generalmente a una técnica inadecuada o a una dosis insuficiente del agente anestésico para efectuar el tratamiento. Es imposible extraer un diente si el paciente refiere dolor.

Cuando se efectúa la extracción bajo anestesia general, lo hará un anestesista adiestrado, pero cuando se efectúa la extracción con anestésico local se debe probar la eficacia de éste antes de empezar la extracción, explicando antes al paciente que aún cuando pueda sentir presión no debe sentir dolor. En caso de que el paciente no refiera dolor se debe administrar otra inyección de anestésico local.

Los pacientes varían en tamaño y forma y esto se observa especialmente al aplicar bloqueo del nervio Dentario Inferior a causa de las variaciones normales en la mandíbula. Otra causa es una inyección intravascular accidental.

La complicación de anestesia incompleta en el Dentario Inferior se presenta en pocos pacientes, aun con inyecciones certeras, es imposible obtener la anestesia completa debido a la inervación.

Sicher y DuErol (1975) informan que una o más ramas del nervio Dentario Inferior no llegan hasta el foramen y entran al hueso por los agujeros auxiliares enfrente y sobre el foramen mandibular. Es posible que éste inerve al tercer molar, lo que en ocasiones causa fallas en el bloqueo del Nervio Dentario Inferior.

El dolor debido a una periodontitis produce tantos estímulos en el nervio que la solución anestésica ineficaz para bloquear la conducción de estos impulsos, y algunos llegan hasta el cerebro.

El PH de los productos inflamatorios del diente es más ácido que lo normal y con la del anestésico se neutraliza.

Si un diente se resiste a la aplicación de una fuerza razonable, ya sea con fórceps o elevador debe dejarse para buscar la causa que dificulta la extracción mediante una evaluación clínica y radiografía del diente a extraer. En algunos casos se hará la extracción por disección, o por medio de colgajo.

FRACTURA

La fractura de la corona de un diente al efectuar la extracción muchas veces es inevitable.

Los dientes desvitalizados se fracturan con frecuencia, o por caries profundas, o por restauraciones amplias. Sin embargo, cualquier obstrucción mecánica, como la dilaceración de las raíces o la hipercementosis dificulta la extracción. Sin embargo casi siempre es por la aplicación inadecuada del fórceps al diente, colocando los bocados de éste sobre la corona en lugar de colocarlo sobre la raíz o en la furca, o con su eje longitudinal perpendicular al eje del diente. Si el operador en dientes anteriores elige un fórceps con bocados anchos, y solo da un punto de contacto, el diente se colapsa al sujetarlo. Si no mantenemos el mango del fórceps firmemente los bocados se pueden resbalar fuera de la raíz y fracturar la corona del diente. La prisa es una de las causas principales de estos errores, se puede evitar si se trabaja con cuidado y usando los fórceps adecuado para cada diente.

Al producir una fractura coronaria la remoción de la porción retenida dependerá del tamaño del resto radicular.

Algunas veces se efectúa con fórceps o elevador y en otros casos se efectuará por medio de colgajos.

Cuando se fractura en la línea cervical la extracción de la raíz se hace con fórceps en forma de bayoneta o universal en superiores y

y en inferiores con el fórceps de anteriores o universal, en caso de que se fracture el ápice se puede quedar siempre que no este infectado e informar al paciente.

Raíces del diente al ser extraídas. Los factores que causan la fractura de la corona también pueden ser causantes de la fractura radicular y al evitar estas fallas se puede reducir la incidencia de dicha fractura. Lo ideal es remover todos los fragmentos radiculares, en algunos casos es mejor dejarlos. La remoción de grandes cantidades de hueso pueden ser necesarias para la localización y remoción de dicho ápice. En pacientes sanos si se dejan no van a causar problemas, solo se van a remover en pacientes que van a usar prótesis totales o presenten síntomas. La extracción del tercio apical de una raíz palatina de un molar superior involucra la remoción de gran cantidad de hueso alveolar y se puede ver complicado con el desplazamiento del fragmento al seno maxilar o con una comunicación oroantral.

Y en caso de que se tenga que remover se debe tomar una radiografía de la zona a intervenir y se debe hacer por medio de un colgajo. Cuando se deja el fragmento radicular se informa al paciente y anotar los datos en la historia clínica.

Hueso Alveolar. El hueso alveolar se fractura en las extracciones difíciles. Esto puede ser debido a la inclusión accidental del hueso alveolar entre los bocados del fórceps o a la configuración de las raíces, la forma del alvéolo, o a cambios patológicos del hueso. La extracción de caninos generalmente se ve complicado con la fractura de la tabla externa, especialmente si el hueso ha sido debilitado por la extracción del lateral y primer premolar. Si estos tres dientes van a ser extraídos se debe hacer primero la extracción del canino para evitar la fractura.

La fractura de la Tuberosidad del Maxilar ocasionalmente, durante la extracción del segundo o tercer molar superior se siente que se mueve el hueso de soporte y la tuberosidad del maxilar con el diente, se debe hacer todo lo posible por retener el hueso ya que es importante para la retención de una dentadura artificial. Este accidente generalmente se debe a la invasión de la tuberosidad por el seno, es común cuando se presenta un molar superior aislado, especialmente cuando está sobreerupcionado. Si es posible, lo más conveniente es desistir de la extracción en el momento en que se produce la fractura para permitir que el fragmento suelde, si la fractura es grande se debe fijar con una barra arqueada con el diente suelto y con varios dientes adyacentes, preparando una férula de acrílico de fraguado rápido o colocando bandas ortodóncicas y un alambre arqueado, después de cuatro o seis semanas se puede hacer la extracción por odontosección o levantando un colgajo.

Quando no se puede separar el diente respecto al hueso. Se debe hacer con cautela para no desgarrar la mucosa gingival y, en particular, el revestimiento antral por esto puede producir una comunicación del seno maxilar. Quando no se afecta el seno se alisan los márgenes óseos recortar y suturar la encía. Si el antro está abierto y es sano, se sigue el mismo procedimiento, pero si está infectado se debe hacer una antróstomía nasal y es probable que se requiera de una técnica quirúrgica de Caldwell-Luc para que no se forme una fístula oroantral, y esto lo debe realizar el cirujano bucal.

Quando se realizan extracciones múltiples primero extráigase el tercer molar para que no se debilite la tuberosidad.

La fractura de un diente adyacente o antagonista se puede evitar haciendo la extracción con cuidado y haciendo un estudio preoperatorio,

y si el diente adyacente tiene restauraciones amplias se debe remover caries y restauraciones flojas y colocar una restauración temporal an tes de hacer la extracción, no se debe aplicar fuerza sobre ningún - diente adyacente durante la extracción, y otros dientes no deben uti- lizarse como fulcro para un elevador a menos de que vayan a ser extra- idos los dos en la misma visita.

Se debe tener cuidado para no golpear el diente antagonista con el fórceps. Una técnica de extracción cuidadosa y controlada evita es te accidente.

Ocurre aflojamiento del diente adyacente por uso incorrecto de los elevadores por usar fórceps de bocados anchos o por eliminar de- masiado hueso al hacer la extracción. Cuando hay movilidad del diente adyacente la dieta debe ser blanda por varios días para inmovilizar al diente y colocar un apósito quirúrgico con wonder, o con una fér- ula de acrílico. La fijación debe mantenerse de dos a cuatro semanas.

Fractura de la corona de otro diente. La fractura de la corona o curre si el fórceps resbala y la golpea o por hacer demasiada fuerza contra ella con el elevador, el tratamiento va a depender de la ex- tensión de la lesión. Si se fractura toda la corona primero se hace el tratamiento endodóntico. Si solo se ha astillado una pequeña por- ción del esmalte, se contornea con una piedra dental para pulir des- pués su superficie. Cuando se fractura un gran segmento de la corona, pero no está expuesta la pulpa, se puede colocar una corona tempora- ria, primero se coloca hidróxido de calcio, después óxido de Zinc y Eugenol. Si hay una exposición de la pulpa minúscula se pone un recu- brimiento pulpar antes de colocar la corona temporaria.

Fractura de la mandíbula. La fractura de la mandíbula puede complicar la extracción dental si se emplea una fuerza excesiva o incorrecta, o a cambios patológicos que debilitan la mandíbula, no debemos obordar por lingual ya que la tabla es más delgada. Nunca debe utilizarse una fuerza excesiva para extraer un diente. Si el diente no cede a una presión moderada, debe buscarse la causa.

La mandíbula puede estar debilitada por osteoporosis, raquitismo, osteomielitis, por radioterapia previa, displasia fibrosa, enfermedad de Paget, o fragilidad ósea. Si se presenta cualquiera de estas condiciones, la extracción debe ser intentada únicamente después de una observación clínica cuidadosa y ayuda radiográfica, y hacer una férula previa. Si la mandíbula se fractura se debe colocar un soporte extra-bucal no elástico y el componente vertical debe ser colocado tan atrás de la mandíbula como sea posible y acudir a un centro especializado en cirugía bucal.

Principios básicos en el tratamiento inmediato de las fracturas.

1. Establecer y mantener vías aéreas permeables.
2. Control de la hemorragia
3. Vigilar la presión, respiración y pulso del paciente.
4. No olvidar la necesidad de antibiótico y antitoxina tetánica.
5. Conocer la responsabilidad legal.
6. Siempre tratar al paciente "primero" y en "segundo lugar" a la fractura.

AVULSION

La avulsión de un diente adyacente ocurre por el uso incorrecto de los instrumentos de extracción, por lo regular ocurre cuando las raíces son cónicas. El diente se debe colocar de inmediato a su alvéolo y se debe fijar con una férula de acrílico o con una barra arqueada.

Si se pierde la vitalidad del tejido pulpar, ya que allí queda do insertado con firmeza se hace la terapia endodóntica.

DISLOCACION

La dislocación de la articulación temporomandibular se presenta frecuentemente en algunos pacientes. Un daño ligero es la causa más frecuente, aunque de tracción súbita, bostezo o una amplia abertura bucal puede provocar la dislocación. Esta complicación durante extracciones de dientes inferiores generalmente se puede prevenir si se sostiene la mandíbula durante la extracción. El soporte dado a la mandíbula por la mano izquierda del operador debe ser suplementado por la presión ejercida hacia arriba con ambas manos por debajo de los ángulos de la mandíbula dada por el asistente.

La dislocación también puede ser causada por el uso incorrecto de los abre bocas. Si se presenta la dislocación ésta debe reducirse de inmediato. El operador se para enfrente del paciente y coloca sus dedos pulgares protegidos con una gasa intrabucalmente en la línea oblicua externalateralmente a los molares inferiores y con sus dedos extrabucalmente por debajo del borde inferior de la mandíbula. La presión ejercida hacia abajo con los dedos pulgares y adelante, y la presión ejercida hacia arriba con el resto de los dedos reduce la dislocación. Si el tratamiento se retrasa, el espasmo muscular puede hacer

imposible la reducción, excepto bajo anestesia general. Se debe advertir al paciente que no abra mucho la boca ni lostece durante varios días, y debe colocarse un soporte extrabucal hasta que desaparezca la sensibilidad de la articulación.

DESPLAZAMIENTO DE UN RESTO RADICULAR

Dentro de los tejidos blandos. La introducción de un resto radicular en el lado lingual del tercer molar inferior es difícil para la extracción. El resto radicular se encontrará por debajo del músculo milohioides. Para extraerlo ponga un dedo fuera de la boca y presionar el tejido submandibular y crear una fuerza en sentido contrario durante la exploración. Para su recuperación se levanta un colgajo por lingual.

Otra zona en la cual es difícil la extracción de un ápice o diente perdido es la fosa infratemporal por detrás y por arriba de la tuberosidad maxilar. Estructuras neurovasculares importantes y el plexo venoso pterigoideo se encuentran dentro de ésta zona. Para la extracción en ésta zona debemos tener una buena visibilidad para hacerlo con cuidado y evitar el sangrado y daño nervioso.

Un resto radicular desplazado al seno generalmente es el de un premolar o molar superior y casi siempre es el resto radicular es de la raíz palatina. La incidencia de ésta complicación se puede reducir si se siguen las siguientes reglas:

1. Nunca aplicar el fórceps a un diente o raíz superior posterior si no hay suficiente superficie expuesta, para permitir que los bocanudos se coloquen bajo visión directa.

2. Dejar el tercio apical de la raíz palatina de un molar superior si se fractura al hacer la extracción a menos que haya una indica-

cación positiva para retirarlo.

3. Si está indicada su remoción, levante un colgajo mucoperiostico y retire suficiente hueso para retirarlo con el elevador haciendo movimientos de arriba hacia abajo para extraerlo.

Si se ha introducido una raíz en el antro es necesario extraerla, pero primero se debe tomar una buena radiografía para definir si la raíz esta en el antro o si se ha deslizado entre la pared externa de la lámina yugal y el periostio.

Métodos para retirar raíces o restos radiculares del seno

1. Indique al paciente que sopla por la nariz con las fosas nasales ocluidas.

2. Irrigar el seno con solución fisiológica estéril procurando arrastrar la raíz fuera de la cavidad alveolar o por lo menos acercarla a la abertura y después extraerla con el aspirador.

3. A través de la cavidad se puede introducir en el antro una gasa yodoformada de 1 cm. de ancho, pero solo si la abertura es grande.

4. Si no se puede extraer la raíz por ninguno de estos métodos, se hará con la técnica quirúrgica de Caldwell-Luc, incisión a la altura de fondo de saco de fosa canina a la cara mesial del primer molar, un poco más arriba del ápice se levanta el colgajo mucoperiostico, se hace la osteotomía y se retira la raíz o el resto radicular, regresamos el colgajo a su lugar y suturamos, también se pone un punto de sutura en el alvéolo para que no se forme una comunicación bucoantral.

El desplazamiento de una raíz o resto radicular ya sea dentro del seno o de los tejidos blandos, se presenta con más frecuencia bajo anestesia general en el sillón dental. Si se pierde una raíz mientras se están efectuando extracciones bajo anestesia general, la anes-

tesista debe pararse de inmediato y llevar la cabeza del paciente hacia adelante. Después que se ha recuperado el reflejo de tos se examina la boca del paciente, el empaque se retira cuidadosamente y se inspecciona. Si el empaque fue bien colocado, la raíz se encuentra en el empaque en la mayoría de los casos, pero si no se localiza la raíz se debe tomar radiografías tanto del alvéolo como del tórax. Esta última se toma para asegurarse de que la raíz no ha pasado a los bronquios. En caso de que la raíz se encuentra en el bronquio se debe referir al paciente de inmediato al hospital para ser removida por medio de una broncoscopia.

HEMORRAGIA EXCESIVA

El flujo constante de sangre durante la intervención quirúrgica o durante la extracción oscurece la visión y hace difícil la extracción. debemos hacer hemostasia con una gasa haciendo presión y usando un eyector quirúrgico con una presión de 0.14 Kg. por centímetro cuadrado (20 lb./cm^2). Un sangrado más profuso se controla por presión con un empaque con solución salina caliente aplicada sobre la región. Si es un vaso grande se pinza con una pinza hemostática y ligar con catgut 3-0. La hemorragia del hueso se controla con solo taponar la cavidad con gasa y mantener la presión varios minutos. Si no cede la hemorragia se coloca gasa hemostática absorbible o cera ósea. Evítese la aplicación de compresas con adrenalina para evitar la hemorragia ya que los pacientes con enfermedades cardíacas presentan elevación de la presión sanguínea debido a la absorción de la droga y puede acarrear graves consecuencias, se produce vasodilatación compensadora que se produce después de haber empleado la adrenalina, puede dar lugar a una severa hemorragia en el postoperatorio.

Cualquier paciente que ha experimentado sangrado espontáneo en una cavidad articular del cuerpo debe ser considerado un "paciente que sangra". Hasta probar lo contrario en caso de una historia positiva,

Si el paciente presenta hemorragia después de la extracción se irriga de inmediato la boca con solución fisiológica y se aspira para retirar el exceso de coágulo. Luego se le indica al paciente que muerda una gasa, después se anestesia al paciente. La solución anestésica sólo debe contener una pequeña cantidad de vasoconstrictor (1:100.000 de epinefrina o menos) porque las cantidades mayores, que pueden detener temporariamente el sangrado, pueden hacer que la hemorragia se repita cuando se produce la vasodilatación secundaria.

Una vez obtenida la anestesia, examínese la herida de la extracción para verificar el origen del sangrado. El tratamiento que se elija va a depender del lugar de origen. La hemorragia gingival se controla suturando los márgenes de la herida. Si la hemorragia proviene del hueso se controla con solo taponar la cavidad con gasa y mantener la presión varios minutos o se rellena la cavidad con material absorbible y se sutura sobre el relleno, después se aplica una gran compresa de gasa sobre el alvéolo y se sujeta firmemente con los dientes por 15 o 30 minutos para verificar si se reanuda antes de enviarlo a su casa.

La hemorragia en el postoperatorio es la complicación más común ya que muchas veces los pacientes desprenden el coágulo.

Primero se debe limpiar la boca de coágulos sanguíneos con gasa y después enjuagarse con solución salina tibia. Deben eliminarse todos los coágulos de sangre de la vecindad del alvéolo, pero no el que está alojado en él. Se le dice al paciente que muerda firmemente

sobre una gasa estéril de manera que ejerza presión sobre la zona de la cirugía si no hay gasa puede morder una bolsita de té que ha sido colocada en agua fría para ablandar los hojas de té. Se le pide al paciente morder durante veinte minutos. Si la hemorragia persiste se coloca un agente hemostático como el Gelfoam, tópicamente y la celulosa oxidada, para el control local de la hemorragia.

Se sienta al paciente y se le administra anestesia local. Se elimina el coágulo que se ha formado dentro del alvéolo y se ubica la zona de la hemorragia. Si ésta proviene de un punto sangrante de hueso dentro del alvéolo, se bruñe el hueso con el lado romo de una cucharilla en la zona de la hemorragia. Si existe una hemorragia generalizada, se empaqueta en el alvéolo un agente hemostático Gelfoam embebido en trombina, y se pone un punto de sutura. Se le pide al paciente que acuerde una gasa húmeda. Si la hemorragia proviene del tejido blando circundante, se hace una sutura con tensión para aplicar presión en esa zona.

En pacientes con enfermedad periodontal avanzada se debe quitar todo el tejido de granulación para evitar la hemorragia.

Deben realizarse estudios de laboratorio con fines diagnósticos incluyendo tiempo de protrombina (PT), tiempo parcial de tromboplastina (TPT), y un frotis de sangre periférica para recuento plaquetario. Si la historia clínica o los exámenes de laboratorio señalan anormalidad, el paciente debe ser canalizado a un hematólogo para diagnóstico definitivo.

VALORES NORMALES

Tiempo de sangrado	de 3 a 10 min.
Tiempo de coagulación	de 5 a 10 min

Tiempo de tromboplastina parcial	de 30 a 45 seg.
Tiempo de protrombina	de 11 a 16 seg.
Cuenta plaquetaria	de 150 a 350 ml x mm ³

LESION

Las laceraciones gingivales y mucosas ocurren con mayor frecuencia en las extracciones difíciles y complicadas, o por una técnica inadecuada o un método de extracción inapropiado. Las laceraciones gingivales, si se asocian con destrucción y pérdida del hueso subyacente, puede ocasionar una irregularidad en la cresta alveolar, lo cual dificulta la construcción de un puente fijo.

La mayoría de las lesiones de la boca curan sin complicaciones porque estos tejidos son muy resistentes. La herida debe limpiarse de todo material extraño irrigándola con suavidad con solución fisiológica.

En las punciones profundas, los tejidos se aproximan por planos para eliminar todo espacio muerto y evitar que se forme un hematoma. Las heridas punzantes profundas no se deben cerrar porque existe la posibilidad de que queden bacterias anaeróbicas patógenas que infectarían los tejidos. Como medida de precaución frente a las infecciones, en los pacientes con lesiones accidentales se debe mandar antibiótico de amplio espectro.

La lesión de la encía puede ser evitada por medio de una cuidadosa selección del fórceps y buena técnica. Si se adhiere la encía al diente que se está liberando de su alvéolo, ésta deberá ser cuidadosamente disectada del diente, ya sea con un bisturí o con tijeras, antes de extraer el diente.

Se debe tener cuidado de no lesionar el labio inferior con el -

fórceps, cuando se efectúa la extracción con el elevador debemos hacerlo con cuidado y evitar recargar el mango del elevador sobre el labio inferior ya que este ocasionaría una lesión. Se requiere un cuidado extra cuando se efectúa la extracción de dientes inferiores bajo anestesia general.

MAXILAR INFERIOR O TERCERA RAMA DEL NERVIO TRIGEMINO

Esta rama del nervio trigémino es sensitiva y motora, e inerva to dos los músculos de la masticación.

La parte sensitiva inerva todo el maxilar inferior, que incluye sus dientes y encías osociadas, piel de la barbilla, parte inferior de la cara, labio inferior y carrillo, al igual que la membrana mucosa, y los dos tercios anteriores de la lengua a excepción de las pap las califormes.

El nervio maxilar inferior se divide en dos ramas, una mayor pos terior y una más pequeña anterior.

RAMA ANTERIOR DEL MAXILAR INFERIOR

Principalmente es motor, pero tiene un complejo sensitivo. En su inicio se inerva para dar fibras motoras a:

- a. El pterigoideo externo
- b. El masetero
- c. El temporal por medio de dos ramas.

Su única rama sensitiva es el Nervio Bucal Largo. Cursa hacia aba jo entre las dos superficies de pterigoideo externo hasta llegar al borde anterior del masetero, detrás y casi al mismo nivel oclusivo de los terceros molares, con la boca cerrada. Sin embargo cuando está abierta, el nervio se mueve debajo del nivel del tercer molar superior en este sitio es donde puede ser bloqueado convenientemente.

Más adelante se ramifica, para inervar la encía bucal posterior y parte de la mucosa de la cara interna de la mejilla, y otras fibras continúa hacia adelante para inervar la piel de la mejilla.

Rama posterior del nervio maxilar inferior o mandibular

Principalmente es sensitivo y cursa hacia abajo al nivel medio del pterigoideo externo donde da tres ramas:

- a. La Lingual
- b. Dentario Inferior
- c. Auriculotemporal

Nervio Lingual

El nervio lingual cursa hacia abajo y adelante, hacia la membrana mucosa de la parte interna del tercer molar, un poco sobre la línea milohioidea. Aquí su posición es de gran importancia, ya que puede dañarse al retirar el hueso lingual antes de extraer con elevador el tercer molar.

El nervio lingual cursa hacia abajo y adelante y se divide en ramas que inervan la membrana mucosa del piso de la boca, la encía de la cara interna de los dientes y los dos tercios anteriores de la lengua, excepto las papilas califormes.

Nervio Dentario Inferior

Antes de introducirse en el foramen da una rama milohioidea que penetra el ligamento esfenomandibular y cursa hacia abajo y hacia adelante por el pterigoideo interno para proporcionar las fibras motoras al músculo milohioideo y al vientre anterior del digástrico. El nervio dentario inferior pasa después a través del conducto mentoniano para inervar los dientes de ese lado de la mandíbula. En el agujero mentoniano, el nervio se divide en dos ramas; una que continúa por el conducto como nervio incisivo, para inervar el primer premolar y los ca-

ninos e incisivos. La otra rama, el nervio mentoniano, emerge del agujero mentoniano para inervar la membrana mucosa y la piel del labio inferior, la barbilla y la encía bucal y labial asociada con el primer premolar inferior, los caninos e incisivos.

Si el diente o la raíz están en íntima relación con el nervio dentario inferior, El daño puede ser evitado o minimizado solamente por medio de radiografías preoperatorias de diagnóstico y una disección cuidadosa. Para no lesionar el nervio mentoniano durante la extracción de premolares inferiores debemos hacerlo con cuidado. Si el nervio es protegido por medio de un retractor metálico durante la operación, y la remoción de hueso es mayor mesial a la raíz del primer premolar y distal a la raíz del segundo premolar, se evita la falta de sensación labial, o se reduce.

El nervio lingual puede lesionarse ya sea por una extracción traumática de un molar inferior en la cual los tejidos blandos son atrapados en los bocados del fórceps, o cuando se fractura la corteza lingual o cuando el nervio es seccionado accidentalmente con una fresa o escoplo durante la odontectomía. Si la situación se reconoce en el momento de la operación se puede reaproximar y suturar los cabos

La lengua y piso de la boca no deben ser dañados durante la extracción dentaria si utilizamos los fórceps y elevadores con cuidado. Estos accidentes ocurren más comúnmente bajo anestesia general, los tejidos blandos siendo comprimidos en el fórceps o entre los dientes y hojas del abre bocas. El uso efectivo de la mano izquierda evita estos accidentes. Si el operador utiliza un elevador sin control adecuado se le puede resbalar y lastimar la lengua o el piso de la boca. La

lengua está muy vascularizada y puede presentar hemorragia después de dicha lesión. La hemorragia se puede controlar jalando la lengua hacia adelante y colocando un punto de sutura.

DOLOR POSTOPERATORIO DEBIDO A

Muchos procedimientos exodóncicos ocasionan en el postoperatorio algún grado de dolor una vez que se disipan los efectos de la anestesia ya que puede ser ocasionado por traumatismo de los tejidos duros o por permitir el sobrecalentamiento de una fresa durante la eliminación de hueso. El evitar estos errores de técnica, alisar los bordes filosos y la limpieza del alvéolo eliminan el dolor postoperatorio. Los tejidos blandos pueden ser dañados de diferentes maneras. Una incisión que pase a través de una sola capa de encía puede dejar a la capa mucosa separada del periostio con la formación de un colgajo ragado que cicatriza lentamente. Si el colgajo es pequeño, se requerirá retracción traumática para asegurar el acceso, y si los tejidos blandos no se retraen lo suficiente pueden ser lastimados con la fresa. Todos estos errores y sus secuelas se pueden evitar, trabajando con cuidado.

Crawford fue el primero en usar el término de alvéolo seco en 1896, hay pérdida de coágulo sanguíneo en el alvéolo. Esta entidad clínica es una osteítis localizada que involucra total o parcialmente el hueso condensado que cubre el alvéolo dentario. Clínicamente se manifiesta con olor agudo e irritante y dolor agudo que contiene hueso desnudo sin coágulo sanguíneo, inicia de dos a cuatro días después del postoperatorio.

El alvéolo seco se presenta con más frecuencia en la mandíbula en la

extracción de dientes impactados y primeros y segundos molares. La mayoría de los investigadores creen que la causa esta estrechamente relacionada con el trauma quirúrgico y la inflamación local. La infección del alvéolo que ocurra antes, durante o después de la extracción o por usar instrumental sin esterilizar.

Las extracciones inferiores se complican por el desarrollo de un alvéolo seco más frecuentemente que las extracciones superiores. La mandíbula tiene hueso más denso y es menos vascularizado que el maxilar. Los dientes inferiores son más difíciles de extraer que los superiores y la gravedad asegura que los alvéolos de dientes inferiores se contaminan con restos alimenticios. Los dientes deben ser raspados y cualquier inflamación gingival debe ser tratada por lo menos una semana antes de la extracción dentaria. Sólo debe administrarse la mínima cantidad de anestésico local necesaria, y los dientes deben extraerse lo más atraumáticamente posible. Si se presenta el alvéolo seco, la herida se irriga cuidadosamente con una solución salina, se limpia de todos los desechos y el tejido necrótico. El área de la cavidad se seca cuidadosamente con torundas de algodón. Si el dolor es intenso, se limpian las paredes alveolares con un anestésico tópico. Las salientes filosas óseas deben ser eliminadas con alveolótomo o alizadas con una piedra de rueda. Se empaca dentro del alvéolo un recubrimiento laxo por óxido de zinc y eugenol con estrías de algodón. Se prescriben tabletas analgésicas y colutorios con solución salina caliente.

Algunas veces es difícil de diferenciar entre un paciente afectado por un alvéolo seco grave y uno afectado por una osteomielitis aguda. La osteomielitis es una infección progresiva del hueso y la médula ósea, se desarrolla en los maxilares como resultado de la infección

odontógena.

La enfermedad puede ser aguda, subaguda o crónica y presenta un curso clínico diferente, dependiendo de su naturaleza.

La osteomielitis aguda del maxilar es una secuela grave de la infección periapical.

La infección dental es la causa más frecuente de la osteomielitis aguda de los maxilares, pero no es una enfermedad común. Es una infección localizada o que afecta un gran volumen de hueso. Una infección periapical (por lo regular un absceso), si es particularmente virulenta y no se encuentra encapsulado, se puede diseminar en forma espontánea a través del hueso.

Los gérmenes más comunes que se encuentran son: staphylococcus aureus y staphylococcus albus, diversos estreptococos.

Generalmente causa una depresión total dolor intenso elevación de la temperatura con linfadenopatía regional. Por lo común hay leucocitosis. Los dientes que se encuentran en la región afectada están flojos y adoloridos y es difícil o imposible comer. Cuando esta se presenta en la mandíbula hay parestesia del labio algunas horas o hasta días después de la extracción.

Hasta que se desarrolle la periostitis no existe hinchazón o enrojecimiento de la piel o de la mucosa.

Radiográficamente La osteomielitis aguda progresa con rapidez y presenta pocos datos de su presencia al inicio pero después de una o dos semanas. Aparecen cambios lúcticos difusos en el hueso.

Las trabéculas individuales se vuelven vellosas e indistintas, y empiezan aparecer áreas radiolúcidas.

Aspecto histológico. Los espacios medulares están llenos con exu

daño inflamatorio que puede o no haber progresado hasta la formación de pus. Las células inflamatorias son polimorfonucleares y neutrófilos. Los osteoblastos que bordean la trabécula ósea se distribuyen a sufrir una resorción lenta.

Tratamiento. Se debe mantener el drenaje y tratar la infección con antibióticos para impedir la diseminación y complicaciones posteriores.

Cuando la gravedad de la enfermedad se atenúa se forman los sequestrados y éstos, si son pequeños pueden ser retirados poco a poco a través de la mucosa.

Si es un sequestrado grande eliminación quirúrgica. Algunas veces se forma un involucro cuando el sequestrado queda rodeado de hueso vivo nuevo.

Osteomielitis Supurativa Crónica. Se desarrolla después de que la fase aguda de la enfermedad se ha calmado, o en ocasiones puede surgir de una infección dental sin que exista una etapa aguda precedente. Los aspectos clínicos son similares a los de la osteomielitis aguda excepto en que todos los signos y síntomas son más leves. El dolor es menos intenso la leucocitosis es un poco mayor que la normal la masticación es posible a pesar de que la mandíbula no está bien adaptada. La supuración pueda perforar el hueso y la piel o la mucosa formando una fistula.

Osteomielitis Esclerosante Focal Crónica (Osteítis Condensante)

Es una reacción rara del hueso a la infección que se presenta en caso de resistencia tisular extremadamente alta o de una infección leve.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Aspectos clínicos. Se presenta en personas jóvenes antes de los 20 años de edad. El diente que más frecuentemente está afectado es el primer molar inferior, presenta una lesión cariosa grande. Puede o no haber signos y síntomas.

Radiográficamente presenta una masa radiopaca bien circunscrita, de hueso esclerótico que rodea y se extiende por abajo del ápex de una o de ambas raíces todo el contorno radicular es visible. La osteomielitis esclerosante focal crónica es una reacción del hueso a una infección bacteriana leve que entra al hueso a través de un diente cariado.

Tratamiento. Endodóntico o extraerse ya que la pulpa está infectada y la infección se ha diseminado al área apical.

No se debe hacer intervención quirúrgica de la lesión a menos que haya síntomas.

ALTERACIONES INFLAMATORIAS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La artritis, o inflamación de las articulaciones, es una de las enfermedades más importantes que afectan a la raza humana, y la articulación temporomandibular no escapa a esta enfermedad, aunque ciertamente es una estructura lesionada con mayor frecuencia. Esta articulación en particular puede sufrir de cualquiera forma de artritis, pero existen tres tipos comunes con los que el dentista debe estar familiarizado:

1. Artritis debida a una infección específica
2. Artritis reumatoide
3. Osteoartritis o enfermedad degenerativa de la articulación
4. Artritis traumática

Artritis debida a una infección específica

La frecuencia de artritis debida a una infección específica, es baja. Existe una gama de infecciones (como las producidas por gonococos, estreptococos, estafilococos, neumococos, y bacilo tuberculoso) los cuales pueden producir lesión poliarticular, ya sea por el torrente circulatorio, o metástasis linfática, o por extensión directa a partir de una infección focal.

La infección gonocócica es la que más afecta a la articulación temporomandibular. Markowitz y Gerry indicaron que solo el 5% de los pacientes con gonorreas sufrieron de artritis gonocócica.

La forma infecciosa más común de la articulación temporomandibular es la causada por la extensión directa de la infección dentro de la articulación como resultado de celulitis o de osteomielitis vecinas. Dicha extensión puede seguir a la infección dental, a la infección de la glándula parótida, o incluso a una infección facial o del oído.

Aspectos clínicos. Los pacientes que sufren de artritis infecciosa aguda, se quejan principalmente de dolor intenso en la articulación, con hipersensibilidad extrema a la palpación o a la manipulación sobre la zona de la articulación. El dolor es intenso que el movimiento es limitado.

Esta forma de artritis con frecuencia produce anquilosis, ya sea ósea o fibrosa. La más común es la anquilosis fibrosa, pero en cualquier caso existe limitación grave del movimiento.

Aspectos histológicos. Dependiendo de la intensidad con que esté afectada la articulación, existe una cantidad variable de destrucción del cartilago articular y del disco articular. Puede haber osteomielitis con destrucción del hueso del cóndilo. Los espacios articulares se obliteran en la fase de curación por el desarrollo de tejido de

granulación y su transformación subsecuente en tejido de cicatrización denso. A su vez, el disco puede ser completamente sustituido y todo el espacio de la articulación estar lleno con la cicatriz.

Tratamiento. Administración de antibiótico. Si el tratamiento se instituye en la fase aguda, la secuela será menos deformante o incapacitante, si la enfermedad entra a una fase crónica. En los casos avanzados, se ha usado la menisectomía o la condilectomía.

La artritis reumatoide es una enfermedad de etiología desconocida y se observa a principios de la edad adulta que afecta a las mujeres con más frecuencia. Aunque esta enfermedad aparentemente no se debe a una infección bacteriana específica, existen pruebas que indican que puede haber una reacción de hipersensibilidad a toxinas bacterianas, en especial a estreptococos.

La distribución de la afección articular por lo regular es poliarticular y a menudo es simétrica y bilateral.

Aspectos clínicos. La artritis reumatoide, en sus etapas tempranas, se puede manifestar por febrícula, pérdida de peso y fatigabilidad. Las articulaciones se encuentran hinchadas, y el paciente se queja de dolor de rigidez.

El movimiento de la articulación como el que se realiza en la masticación o al hablar, causa dolor y puede estar limitada por la rigidez, es más pronunciada en las mañanas. En un periodo de años, puede haber anquilosis de la articulación, pero ésta no es inevitable.

La artritis reumatoide en niños (enfermedad de Still), cuando afecta la articulación temporomandibular puede causar maloclusión de clase II división I con protrusión de los incisivos maxilares y una mordida abierta anterior. Engel y colaboradores encontraron deforma-

ción de la mandíbula, caracterizada por el acortamiento del cuerpo, y reducción en la altura de la rama debida a una insuficiencia del centro de crecimiento en el área condilar. La radiografía revela aplanamiento y detención en el desarrollo de los cóndilos y oscuridad alrededor de la articulación que indican una fibrosis periarticular.

Aspectos histológicos. La enfermedad se caracteriza por un crecimiento interno del tejido de granulación que cubre la superficie articular, por la invasión de cartilago articular. Finalmente se presentan las lesiones fibrosas, el menisco puede erosionarse, y aparece anquilosis fibrosa.

Tratamiento . no existe un tratamiento específico. Cuando se presenta la limitación de movimiento y la deformidad, puede ser necesaria la condilectomía para volver a ganar movimiento. Sin embargo, existe una gran tendencia a que recurra la anquilosis.

La osteoartritis es el tipo más común de artritis, se presenta en personas mayores de 40 años. Es una enfermedad asociada con el proceso de envejecimiento. Las articulaciones que se afectan primero son las rodillas, de las caderas y de la columna vertebral.

Aspectos clínicos. A menudo no existen los signos y síntomas clínicos. Como la articulación temporomandibular no soporta peso, los cambios que se presentan son insignificantes a pesar de que puede haber artropatía en otras articulaciones. Los cambios que se presentan pueden ser secundarios a un balance alterado de la articulación por pérdida de todos los dientes, o de una lesión externa.

Los pacientes con osteoartritis de otras articulaciones se pueden quejar de un chasquido en la articulación temporomandibular, pero no siempre hay dolor.

Aspectos histológicos. Los cambios en el cartilago articular con siste en pérdida de elasticidad y erosiones superficiales de distinta gravedad con presencia de grietas verticales que se extienden a menudo desde la superficie a través de toda la placa cartilaginosa hasta lle gar al hueso subcondral. Las fisuras horizontales pueden separar el cartilago del hueso subyacente. Las células del cartilago con frecuen cia muestran degeneración y puede existir destrucción completa del cartilago en áreas localizadas. En otras regiones hay calcificación distrófica en el cartilago alterado, y esto puede progresar hasta una osificación real.

Las protuberancias o exostosis óseas son hallazgos comunes en la osteoartritis y se desarrollan tanto en la periferia del cartilago co mo en la porción central del plano articular, y agrandan el cóndilo, y cambios en su contorno que son visibles en la radiografía temporomandibular.

Tratamiento. No existe terapéutica para la osteoartritis, excepto la condilectomía.

La artritis traumática de la articulación temporomandibular está precedida por un accidente de traumatismo y puede ser de diversos gra dos, desde un dolor articular a movimientos gravemente restringidos y hallazgos radiográficos positivos.

La artritis traumática de la articulación temporomandibular pue de complicar las extracciones difíciles si la mandíbula no es soporta da. El riesgo de que se presenta esta condición puede ser minimizado si el operador utiliza su mano izquierda correctamente y el asistente mantiene la mandíbula por debajo de los ángulos.

HINCHAZON POSTOPERATORIA DEBIDO A

Si los tejidos blandos no son manipulados cuidadosamente durante una extracción, el edema traumático puede dilatar la cicatrización. El uso de instrumentos redondeados, la retracción excesiva de colgajos incorrectamente diseñados o la lesión de los tejidos blandos con la fresa. Si los tejidos se suturan fuertemente la inflamación postopertoria debido al edema puede causar descamación de los tejidos blandos y colapso de la línea de sutura. Generalmente esta condición es regresiva si el paciente utiliza enjuagues frecuentes de solución salina caliente por dos o tres días.

La formación de hematoma puede causar descamación de los tejidos blandos y colapso de la línea de sutura generalmente el edema como el hematoma son regresivas llevando el mismo tratamiento que en el edema.

Una causa más grave de la inflamación postoperatoria es la infeción de la herida.

La infección de la herida es probablemente el impedimento más común para la cicatrización normal de la herida, debido a que produce lesión adicional y reterda el proceso completo de cicatrización. La infección puede deberse a invasión bacteriana o a la descomposición de tejidos necróticos. La herida también puede infectarse por no trabajar con técnica quirúrgica aséptica y también por bacterias que se introducen en la herida en el postoperatorio si el paciente no tiene una buena higiene bucal. Si la infección es leve generalmente responderá a la aplicación intrabucal de calor por medio de enjuagues bucales frecuentes con solución salina caliente. No se debe aplicar calor extrabucal porque esto aumenta el tamaño de la inflamación facial. Si existe

fluctuación el pus debe ser eliminado antes de comenzar la antibioti-
coterapia. Cualquier paciente con tratamiento antibioticoterapia es
mejor atenderlo en un hospital de cirugía bucal, especialmente si la
inflamación involucra los tejidos submaxilares y sublinguales.

El trismo es la incapacidad para abrir la boca hasta límites nor-
males debido a espasmo muscular, y puede complicar la extracción den-
tal. Puede ser causado por infección submaseterina, pretemporal o en
los espacios pterigomandibular, formación de hematoma, edema postopera-
torio. Los pacientes con artritis traumática de la articulación tempo-
romandibular tiene limitación de movimiento mandibular, Un bloqueo man-
dibular puede ser seguido de trismo.

El tratamiento del trismo varía según la causa que lo produzca.
El tratamiento del trismo causado por traumatismo quirúrgico consiste
en aplicar calor extrabucal o intrabucal para reducir la inflamación
y el espasmo y administrar un analgésico si existe dolor. No se debe
administrar relajantes musculares. Debe evitarse el ejercicio porque
es perjudicial para la musculatura espástica. Poco a poco se podrá a-
brir más la boca a medida que el dolor y la inflamación ceden. Solo
administrar antibiótico si hay manifestaciones de infección.

Síncope. Es la pérdida pasajera del conocimiento causado por disminu-
ción temporal del riego sanguíneo del cerebro. El paciente generalmen-
te se queja de sentirse mareado, débil, con náuseas y la piel se ve
pálida, fría y sudorosa.

Si el paciente siente que se desmaya, se debe inclinar el sillón
dental hacia atrás de manera que la cabeza quede más baja que los pies
estando la cabeza a nivel del corazón. las piernas deben elevarse un

poco por arriba del corazón para mejorar el retorno venoso. El aflojar la ropa apretada, hará que rápidamente el paciente se sienta mucho mejor. El cirujano dentista debe permanecer cerca del paciente para evitar que éste se caiga del sillón si llega a perder la conciencia. Esta es muy importante porque la anoxia cerebral puede conducir a convulsiones.

No debe darse nada de líquido por la boca hasta que el paciente esté totalmente conciente.

Cuando vuelve el paciente del desmayo se puede dar una bebida glucosada si es que no ha comido y se le está tratando bajo anestesia local. La recuperación es espontánea y casi siempre es posible completar la extracción en la misma cita.

Si la recuperación tarda más de cinco minutos o después de haber instituido las medidas de primeros auxilios, es probable que el colapso no sea de origen sincopal y debe administrarse oxígeno y pedir ayuda médica. Se debe tomar tanto el tipo como el ritmo de respiraciones, y el ritmo, volumen y características del pulso. Si las circunstancias lo permiten se deben anotar la presión sanguínea a intervalos y aplicar una inyección intravenosa de 250 mg. de aminofilina lentamente.

Paro respiratorio Esto sucede si no se mejora la obstrucción respiratoria, o puede presentarse como secuela de la lesión del centro respiratorio, lo que puede deberse a hipoxia cerebral posterior a paro cardíaco. El paciente se vuelve flácido, cianótico y sus pupilas están dilatadas. Se debe acostar al paciente en el piso y sus vías debe ser despejada, retirando cualquier aparato o cuerpo extraño y levantando la mandíbula hacia arriba con una mano, y con la otra se hace movimiento forzado de la cabeza hacia atrás, para que las vías aéreas superiores estén libres y accesibles a este método.

El C. D. , coloca su boca sobre la boca del paciente abarcado su nariz o se aprieta la nariz con el dedo pulgar e indice y se ejecuta espiraciones rápidas a tal grado que se sienta resistencia de los pulmones del paciente, observese elevación del tórax, este se tiene que hacer a una velocidad de 20 veces por minuto, se retira la boca solo en caso de muerte o cuando el enfermo empieza a exalar aire suavemente.

La boca del paciente nunca debe estar cerrada sino que se debe forzar hacia abajo el mentón y con el pulgar se baja el labio.

Mientras se está intentando remediar el paro respiratorio, se debe checar el pulso carotídeo y el latido a intervalos regulares, debido a que el paro respiratorio puede seguirse rápidamente a paro cardíaco, que es una urgencia más siniestra.

Paro Cardíaco

El paro cardíaco es una urgencia que se presenta en muy raras ocasiones, pero si se presenta se debe tratar de inmediato. El paro cardíaco es equivalente de "muerte inesperada" o "colapso agudo", y cuando sucede el paciente queda de pronto inconsciente, sin pulso, deja de respirar y se dilatan las pupilas. Puede detectarse por la ausencia carotídeo. El cirujano dentista tiene tres minutos para actuar antes que el paciente sufra lesión cerebral permanente.

Tratamiento. Se acuesta al paciente en una superficie dura.

- a. Vía aérea permeable
- b. Respiración de boca a boca
- c. Masaje cardíaco cerrado: el C.D. aplica un golpe fuerte en el precordio, que es parte de la pared del tórax, sobre el corazón. Este estímulo mecánico en ocasiones inicia el latido del corazón. Si esto no da resultado. El C.D. se arrodilla a un lado del paciente y se coloca la palma de la mano izquierda en el tercio inferior del esternón, del

pués coloca su mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda y presiona rítmicamente hacia abajo, para comprimir el tórax unos 4 cm., se tenta veces por min. con intervalos de un seg.

Este masaje debe producir un pulso carotídeo palpable que debe mantenerse para evitar lesión cerebral permanente. Si las piernas del paciente están elevadas, esto ayudará al retorno venoso.

Si el cirujano dentista está solo debe alternar cinco impulsos al corazón con una espiración forzada en los pulmones del paciente.

Se puede presentar urgencias por el anestésico aun cuando se tomen las precauciones. El síncope, el paro cardíaco, la obstrucción y el paro respiratorio pueden complicar la anestesia general, y tanto el anestesista como el operador deben estar pendientes de los signos de alarma. Si se presenta el colapso se debe suspender la anestesia de inmediato y permitir el paso del aire retirando de la boca todos los empaques y aparatos y los residuos deben ser removidos de la boca. La mandíbula y la lengua deben jalarse hacia adelante, extendiendo el cuello, y la cabeza mantenida hacia abajo y adelante. Se debe dar oxígeno si se presenta una contracción excesiva de los músculos accesorios de la respiración. Si la obstrucción de la respiración no es eliminada se debe hacer una traqueostomía. Si se presenta paro respiratorio o cardiaco se debe tratar de la manera descrita antes.

Es deber de todo cirujano dentista realizar todo lo posible para evitar complicaciones y prevenir el surgimiento de urgencias.

CONCLUSIONES

Para la atención odontológica del paciente. Debemos elaborar una Historia Clínica completa, la cual deberá profundizarse en caso de - sospechar alguna alteración en cualquiera de los aparatos y sistemas. Ya que la Historia Clínica completa sería la mejor medida de preven - ción.

Para controlar una emergencia en el consultorio dental, primero debemos controlarnos a nosotros mismos, para actuar rápidamente y así poder brindarle al paciente una buena atención.

Es deber de todo cirujano dentista trabajar con cuidado para evi - tar complicaciones y prevenir el surgimiento de urgencias. Aun cuando no es posible evitar que ocurran, tanto su incidencia como sus efec - tos pueden reducirse a base de cuidado y destreza.

Una buena comunicación con el paciente es la más importante y de - be manejarse de una manera segura y agradable pero sin disculpas.

Todo cirujano dentista debe estar capacitado en caso de que se presente una emergencia en el consultorio dental.

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

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA

Daniel E. Waite, D.D.S., M.S.
Compañía Continental S.A. de C.V.
México Mayo 1988

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL

Daniel M. Laskin
Medica Panamericana S.A.
Argentina

LA EXTRACCION DENTAL

Geoffrey L. Howe
El Manual Moderno, S.A.
México

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

Dr. William G. Shafer
Dr. Bernet M. Levy
Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.
México 1986

ANALGESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA

J. H. Roberts
J. H. Sowray
El Manual Moderno, S.A.
México 1982