

64
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Accidentes de la Exodoncia

TESIS PROFESIONAL

MARIO ERNESTO GARCIA ARANA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AL DR. ANSELMO APODACA LUGO

Por su valiosa colaboración
al dirigir esta TESIS .



A mi Madre :

Sra. Engracia Arana Vda. de García .
Con agradecimiento , respeto y cariño.
Por la culminación de mi carrera.

A mis Hermanas :

Guadalupe, Carmén , Rosa, Joaquina
Joana, Graciela, Concha, Malena.

A mi Tío:

Sr. Jesús García Ambríz.

S U M A R I O

- I Introducción.
- II Clacificación.
- III Accidentes Inmediatos.
- IV Hemorragia.
- V Accidentes Mediatos.
- VI Trigémينو.
- VII Accidentes del Simpático.
- VIII Conclusiones.
- IX Bibliografía.

CAPITULO I

INTRODUCCION. -

Son muchos y conocidos los factores que obligan a la extracción, pudiendo ser de origen anatómico y patológico, o bien por agente físico-mecánico de traumatismo, ya sea ocasionado por el paciente en un movimiento brusco e inesperado o bien por el mismo operador.

Aunque se considera a la extracción de una pieza dentaria, como una intervención quirúrgica, de apariencia fácil, en ella encontramos infinidad de accidentes, y problemas, que pueden tener origen en las causas señaladas anteriormente.

Es obligación de todo Cirujano Dentista el conocer los accidentes que se le pudieran presentar en el momento de la intervención, y así prever y proteger al paciente, y llegado el caso ejecutar el tratamiento inmediato para recuperar al paciente en caso de accidente.

CAPITULO II

CLASIFICACION. -

Son muchos los problemas que se pueden presentar al efectuar la extracción de un diente.

Para seguir una secuencia clasificaremos a los accidentes de la exodoncia en:

- A. - Accidentes Inmediatos
- B. - Accidentes Mediatos
- C. - Accidentes Simpáticos.

A. - Los accidentes Inmediatos. - Señalaremos que se pueden encontrar desde la preparación del paciente al sentarse al sillón, hasta el momento justo de terminar la intervención.

B. - Los Accidentes Mediatos. - Consideramos a todos aquellos que ocurren después de hecha la intervención. Post-Quirúrgicos.

C. - Los Accidentes Simpáticos. - Todos aquellos que provienen del Sistema Nervioso Simpático.

ACCIDENTES INMEDIATOS

Se dividen en:

I Accidentes Pre-Operatorios

- a) Falta adecuada de Historia Clínica
- b) Por instrumentos.

II Accidentes durante la anestesia

1. - Accidentes relacionados con el anestésico

Accidentes por sobre dosificación o mala indicación de vaso
depresores

Accidentes por patología preexistente.

- 2. - Hematoma.
- 3. - Lipotimia.
- 4. - Síncope.
- 5. - Colapso.
- 6. - Shock.
- 7. - Punción de un nervio.
- 8. - Rotura de una aguja.

III Accidentes durante la Intervención

- a) Sobre los dientes
- b) Sobre los maxilares
- c) Sobre los Tejidos blandos.

ACCIDENTES MEDIATOS

- I : Hemorragia
- II : Dolor Abscesos
- III : Infecciones Alveolitis
- IV : Edema.

ACCIDENTES DEL SIMPATICO

- I : Trastornos de los órganos de los sentidos
- II : Accidentes sobre la menstruación
- III : Accidentes durante el embarazo.

TRIGEMINO

- I : Neuralgia del Trigemino

CAPITULO III

ACCIDENTES INMEDIATOS. -

Se consideran tres divisiones:

- I Accidentes Pre-Operatorios
- II Accidentes durante la Anestesia
- III Accidentes durante la Intervención

I. - Accidentes Pre-operatorios. -

La falta de una adecuada Historia Clínica, o la ausencia de ella, puede traer serias consecuencias al momento de hacer la extracción, o bien en post-operación, en caso de que el paciente sufra, algún estado patológico.

Es por ello que la Historia Clínica en cada paciente es necesaria para un correcto diagnóstico y tratamiento de exodoncia.

Accidentes por Instrumento: Al preparar el bracket o charola, debemos tener principal cuidado en la asepsia y antisepsia tanto en el campo operatorio, como en el instrumental a usar, clasificándose en tres tipos:

- a) Debido a su mala calidad
- b) Por su Hoja demasiado delgada
- c) Por su uso incorrecto.

a) Por su mala Calidad:

Es frecuente que un instrumento de mala calidad se fracture en el momento de la operación, por ejemplo: La desarticulación del forceps en el momento de la extracción.

b). - Por su hoja demasiado delgada:

Pueden haber fracturas de cucharillas y botadores, en el momento de hacer la presión .

c). - Por su uso incorrecto :

Debido a una falta en el uso del instrumental podemos provocar accidentes tanto en la pieza por extraer, como en los adyacentes o antagónistas o bien en los tejidos vecinos blandos o duros.

II .- Accidentes durante la Anestesia :

Deberán reconocerse a tiempo y saber diferenciar los principales accidentes que son :

1. - Cuando son originados por el anestésico; son más duraderos y su desaparición se hará en forma paulatina y lenta .

El Cuadro Clínico generalmente esta formado o representado por : Es - calofrío temblores, visión borrosa, malestar general en ocasiones, dolor de cabeza , urticaria, vómito, náuseas , angustias y hasta baja de la presión o tensión arterial, que podría culminar con el síncope o shock.

Estos percances, dependerán no solo de la cantidad del anestésico, sino de la concentración que esta al alcance en el torrente circulatorio.

Aunque la dosis que generalmente ocupa el cirujano dentista para los procedimientos de rutina es pequeña, la región gingivo dental esta ricamente vascularizada, y puede haber una absorción rápida de la droga , y dar manifestaciones de toxicidad.

Pueden deberse estos accidentes también , a la descomposición del anestésico , que podría estar causada por: el calor, la luz, el oxígeno, o -

los álcalis, cuando esto sucede la solución anestésica cambiará de color tornándose rojisa y amarillenta.

Como precaución deben desecharse todo el sobrante de los cartuchos que se hayan utilizado en una ocasión.

2.- Hematoma : El hematoma consiste en la difusión de la sangre hacia donde se encuentra menos resistencia, siguiendo los planos musculares con respecto a los tejidos vecinos donde se practicó la operación y que se causa por la punción de un vaso.

Puede presentarse con más frecuencia en arterioesclerosos, o personas de edad avanzada debido a la poca elasticidad de la pared de los vasos.

Cuando la punción del vaso es profunda, no se percibe aunque casi siempre se forma inmediatamente, después de la intervención.

Cuadro Clínico : El hematoma se caracteriza por : aumento de volumen de los tejidos al nivel del sitio operado, cambio de color, toma primero un color rojo vinoso, siguiendo a violeta amarillento, el cambio de color dura de 8 a 9 días generalmente.

Tratamiento : deberá colocarse una bolsa de hielo inmediatamente para disminuir el dolor y la tensión. El uso de antiinflamatorios por vía oral o inyectable ayudará a la reabsorción en los tejidos contundidos.

3.- Lipotimia : Es una complicación de origen neurogénico, se le puede considerar frecuente en odontología.

Es un desmayo pasajero, de las funciones cerebrales debidas a una anemia cerebral.

El Cuadro Clínico y Clásico es : palidez, taquicardia, sudor frío, nariz afilada, respiración difícil y dilataciones de la pupila, que tendrá reacción a la luz .

La causa : es el temor y la auto sugestión, es frecuente que personas nerviosas, mal alimentadas y alcohólicas, sufrán dicho síndrome.

En duración es corto, pero si se presentan complicaciones resultan el shock o un síncope.

Tratamiento : se reduce a mantener las funciones vitales respiratorias y cardio vasculares .

a). - Tren de Lemberg : la cabeza de un plano inferior al resto del cuerpo teniendo al paciente recostado .

b). - Mantener las vías respiratorias libres, debe colocarse la cabeza en un plano sagital, en ligera extensión levantamiento del maxilar inferior

Aspirar las regurgitaciones o secreciones. Colocar una cánula faríngea cuando la lengua obstrucciona el juego respiratorio. Una taza de café, con unas gotas de amoníaco es recomendable .

Los casos más serios requieren una inyección de aceite alcanforado o coramina .

Para prevenir este accidente, se debe preparar psicológicamente al paciente, debe hablarsele con suavidad y explicarle paso a paso , de lo que va a sentir suplicándole su colaboración y ganándose su confianza. En algunos casos deberá administrarse una medicación preanestésica, como un sedante .

4.- Síncope : es un estado más complicado que la lipotimia, es un

paro momentáneo de la respiración o del corazón ; aquí habrá pérdida de la conciencia y se caracteriza por desvanecimiento y descenso brusco de la presión arterial .

Es común en pacientes con padecimientos circulatorios arterioesclerosos , e hipertensos .

Deberán de tomarse las mismas medidas que en el caso de la Lipotimia, para su tratamiento, además de recurrir inmediatamente a respiración artificial, analepticos respiratorios y tonicardíacos .

5. - Colapso ; es un debilitamiento súbito y prolongado del músculo cardíaco , ya sea por debilidad o por perdida del tono periférico , existirá una depresión brusca , de la tensión arterial, (para que esto suceda, deberá existir una tensión cardiaca).

Para tratar el colapso circulatorio , deberán usarse aminas presoras y analépticos por vía endovenosa (5 a 10 mg. de metoxamina diluida y fraccionada, 1 mg. de atropina también diluida si hay bradicardia acentuada).

Para esto el dentista debe contar con jeringas estériles como ya hemos dicho y dominar la técnica de inyección endovenosa , la inyección intramuscular no son de utilidad en estos casos, por estar comprometida la circulación sistémica .

6. - Shock : cuando no se reconoce un accidente y no incluye el tratamiento adecuado puede llegar hasta el paro del corazón.

Es muy semejante al colapso , se presenta en personas con aparato circulatorio sano y se diferencia del colapso en que habrá una le

sión conmocional nerviosa y un período intermedio que separa la causa del shock con la aparición de los síntomas .

La duración del shock es mayor que la del colapso , con depresión circulatoria y nerviosa caracterizado por la inmovilidad, indiferencia psíquica.

Raramente se presenta con excitación e intenso delirio y es más frecuente en la anestesia local .

Tratamiento : semejante al de la Lipotimia .

7.- Punción de un Nervio : después de una inyección con regular frecuencia se punza o se atravieza un tronco nervioso, en estos casos, si no hay lesión del nervio, las molestias desaparecerán cuando la sustancia anestésica, se ponga en contacto con el tronco afectado.

Si hay lesión se presentará una molestia de sensación de hormigueo en la mandíbula siendo esto una parestesia post-operatoria.

8.- Rotura de una Aguja de Inyección : se trata de un accidente poco común en la practica diaria, cuando este accidente ocurre se debe a :

Agujas oxidadas, agujas dobladas y agujas con mucho uso, o de mala calidad, movimientos bruscos e intempestivos del paciente, y por contracción de músculos internos, como son el pterigoideo interno.

Como medida preventiva, se indica no introducir totalmente la aguja, en caso de rotura, tirar de la parte saliente o anterior a ella.

Cuando se ha roto la aguja y no se le ve exteriormente, y además se han hecho algunos movimientos, se deben tomar radiografías - intraorales y en ocasiones extraorales, de frente y perfil, habiendo colocado antes una aguja guía, colocada siguiendo la misma técnica y dirección que en la aguja rota.

Una vez observada la dirección y altura de la aguja guía con relación a la aguja rota, en la radiografía se practica una incisión vertical, hasta encontrar el objetivo, que se extrae con unas pinzas de-

allis, o pinzas de kocher, una vez lograda la extracción se separa la aguja guía y se sutura con puntos simples.

III : Accidentes durante la Intervención. -

Estos se pueden localizar:

- a) Sobre los dientes
- b) Sobre los maxilares
- c) Accidentes sobre los tejidos blandos.

d) Accidentes sobre los dientes. -

La fractura de la pieza por extraer, es el accidente más frecuente, durante la operación quirúrgica. Se puede observar varios tipos de fractura:

Fractura Coronaria

Fractura Radicular

Fractura Apical.

Razones de la fractura sobre el diente. -

Hay muchas razones por las cuales se pueden fracturar las raíces dentarias.

Entre ellas pueden ser consideradas las siguientes:

I. - Aplicación incorrecta de los mordientes de la pinza de extracción esto es:

a) Colocación de los mordientes sobre el esmalte, en vez del cemento.

b) Colocación de los mordientes no paralelos al eje del diente.

2. - Forceps que no corresponde a la pieza por extraer
3. - Caries extensa que da menor resistencia a la pieza
4. - Fragilidad en la pieza, debido a la edad del paciente, a ob-
turaciones en el conducto radicular, o desvitalización en el diente
en niños y jóvenes hay mayor resistencia que en adultos donde e-
xiste mayor calcificación y mayor posibilidad de fractura.
5. - Por formaciones Radiculares anormales o peculiares como
son: Raíces curvas, Hipercementosis, Raíces supernuméricas.
6. - Densidad excesiva en el hueso de soporte, debido a:
 - a) Osteitis Condensante. - (Se observa radiopacidad en la
radiografía)
 - b) Dientes aislados. - Por extracción de piezas contiguas,
que también presentan engrosamiento del tejido óseo.
 - c) Dientes pilares de puentes fijos o removibles sometidos
a gran esfuerzo.
7. - Aplicación incorrecta o técnica defectuosa, al hacer la fuer-
za para la extracción, tomando en cuenta estos factores, para llevar
a feliz término la extracción, debemos observar medidas preventi-
vas. como son el uso de radiografías, podremos practicar la Odon-
to sección, y hacer uso de elevadores y raigóneras para retirar los
fragmentos radiculares así como, técnica y Forceps adecuado.

II. - Fractura y Luxación de dientes vecinos. -

El origen principal de este tipo de accidentes, es el uso de Forceps

y elevadores al usar los dientes contiguos como punto de apoyo, y la presión ejercida al hacer movimientos laterales o circulares sobre la pieza por extraer y que es transmitida a los dientes vecinos provocan do luxación o bien fractura de la corona, debilitada por caries o por obturaciones también puede producirse fractura de la pieza o piezas antagonistas, al escapar el diente extraño o safarse al Forceps y por excesiva fuerza chocar y fracturar el diente antagonista.

En caso de que esto suceda, se procederá a hacer la ferulización de pieza o piezas luxadas por los procedimientos usuales, si existe exposición pulpar debido a fractura coronaria, se debiera hacer pulpotomía o pulpectomía necesaria.

III. - Extracción erronéa de la pieza. -

Aunque no con frecuencia, puede ocurrir el que se extraiga una pieza por otra, esto se debe a que el paciente insiste en que le duele esa pieza, y puede ocurrir cuando existe dolor reflejo o irradiado de la arcada antagonista u otra pieza, por esto debemos hacer un minucioso exámen visual objetivo de la pieza por extraer.

IV. - Desalojamiento de Aparatos protésicos. -

Podemos, provocar este accidente, cuando tomamos como punto de apoyo una pieza contigua, que sirve como pilar de una prótesis.

Cuando nos encontramos ante esta situación debemos actuar con gran precaución, cuando se trata de un puente móvil, procederémos a retirarlo, antes de proceder a efectuar la extracción:

B. - Accidentes sobre los Maxilares. -

- I. Fractura del Reborde Alveolar
- II Fractura de la Mandíbula
- III Fractura de la Tuberosidad de Tuberosidad del Maxilar
- IV Luxación de la Mandíbula
- V Perforación en el Seno Maxilar
- VI Penetración o alojamiento de una raíz en el seno Maxilar.

I. - Fractura del Reborde Alveolar. -

Se puede considerar como frecuente la fractura del reborde, al momento de la exodoncia, del tipo de fractura, depende la gravedad del caso, se puede presentar que con la pieza extraída, se elimine también el trozo del hueso, y no habrá mayor trascendencia aunque se recomienda el limado del reborde óseo para que no exista aristas.

En caso de que el trozo de hueso se quede adherido al alveolo, entonces deberá retirarse el secuestro, para evitar la inflamación del proceso que infeccione posteriormente.

Otro motivo de fractura del reborde alveolo, se debe a la divergencia de raíces de algunos molares, si se tienen antecedentes radiográficos, deberá practicarse la Odontosección y extraer parte por parte la pieza dental.

Un caso de fractura del reborde alveolar, es cuando se causa obligadamente debido a la retención de un resto apical, entonces para su mejor extracción fracturamos el reborde alveolar.

Ya sea el caso que intencional o accidentalmente se fracture el reborde, deben eliminarse los bordes y aristas que existan para una mejor y más rápida cicatrización del alveolo.

Cuando la fractura es extensa e interesa las raíces contiguas, deberá ser cubierto con encía el tejido expuesto y suturarse.

II. - Fractura Mandibular. -

Es un accidente que también se puede presentar al momento de hacer extracción, generalmente del tercer molar o dientes retenidos.

Y se debe a que existan causas locales y generales que predisponen a la fractura, que se presenta cuando se aplica fuerza durante la extracción.

En caso de fractura deberá hacerse el tratamiento usual para estos casos, dependiendo del grado y clase de la fractura.

III. - Fractura de la Tuberosidad del Maxilar.

En la extracción del tercer molar superior y sobre todo en los retenidos, por el uso de elevadores aplicados con exceso de fuerza, la tuberosidad o parte de ella puede ser desprendida acompañando al molar.

En este caso, puede abrirse el seno maxilar dejando una comunicación bucosinusal, cuya obturación requiere un tratamiento apropiado.

Con frecuencia suele suceder que el segmento fracturado, no se desprenda y quede adherido a la encía, en este caso se buscará la coaptación del fragmento, esperando que solde con el resto del maxilar.

IV. - Luxación de la Mandíbula.

Es la pérdida de la relación de las superficies articulares del cóndilo y mandibular y la cavidad glenoide temporal. O sea la salida del cóndilo de su superficie articular.

Llega a ocurrir cuando se practica la extracción de una pieza inferior o bien al uso de abre bocas en pacientes bajo anestesia general.

La luxación puede ser; Unilateral o bien Bilateral. El diagnóstico es fácil de obtener; no podrá haber contacto entre las dos arcadas, la barba se proyectará hacia abajo y delante y los carrillos se verán aplanados. A la palpación por delante del tragus sentiremos una depresión, que en estados normales era ocupada por el cóndilo de la mandíbula y por delante de esta depresión se encontrará una saliente, que será del cóndilo desplazado.

El maxilar luxado, podrá volver a ser ubicado en su sitio. Se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria de la mandíbula, e imprimiendo fuerza se producirán dos movimientos, en cuya combinación se obtiene la restitución normal de las relaciones, maxilar mandíbula. Un movimiento hacia atrás y arriba.

Reducida la luxación puede continuarse la operación, vigilando la posibilidad de un nuevo accidente.

V. - Perforación en el Seno Maxilar.

Durante la extracción de premolares y molares superiores puede -

abrirse el piso del seno, esta perforación adquiere dos formas: accidental o instrumental.

En el primer caso y por razones anatómicas de vecindad de la pieza con el piso del seno, al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación. Inmediatamente se advierte porque la sangre sale burbujeante y a veces hay hemorragia nasal del lado correspondiente y al aspirar con fuerza el enfermo dice que le pasa el aire de la boca a la nariz y se percibe el ruido del aire al pasar del seno a la cavidad bucal.

En el segundo caso, el instrumento de exodoncia; cucharillas elevadores, etc., pueden perforar al piso sinusal, desgarrando la mucosa del antro, estableciendo así la comunicación.

Hecha la comunicación, se debe taponar el alvéolo con gasa yodoformada, teniendo cuidado de que esta no entre al fondo, para permitir que se forme un coágulo, de no ser así se deberá realizar una plástica del alvéolo para reintegrar el estado normal del seno.

Si existe salida de pus del seno, debemos buscar la canalización, será contraindicado el taponamiento y remitiremos al enfermo con un especialista.

En caso de formarse el coágulo, se suministrará el antibiótico indicado para el caso y se observará el proceso de cicatrización subsecuente.

C. - Accidentes sobre los Tejidos Blandos.

1. - Desprendimiento de la encía y desgarradura.

2. - Contusión de labios.

3. - Heridas en lengua, labios y carrillos.

1. - Desprendimiento y desgarradura de la encía:

Se debe frecuentemente a la brusquedad, en ocasiones por la falta de criterio profesional, del operador, ya que en ocasiones se deslizan instrumentos de la mano del operador, ya sea por cansancio después de un laborioso trabajo como lo es una operación o bien por un descuido, y herir la encía o partes blandas vecinas, si hay desprendimiento de encía o desgarraduras, deberá suturarse, o poner apósito quirúrgico.

2. - Contusión de labios:

Esto puede ocurrir si no se tiene cuidado de separar el labio al momento de colocar el forceps, y efectuar la luxación del diente a extraer, entonces, se estará aplicando una presión sobre el labio - si el paciente no está anestesiado en esa zona nos podrá sobre aviso pero si está anestesiado no sentirá dolor y la contusión será más grave, llegando a producir Hematoma, Post-Operatorio.

También puede ocurrir esto al jalar con fuerza el forceps en en piezas unirradiculares, y ocurre que se desprende y golpea el labio o los dientes antagonistas.

3. - Heridas en lengua, labios y carrillos:

También por las mismas causas que en el anterior accidente - sólo que estas heridas pueden ser de dos formas:

1. - Punzantes

2. - Cortantes.

1. - Punzantes. - Se producen generalmente con el botador y es producto de una fuerza aplicada en exceso, y en el paladar, piso de la boca o carrillos.

2. - Cortantes. - Las heridas cortantes son producidas por bisturí -- cuando el paciente, inconscientemente, al sentir el dolor efectuará movimiento brusco de su cabeza, ocasionando fácilmente el accidente.

CAPITULO IV

HEMORRAGIAS

HEMORRAGIA.

Aunque la hemorragia entra dentro de los Accidentes Mediatos, la consideramos en un capítulo aparte, ya que es de suma importancia.

Consideramos la hemorragia como la falta de coagulación de la sangre y la no formación de coágulo.

Una coagulación insuficiente, inadecuada ó incompleta puede ser ocasionada por una deficiencia cualitativa ó cuantitativa de uno de los factores que intervienen en su mecanismo.

Puede haber sangrado anormal, cuando hay deficiencia de plaquetas, no hay globulina antihemofílica (AHG), se observa deficiencia de los factores de conversión de la protrombina, ó de los aceleradores de la fibrina. Algunas veces existen los inhibidores de la formación de la tromboplastina. Ocasionalmente la administración exagerada de Dicumarol u otros inhibidores de este tipo, pueden interferir en la producción hepática de protrombina.

En Odontología consideramos la hemorragia como un accidente de post-extracción. Y puede ser inmediata o primaria o bien mediata o secundaria; y deberse a causas generales o locales.

Teniendo en cuenta el momento en que se produce la hemorragia es inmediata si se presenta en el acto operatorio o un poco después; y mediata si es posterior a la formación del coágulo y su adhesión, y en este caso a las paredes del alveolo.

Las causas como dijimos pueden ser generales o locales.

Fisiologicas

Generales

Patologicas.

Estados congestivos en la zona de la extracción.

Locales

Accidentes Transoperatorios.

Si se presume que pueda presentarse un sangrado, en un paciente, debido al interrogatorio e inspección de la H.C., se recomienda practicar las siguientes pruebas de laboratorio; tiempos de sangrado y de coagulación y de protrombina, recuento de plaquetas, prueba del torniquete y de tiempo de retracción del coágulo. Todas son con excepción del tiempo de protrombina pruebas relativamente sencillas y proporcionan la información necesaria de ello para un diagnostico adecuado y para el manejo anterior de la mayoría de los pacientes.

Causas Fisiologicas.

Edad. - En niños los vasos tendran una luz muy amplia así como un tejido oseó muy poroso por lo que habra mayor cantidad de sangre y la hemorragia será mas intensa. En las personas de edad muy avanzada estarán predispuestas porque las tunicas de los vasos estan esclerosados y han perdido elasticidad, por lo que no habrá contracción que impida la salida de sangre, y por lo tanto la hemorragia será más intensa.

Sexo. - El hombre esta más propenso a la hemorragia que la mujer porque esta está más adaptada a las pérdidas de sangre.

Incluiremos en estas causas, la menstruación y el embarazo -

en los cuales la hemorragia obedece a el estado congestivo de la s mucosas del organismo.

Causas Patológicas. -

Las hemorragias patológicas representan el papel más importante y complejo en la etiología de las hemorragias.

Presión Sanguínea.

Composición de la Sangre.

Alteraciones del Tejido Sanguíneo.

Desequilibrio cualitativo y cuantitativo.

Alteraciones Hepáticas

Lesión de la Túnica de los Vasos.

Indole de la Lesión.

Alteraciones renales que traen discracias sanguíneas.

Entre las causas que modifican la coagulación tenemos :

Estados caquéticos, Anémias perniciosas y aplásicas.

Aquellas enfermedades específicas en las cuales se pueden presentar hemorragias de la cavidad bucal, son leucemias, púrpura trombocitopénica, hemofilia atípica, trombastenia, policitemia, escorbuto, enfermedades hepáticas y deficiencia de Vit. K .

En los pacientes con enfermedades hemorrágicas, las extracciones y otros procedimientos quirúrgicos deben practicarse en el hospital bajo la vigilancia directa de un medico.

Púrpura Trombocitopénica.

Se conocen los tipos primarios y secundario de púrpura trombocitopénica.

Etiología. - En la púrpura trombocitopénica o primaria se observa disminución patente en el número de plaquetas circulantes, pero la etiología específica es oscura. Se ha señalado que la actividad anormal del brazo es importante en su desarrollo. En la púrpura trombocitopénica secundaria el número de trombocitos circulantes puede estar disminuido como un resultado de alergia a las drogas, de tumores óseos, de infecciones graves y otras causas mal definidas.

Manifestaciones Clínicas. - Los datos del laboratorio son de suma importancia en el diagnóstico. Los estudios sanguíneos dan como resultado una disminución del número de plaquetas, tiempo prolongado de sangrado el de coagulación normal, retracción insuficiente del coagulo, - prueba del tronquete positiva y tiempo normal de protombina. Si hay anemia es proporcional a la pérdida de sangre; al principio es normocítica y más adelante puede ser hipocrómica y micrócitica. Puede haber leucocitosis leve.

El comienzo el curso de la enfermedad son variables y al principio puede manifestarse por enfermedades cutáneas ocasionadas por traumatismos pequeños que dan lugar a petequias, áreas de equimosis e incluso hematomas. La hemorragia puede ser interna, en el tubo digestivo, en el aparato genito-urinario o intracerebral, con resultados fatales.

Las manifestaciones bucales, pueden ser muy notables, a veces se observa hemorragia gingival intensa que puede ser la primera prueba de trombocitopénia. En los márgenes de la encía, puede haber hemorragia capilar, pequeñas y múltiples áreas purpúricas que no se decoloran la

presión y no son raras las hemorragias pulpaes.

Tratamiento : la esplenectomía es el tratamiento de elección para la púrpura idiopática. En la forma secundaria es necesario eliminar el agente causal y en este caso la esplenectomías no esta indicada .

A veces, después de la extracción de los dientes, se necesitan transfusiones sanguíneas en pacientes con tendencias hemorrágicas graves . Es importante hospitalizar estos pacientes antes de la intervención quirúrgica para que pueda administrarse el tipo sanguíneo adecuado en caso necesario . Si fracasan los métodos usuales para controlar la hemorragia puede ser necesario construir una férula de acrílico que cubra el área y mantenga una presión adecuada hasta que aparezca la coagulación .

Trombastenia : en años recientes se ha descrito un padecimiento de las plaquetas llamado trombastenia.

Etiología : es desconocida .

Manifestaciones Clínicas : este es un trastorno hemorrágico hereditario, en el cual el único dato anormal de laboratorio es tiempo - de sangrado muy prolongado que se cree producido por un aumento de la resistencia de las plaquetas (ruptura) que se observa en números - normales .

En pacientes con esta enfermedad pueden presentarse hemorragias intensas después de las extracciones dentarias .

Tratamiento : se han usado como método terapéutico las trans

fusiones de plaquetas de donadores con policitemina vera.

Hemofilia: la hemofilia es bien conocida como una causa de bien espontáneo y ocasionado por traumatismo.

Etiología: la hemofilia es una enfermedad hereditaria, de etiología, desconocida que aparece solamente en el hombre.

Manifestaciones clínicas: este trastorno se caracteriza por tiempo normal de sangrado y de protrombina, número de plaquetas, retraction del coágulo y prueba del torniquete normal. Se cree que el tiempo de coagulación prolongado en la hemofilia típica es el resultado de la falta de globulina antihemofílica en el plasma. En la hemofilia tipo Christmas, el aumento en el tiempo de coagulación se debe a una disminución del componente de tromboplastina de plasma del (PTC).

Se pueden producir hemorragias lentas y continuas con sólo un traumatismo ligero en la cavidad bucal o en cualquier otra parte del cuerpo.

La extracción de un diente puede conducir a una hemorragia fatal e incontrolable. También pueden presentarse hemorragias internas y el sangrado en los espacios articulares da por resultado anquilosis permanente y deformidad.

Para determinar el tiempo de coagulación se recomienda utilizar sangre obtenida por venipuntura, ya que el capilar puede dar resultados erróneos.

Tratamiento: Debe evitarse toda cirugía innecesaria, ya que no siempre tiene éxito el control de un sangrado. Para normalizar la

coagulación son muy importantes las transfusiones de sangre o plasma que contengan globulina antihemofílica. Algunos pacientes con hemofilia desarrollan anticuerpos contra la globulina antihemofílica, y el plasma no tiene ninguna influencia sobre la coagulación. La aplicación local de Gelfoam, esponja de gelatina espuma de fibrina o trombina puede ser útil, también se pueden utilizar férulas de acrílico.

El manejo adecuado de estos pacientes sólo puede afectarse en un hospital donde se cuenta con todo el equipo necesario y las facilidades para tratar las emergencias ocasionadas por la pérdida de sangre.

Seudohemofilia. -

La pseudohemofilia es otra discrasia sanguínea, en la cual el tiempo de coagulación está prolongado. Este padecimiento aparece en ambos sexos y puede ser transmitido a las subsiguientes generaciones por cualquiera de los dos. La pseudohemofilia se usa también para denominar una alteración que puede ocurrir en cualquiera de los sexos, y está relacionada con un tiempo de sangrado marcadamente largo y un tiempo normal de coagulación. La perturbación fundamental en esta forma de pseudohemofilia es la presencia de asas capilares irregulares, que no se retraen después de una lesión.

Manifestaciones Clínicas. - Se ha demostrado que pacientes con este primer tipo de pseudohemofilia tienen deficiencias en el componente tromboplástico del plasma (PTC) o quizás del antecedentes (PTA).

Se observan los mismos problemas dentales que se presentan en la hemofilia.

Tratamiento : la globulina antihemofílica no es capaz para controlar el sangrado ; y no dan resultados , la sangre entera ni el plasma conteniendo compuesto tromboplástico del plasma.

Enfermedad de Osler :

La enfermedad de Osler o telangiectasia hereditaria hemorrágica es una discrasia sangrante rara, relacionada con efectos vasculares más que con defectos sanguíneos .

Los tipos de hemorragia que probablemente son los más molestos después de la extracción , están constituidos por los pacientes hemofílicos y personas de hipertensión arterial .

Cuando se sospecha de que pueda existir sangrado anormal en un paciente se recomienda hacer las siguientes pruebas de laboratorio:

Tiempos de sangrado , tiempos de coagulación, recuento de plaquetas y tiempo de retracción del coágulo, para un diagnostico y mejor tratamiento .

Manifestaciones Clínicas :

Se observan angiomas multiples de la piel de - -

La piel de la mucosa bucal, labios estructuras internas u órganos. La enfermedad generalmente aparece en pacientes de 20 a 30 años y es característica la hemorragia intensa. De traumatismos leves pueden resultar hemorragias recurrentes intensas en la cavidad bucal.

Tratamiento: Pueden emplearse medidas locales para controlar la hemorragia, tales como coagulación eléctrica o química. Se dice que con el uso diario de rutina se han obtenido diversos grados de éxito en el tratamiento de esta enfermedad.

CAUSAS LOCALES.

Estas obedecen a estados congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, focos de osteitis, pólipos gingivales, lesiones gingivales, ocasionadas por parodontosis, gingivitis, herida desgarras de la encia, esquirlas o trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida. En ocasiones es un grueso tronco ósea arterial el que sangra, o la hemorragia se debe a múltiples vasos capilares lesionados por la operación.

Los anestésicos juegan importante papel en la hemorragia pues los hay con vasodilatador o con vasoconstrictor; los primeros aumentan la hemorragia y los segundos contrayendo el vaso hacen más difícil la hemorragia. La sangre pérdida puede poner en peligro la vida, la cantidad para ello es aproximadamente un tercio de su total, o sea que un litro y cuarto de sangre pérdida es peligroso, la pérdida de un litro y medio de sangre puede considerarse mortal.

SINTOMATOLOGIA .- La hemorragia puede ser : lenta ó profusa; si es lenta los síntomas son palidez, boca-seca, náuseas y calosfríos

En las hemorragias profusas dan lugar a náuseas, síncope y muerte por anemia.

En este tipo de hemorragia el pulso aumentará progresivamente en rapidez y debilidad, existirá un descenso de la presión sanguínea hay disnea, intensa sed, frialdad en la extremidades y agotamiento físico, la respiración se hace débil, la piel y mucosa palidecen y enfrían, se presentan vértigos y cefalalgia, en los casos en que estos signos se acentúan sobreviene el shock ó la muerte.

Tratamiento:

1. - Cohibir la hemorragia. - podemos emplear diferentes métodos como son, la presión en la que utilizaremos un pedazo de gasa, si esto no cohibe la hemorragia podemos usar un medio químico, como la espuma de fibrina, que se empace en el alveolo, también podemos usar oxixel, novocel, surgicel, etc. que tienen la ventaja de no removerse - pues son absorbibles.

Podemos utilizar también como prevención la aplicación de vitamina K que no actúa en forma directa sobre la coagulación sino sobre el hígado estimulando la producción de trombina, en la misma forma podemos usar el trombosil K. y el Serpentase por vía I. M. ó I. V.

2. - Restablecer el volumen sanguíneo: cuando la pérdida de sangre ha sido cuantiosa se podrán hacer transfusiones de suero fisiológico ó plasma, en casos más graves se puede hacer transfusiones sanguíneas.

CAPITULO V.
ACCIDENTES MEDIATOS .

I : HEMORRAGIA.

II : DOLOR.

El dolor inmediatamente después de la extracción puede estar causado por una infección previa del área o por el trauma operatorio.

El dolor que aparece dos o tres días después de la extracción suele ser índice de infección, y se hace más aguda a partir del tercer día, continua siendo intenso durante cuatro o cinco días y generalmente desaparece hacia el décimo o duodécimo día, si bien puede subsistir hasta dos o tres semanas .

En el tratamiento se recomienda el uso de analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos y en algunos casos la limpieza de la cavidad y remoción, y restos óseos o dentarios.

III : INFECCIONES .

a). - Absceso.

b). - Alveolitis.

Ocasionalmente, la zona de operación se infecta siendo esta la complicación más molesta después de la extracción, y su forma más común es la Alveolitis, es decir la infección putrida del alvéolo dentario, que puede extenderse al tejido óseo vecino, provocando periostitis, osteitis y hasta osteomielitis .

Los tejidos blandos pueden ser también involucrados provocando adenitis, además abscesos, flegmones, etc..

Alveolitis.

Cuando la exploración de la cavidad revela un coágulo de olor fétido, en fase de desintegración y con reacción inflamatoria de los tejidos adyacentes. A este proceso se le denomina Alveolo Seco, siendo en realidad una Osteitis Local .

En su desarrollo intervienen varios factores como son la inflamación infecciosa, acción tóxica de algún medicamento o anestésico y la causa principal que es el traumatismo .

Cuadro Clínico .

Dolor intenso, y a veces dolor neuralgico intermitente, el tejido óseo que forma el alvéolo o parte de él, se necesita , el exámen médico clínico denota que hay ligera tumefacción en los tejidos blandos la superficie interna del alvéolo esta desprovista de tejido cicatricial, el hueso esta descubierto y tiene aspecto necrótico, el muco periostio ofrese un borde ligeramente inflamado e irregular y permanece separado del hueso .

La cavidad no se encuentra realmente seca pues hay afluencia después y residuos de olor desagradable, la cicatrización es tardía y existe dolor intenso .

Tratamiento.

Para prevenir esta afección se debe tener cuidado de observar y explorar el alvéolo hasta comprobar la formación correcta del coágulo sanguíneo .

La cavidad seca dolorosa, debe irrigarse con solución salina caliente, se aplicará después una compresa de gasa yodoformada saturada de eugenol o guayacol con glicerina. A diferencia del apósito - que se aplica para la hemorragia, la gasa se coloca aquí suavemente en el fondo de la cavidad de tal forma que su acción sedante sea eficaz sin retrasar la granulación de la herida, debe aplicarse un nuevo apósito cada dos días hasta que mejoren los síntomas, se utiliza - también un apósito quirúrgico de Wondrpeck, cuya composición tiene una acción sedante y germicida lo cual nos ayudará a una rápida me- jo ría este apósito deberá cambiarse cada setenta y dos horas y se ob-- ten drán mejores resultados.

Esta indicado el uso de analgésicos grandemente en la vía - general, y en ocasiones el empleo de antibióticos ayudarán grande-- mente en la me jo ría del paciente.

Abcesos. -

Es una complicación de la extracción que podrá situarse en diversos lugares anatómicos, y entonces veremos Abcesos Mucosos, - Gingivales o Cutáneos, según fistulicen, sobre piel o mucosa, se pue de n div id i r en submucosos y subperiosticos, dependiendo el lugar don d e se encuentre el pus.

En cualquier caso se deberá hacer la debridación del absceso, canalizarlo y si es necesario se administrará algún antibiótico.

IV.- EDEMA. -

Tumefacción Postextracción, suele ser el resultado del trau-

matismo de los tejidos blandos y óseos y generalmente no hay mucho dolor ni sensibilidad. Puede haber reacción febril ligera, con poco o nulo, malestar.

Tratamiento.- Se aplican bolsas de hielo en la cara durante media hora, cad hora, durante el primer día post-operatorio, si el enfermo presenta nerviosidad se le administra un sedante por ejemplo fenobarbital.

Las inyecciones de hialuronidasa, (punción en el área de hinchazón 150 V.) pueden ser utiles para reducir el edema traumático , pero nunca se emplearán si hay infección .

Ocasionalmente, la zona de tumefacción traumática se infecta pudiendo causar celulitis, que exige la incisión y drenaje. Una complicación poco frecuente es la Angina de Ludwig . El aumento de la tumefacción al tercer día es indicio de infección, si se presenta fiebre alta estan indicadas la penicilina o bien la administración de sulfamidas , así como el reposo en cama y dieta blanda .

CAPITULO VI.

TRIGEMINO.

Trigémino .

Es de suma importancia dentro de la Odontología ya que juega un papel importante en cualquier intervención dentaria.

El trigémino, es un nervio mixto, con un componente motor y dos sensitivos .

La raíz motora suele recibir el nombre de nervio masticador por que se encuentra distribuida en los músculos de la masticación, incluyendo el milohioideo y el vientre anterior del digástrico, en la raíz motora se hallan también fibras propioceptivas cuyos receptores se encuentran en los músculos de la masticación y, probablemente, en otros músculos de la cara y receptores de presión relacionados con los dientes. Sus células de origen están en el núcleo mesenfálico del Trigémino.

Este es el único caso en que hay neuronas receptoras en el sistema nervioso central. Por lo general, se encuentran en los ganglios craneales o raquídeos.

La voluminosa raíz sensitiva del trigémino está formada por las prolongaciones centrales de las células unipolares del ganglio de Gassen. Estas neuronas terminan en el principal núcleo sensitivo o en el núcleo raquídeo del Trigémino .

Forman el componente aferente somático general, el cual constituye la inervación sensitiva general para la frente, la cara, la nariz, los senos para nasales, el paladar, la cavidad bucal, los dientes y los dos tercios --

anteriores de la lengua, transmitiendo los impulsos de los receptores del tacto, del dolor y del calor.

El ganglio que se encuentra en la raíz sensitiva del Trigémino - recibe el nombre de ganglio de Gasser, por el nombre de su descubridor - también se le llama semilunar, debido a su forma.

Este ganglio ocupa una depresión en la cara anterior del peñasco a mitad de la fosa craneal. Se aplan a en la fosa ósea y toma la forma - de una lúnula, que es cóncava de adelante a atrás y de un lado a otro.

Anteriormente, el ganglio se divide en tres partes, y de aquí su - nombre (Trigémino), que se aplica a todo el nervio. Sus tres divisiones - son:

1. - Rama Oftálmica. - Lagrimal, frontal, Nasociliar.
2. - Rama Maxilar
3. - Rama Mandibular.

Las dos últimas divisiones son las que más importancia tienen para nosotros.

La rama maxilar desprende a su vez tres ramas de la fosa Pterigopalatina y son:

- a). - Cigomática
- b). - Esfenopalatina
- c). - Alveolar Superior Posterior (Medio y Anterior).

De los nervios alveolares superiores medios, se distribuyen ramas a los premolares y a la raíz mesio-bucal del primer molar.

El nervio alveolar superior anterior nace del nervio suborbitario, - a poca distancia detrás del agujero suborbitario, corre hacia abajo en un -

canal de la pared anterior del seno maxilar y se divide en dos ramas: - incisiva y cuspidal.

Se une al nervio alveolar superior medio y a una rama nasopalatina del ganglio esfenopalatino.

Hay una rama del alveolar superior anterior que pasa por un pequeño canal en la pared media del seno maxilar, entra en la fosa nasal e inerva la mucosa de la parte anterior del conducto inferior y el suelo de la nariz.

División Mandibular. -

La tercera división del ganglio de Gasser y el nervio masticador (raíz motora) pasan por el agujero oval y se unen para formar el nervio mandibular.

El tronco común del nervio mandibular es corto, pues sólo se extiende la de 2 a 4 milímetros antes de dividirse en una rama anterior y otra posterior.

La división anterior es principalmente motora, e inerva a los músculos masetero, temporal y pterigoideo externo. Y solamente un nervio sensitivo, el buccinador que forma la parte sensitiva general de toda la mucosa bucal, incluyendo los repliegues mucobucales, superior e inferior y la encía hasta el vestíbulo, y la comisura de la boca, en tanto que otras ramas inervan la piel del carrillo.

La división posterior está formada en gran parte por fibras sensitivas, y dos grandes ramas: Mentoniana e Incisal. - transmite el dolor.

CAPITULO VII.

ACCIDENTES DEL SIMPATICO.

Accidentes del Simpático.

Son todos aquellos que provienen del Sistema Nervioso Simpático.

A). - Neuralgias.

Paroxismos de dolor agudo en la zona de distribución de un nervio sensitivo periférico; generalmente no es posible encontrar una base etiológica ni alteraciones morfológicas.

(Con frecuencia en este término se emplea incorrectamente como sinónimo de " Neuritis ").

Neuralgia del Trigémino. - Este signo doloroso paroxístico, - localizado o difuso en la parte que inerva el quinto par, se puede presentar después de la extracción dentaria.

En estos casos las terminaciones nerviosas pueden quedar apri-
sionadas en el tejido cicatricial o en la intimidad del hueso, debido a las osteitis concensantes.

También pueden presentarse acompañando a los accidentes descritos anteriormente (heridas , fracturas, etc.). La Neuralgia se localiza en una sola rama del nervio trigémino . Las ramas maxilar superior y maxilar inferior, son las afectadas, la rama oftálmica suele - presentar el trastorno como secundario, a la afección del máxilar superior .

Hay dolor a la presión en los puntos de Valleix (sub-orbitario y supra-orbitario y mentoniano). Cuando se toca estas zonas se desencadena , un ataque de dolor . También puede ocurrir lo mismo por

exposición al frío , al hablar, comer, o beber.

Una vez pasada la crisis no existe dolor franco, aunque el nervio sigue doloroso a la presión , hay hiperestesia cutánea, en tanto que la crisis neurálgica se acompaña con cierta vasodilatación localizada en el temario doloroso .

La duración de las neuralgias no tiene tiempo definido , puede durar días o semanas aunque se considera una duración de dos semanas tendiendo a atenuarse o desaparecer, pero esta sujeta a recidiva.

Tratamiento .

Consiste en la administración de analgesicos como Aspirina 0.6 g , Codeina 30 a 60 mg. Metadone 5 a 15 mg. , 50 a 100 mg. , por vías oral , aunque solo alivia temporalmente.

La inyección del alcohol al 98 % en el punto de salida de la rama del cráneo (base del cráneo) puede abolir el dolor durante un período que llega hasta 18 meses.

Se utiliza también la Diatermia por electricidad comprende corrientes continuas y rayos ultravioletas .

B. - Trastornos en los órganos de los Sentidos. -

Otalgia. - es a menudo el resultado de una neuritis. Cuando el paciente refleja y señala dolor en el oído, generalmente es debido a la propagación infecciosa o a un dolor reflejo, que resulta común en los casos de alveolitis y neuralgias, que siguen en algunos casos a la extracción.

Trastornos Oculares. - Algunas ocasiones, se presentan molestias y dolor oftálmico o alrededor de la órbita, siendo provocado seguramente por infecciones que tienen su origen por vía sanguínea o linfática.

Durante la extracción se pueden causar accidentes que provocan una sinusitis o bien una osteomielitis que por su propagación o localización determinan molestias a los órganos de los sentidos.

C. - Accidentes durante el Embarazo.

En la actualidad existen muchas dudas en algunos Cirujanos Dentistas, en la pregunta acerca de cuando será sometida a intervención quirúrgica una embarazada, y es algo que preocupa a muchos profesionistas, este temor se debe principalmente al riesgo de provocar un aborto o un parto prematuro, y secundariamente en el temor de causar daños físicos a la criatura. Esto resulta falso, ya que se han realizado estadísticas, que llegan a la conclusión de que en mil embarazadas, en que se habían practicado tratamientos quirúrgicos bucales, se mostró que solo un caso, en que se practicó el tratamiento quirúrgico, fuera la causa de alguna agravación o complicación del embarazo.

Sin embargo existe una gran contraindicación, la emotividad.

Una paciente con gran stress emocional, que se transforma en miedo, es una paciente predispuesta a alguna complicación o bien a un síncope.

Es por ello que se vuelve a insistir en el tratamiento psicológico antes de cualquier intervención quirúrgica.

El Cirujano Dentista debe tener en cuenta estas consideraciones y no acobardarse y cumplir su misión, que es la de eliminar todo foco séptico bucal, y así salvaguardar la salud de la futura madre y del feto.

Consideraciones:

1. - Tratamiento de Emergencia.
2. - Tratamiento necesario aunque no de Emergencia.
3. - Tratamiento de Elección.

1. - Cuando hay presencia de dolor, se debe hacer el tratamiento de Emergencia, ya sea quirúrgico o de otro tipo para eliminar el dolor y su causa y se debe hacer en cualquier etapa del embarazo.

2. - Cuando existe un absceso periapical crónico, requiere un tratamiento necesario, aunque no de emergencia, se puede efectuar durante el segundo trimestre de embarazo.

3. - En los demás casos el tratamiento de elección deberá efectuarse preferentemente entre el tercer y sexto mes del embarazo, ya que; durante el primer trimestre hay náuseas y vómitos hecho que dificulta la tarea del Cirujano Dentista, y en el último trimestre la paciente no conciente permanecer mucho tiempo sentada en la misma posición.

Se deben tomar precauciones en la administración de medicamentos, que puedan ocasionar trastornos fetales, así como también el uso de vasoconstrictores en el anéstesico, aunque en Odontología, el anestésico local es lo indicado, debe tomarse en cuenta que el vasoconstrictor en dosis altas aumentará la concentración de la droga en el torrente sanguíneo materno, llegan a producir síntomas nerviosos centrales idénticos a los que podrían ocurrir en el feto, o bien provocar contracciones en las fibras uterinas que pueden provocar un aborto.

Por todas estas razones, el tratamiento para una embarazada no difiere del indicado en pacientes, diabéticos o cardíacos, o con algún padecimiento de carácter general, es decir se deben tomar las mismas precauciones, con una historia general clínica adecuada . Y si existe duda en algún caso, lo mejor será consultar con el Médico General, para que con la colaboración de ambos profesionistas se esclarezcan las dudas sobre la procedencia , o necesidad del tratamiento indicado.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

El objetivo que persigue esta tesis es la intención de insistir en la posibilidad de las complicaciones y accidentes que se pueden presentar - al efectuar una extracción, dentaria, y en las que el Cirujano Dentista, debe estar preparado, para aplicar todos sus conocimientos en beneficio del paciente y de él mismo.

En cualquier tipo de Cirugía es requisito indispensable la Historia Clínica del Paciente, en Odontología, concretamente, en la Exodoncia, igualmente es de suma importancia, el examen minucioso en la Historia Clínica.

Con el interrogatorio, y haciendo uso de nuestros conocimientos obtendremos un diagnóstico con los síntomas, subjetivos.

Entre las preguntas de estudio de aparatos y sistemas, tendremos cuidado principalmente en:

APARATO CARDIOVASCULAR: Se investigarán disneas, palpitaciones, taquicardias, dolor precordial y presión arterial.

APARATO DIGESTIVO: Nos interesa su buen funcionamiento, debemos preguntar si hay estreñimiento, o diarreas o alguna infección o bien hace cuanto tiempo padeció, o si no ha padecido.

APARATO RESPIRATORIO: Nos interesa principalmente antecedentes hereditarios, Tuberculosis.

APARATO URINARIO: Debemos investigar el funcionamiento renal, la presencia de albumina en la orina, Diabetes.

SISTEMA NERVIOSO: Aquí debemos actuar con mucho más cautela en el interrogatorio, aunque por las respuestas en anteriores pregun-

nos damos cuenta ante que clase de paciente, estamos.

Preguntaremos sobre tabaquismo, alcoholismo y tóxico-marihuana. Además de el interrogatorio, es muy importante hacer buen uso de la inspección y palpación.

La ayuda de pruebas de laboratorio y el uso de radiografías, son de mucha utilidad para evitar multitud de accidentes, siendo este el principal objetivo de elaborar una buena Historia Clínica. Para prevenir y actuar de la manera más adecuada.

No debemos olvidar la ASEPSIA y la ANTISEPSIA, que juegan un papel de suma importancia en el tratamiento.

Ya en la operación: debemos tener presente, que un paciente con confianza es el mejor paciente, y es trabajo del Cirujano Dentista ganarse la confianza de su paciente.

Encontramos diez pacientes, y los diez, requieren una atención diferente, a fin de ganarnos su confianza, ya dueños de esta, debemos proceder cuidadosamente en la intervención Quirúrgica.

Un paciente en perfecto estado de anestesia, o bloqueo de la conducción, no efectuará movimientos bruscos, que se producen cuando siente dolor y generalmente ocasionan accidentes.

RESUMIENDO: Si llevamos a cabo todas las reglas que exige la Terapéutica, basandonos en el diagnóstico, sobre una minuciosa His-

ría Clínica, si seguimos las exigencias de la ASEPSIA Y ANTISEPSIA, teniendo en cuenta los factores ANATOMO-FISIOLOGICOS de la región, y actuando con precauciones y medidas preventivas adecuadas, obtendremos como resultado, el evitar los accidentes y complicaciones que se mencionan en esta TESIS.

BIBLIOGRAFIA

Cirugía Bucal	Ries Centeno.
Cirugía Bucal tomo I	W. Harry Archer.
Fisio Patología Bucal	Norman-Tiecke-S.
Patología Bucal	Kurt H. Thoma.
Manual de Anestesia	Laboratorio Astra.
Manual de Anestesia	Laboratorio Wintropp.
Manual Merck's	Laboratorio Merck.
Fisiología Humana	William F. Gannon.