



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES  
EN LA EXTRACCION DENTAL

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
J U A N A S A N C H E Z P E R E Z



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INTRODUCCION

A través del estudio de las complicaciones y accidentes que se presentan en la extracción dentaria, nos damos cuenta que al no tener un conocimiento firme de los pasos más esenciales que debemos seguir en el tratamiento de nuestros pacientes, surgen complicaciones que en ocasiones puede causar traumatismos irreversibles, o accidentes en los cuales la vida del paciente está en peligro.

Una historia clínica nos evitara muchos problemas futuros tambien un estudio radiográfico nos mostrara los pasos a seguir en una intervención quirúrgica.

El uso de la anestesia y su aplicación en pacientes, al no tener una historia clínica completa nos puede traer una reacción negativa como: Hemorragias, lipotimias, alergias shok etc.

Los accidentes en la extracción dental no son frecuentes, pero cuando esto sucede son por diferentes causas como: aplicación de excesiva fuerza, calidad de los materiales usados ( Instrumental ), error de interpretación, descuido y negligencia del paciente para seguir las recomendaciones del C. D.

Durante la práctica diaria de la extracción dentaria, existe una amplia variedad de complicaciones y accidentes, los cuales el cirujano dentista tiene que tratar. A consecuencia de estas circunstancias el C. D. deberá estar preparado y familiarizado con los diferentes tipos de accidentes en el momento de la extracción como después.

## INDICE

	Pag.
INTRODUCCION .....	
HISTORIA CLINICA .....	I
EXAMEN RADIOLOGICO .....	4
COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACION Y REGIONAL TRONCULAR .....	7
ANESTESICOS .....	13
LIPOTIMIA .....	16
SHOCK .....	20
HEMORRAGIA .....	21
HEMATOMAS .....	27
COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA .....	28
FRACTURAS .....	29
TRAUMATISMO DE LOS DIENTES Y DE LA APOFISIS ALVEOLAR ...	33

CONCLUSIONES ..... 37

BIBLIOGRAFIA ..... 38

## HISTORIA CLINICA

El proposito de la historia clínica del paciente, es el de obtener recopilación de datos, por medio de la cual se puede valorar la condición física general del paciente.

Obtenemos información para estudiar, más no diagnosticar definitivamente o tratar cualquier problema del paciente.

La historia clínica se divide basicamente en manifestación clínica principal, enfermedades actuales, historia clínica e historia familiar. Para valorar inteligentemente el problema deberá llegar a tenerse en cuenta un conocimiento adecuado del pasado del paciente y de la manifestación clínica actual.

No hay problema tan sencillo como para no causar lesión grave o muerte en circunstancias aparentemente normales, en que no necesite desentrañarse problema diagnóstico alguno, el

C. D. formula algunas preguntas importantes en vez de tratar de escribir una historia completa de tipo hospitalario.

Una historia clínica adecuada deberá tener la siguiente información:

1. Molestia principal

Se registran sucintamente los síntomas presentados por el paciente y su duración.

2. Padecimiento actual:

La descripción que hace el paciente de su padecimiento nos facilita datos importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas.

3. Antecedentes:

Nos informa sobre las enfermedades y traumatismos anteriores se especifica en detalle el tiempo de iniciación, duración, complicaciones, secuelas, tratamientos, lugar de tratamientos

4. Historia social y ocupacional

En algunos casos, debido a la naturaleza de la enfermedad actual, se necesita el conocimiento detallado del estado económico y emocional del paciente, y de su ocupación.

5. Historia familiar

Esta nos da la oportunidad de valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibilidades de adquirir la enfermedad dentro de su propia familia.

6. Hábitos

Esto informa del método de vida del paciente.

PRINCIPALES CONCCIMIENTOS QUE EL CIRUJANO DENTISTA  
DEBE TENER DEL PACIENTE

- I El estado cardiovascular del paciente
2. Cualquier dificultad respiratoria
3. Si hay transtornos en el sistema nervioso
4. Si existen deficiencias del metabolismo
5. Si hay desequilibrios endócrinos
6. Presencia de alergias
7. Cualouier patología hamatológica
8. Si existen condiciones iatrogénicas

## EXAMEN RADIOLOGICO

Los huesos maxilares y las estructuras óseas y blandas vecinas pueden estudiarse radiográficamente para conocer la intimidad de su conformación.

En los maxilares existen cavidades, líneas, orificios, canales, conductos y regiones que se traducen radiográficamente por imágenes radiopacas o radiolúcidas.

### DISPOSICION RADIOGRAFICA DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS NORMALES FUNDAMENTAL PARA CONSIDERAR Y DIAGNOSTICAR RADIOLOGICAMENTE

Es necesario, tanto antes como después de la operación. De esta manera se revelan muchas afecciones que no podían haberse diagnosticado, como raíz curvada, gran quiste, absceso nuevo, o exposición cariosa de la pulpa sobre un diente adyacente que no aparecía en radiografías hechas varios años antes. La importancia de la radiografía dentro de una extracción es para evitar problemas quirúrgicos como problemas legales o jurídicos.

La radiografía posoperatoria es importante tanto para la valoración clínica como para propósitos de registro.

Sin embargo, no se suelen tomar radiografías posoperatorias a mujeres embarazadas ni niños después de procedimientos sin complicaciones.

#### MEDIDAS PROTECTORAS PARA LOS PACIENTES EN RADIOGRAFIAS

Los factores más importantes necesarios para reducir la exposición total del paciente son :

1. Usar las películas más sencible que sea posible
2. Desarrollar una técnica excelente de tal manera que no sean necesarias las reexposiciones (retomas )
3. Reducir la cantidad de fotones por medio de la filtración adicional es un recurso importante para remover los fotones con longitud de onda más larga que no intervienen en la formeción de la imagen .
4. Reducir el área de exposición por medio de los dispositivos de colimación exacta ; los cuales restringen el tamaño de la emisión de rayos x dentro de los límites prácticos; a no más de 2.75 pulgadas de diámetro al final del cono.

La radiografía dental es un informe sobre una película - fotográfica de densidades , radiolúcida (negra) y radiopaca (blanca) . Es un cuadro Bidimensional de un objetotidimensional y carece de la perspectiva de profundidad -

## TIPOS DE EXAMENES DENTALES USADOS EN LA LOCALIZACION

Son los siguientes, periapical, oclusal, sección transversal y maxilar lateral , cabeza lateral, póstero-anterior-

Las radiografías son ayuda incalculable para el cirujano bucal , para la prevención de accidentes tales como ; - fractura de la mandíbula , perforación del seno maxilar- también permite un planeo inteligente de los propósitos de la intervención antes de emprenderla.

## ANESTESIA

### COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACION Y REGIONAL TRONCULAR

Durante la realización de la anestesia local (local o troncular), o después de ella, pueden ocurrir una serie de accidentes y complicaciones inmediatos o mediatos y locales o generales.

La clasificación que sigue no pretende ser absoluta, porque unos accidentes entran en el terreno de los otros.

#### ACCIDENTES INMEDIATOS

Dolor. Al alcanzar una inyección, la aguja puede interesar un nervio y provocar dolor de distinta índole, intensidad, localización, irradiación y persistencia (horas o días).

El dolor subsiguiente a la inyección (que no debe confundirse con el dolor posquirúrgico), puede deberse a inyecciones con agujas desafiladas que desgarran los tejidos a la introducción demasiado rápida de las soluciones anestésicas o a que éstas no sean isotónicas o estén muy calientes o muy frías.

El desgarro de los tejidos gingivales y sobre todo del peristio es causa de molestias nosoperatorias de intensidad variable.

Estos dolores posanestésicos pueden aparecer a raíz de intervenciones de dentística, sin que puedan atribuirse al trauma operatorio.

En pacientes nerviosos, o con antecedentes de accidentes de este tipo, será útil y recomendable la narco-sedación basal.

La infiltración de cualquier tipo de anestésia infiltrativa debe hacerse con toda lentitud vigilando las reacciones del paciente.

Ante pacientes alérgicos las reacciones a la procaína que presenten tras la inyección de la anestésia son:

1. Urticaria
2. Edma angioneurótico (urticaria gigante).
3. Broncoespasmos asmático.

Se administrarán adrenalina y antihistamínicos y aun corticoides.

#### ROTURA DE AGUJA EN LA INTIMIDAD DE LOS TEJIDOS

Accidente raro en nuestra práctica, los autores le asignan carácter de relativa frecuencia, sobre todo en el curso de las anestésias tronculares. La prevención del accidente se realiza usando agujas nuevas, no oxidadas, de buen material. Las agujas de acero (jeringa carpule), si no están oxidadas

o dobladas, son practicamente irrompibles; en las inyecciones tronculares el empleo de buen material nos asegurará contra este accidente.

Como el sitio de menor resistencia de la aguja es el limite entre ésta y el pabellón al cual está soldada, será una buena practica usar agujas un poco más largas que lo necesario para llegar al punto convenido.

Se consideran dos motivos para el rompimiento de una aguja. Movimientos intempestivos del paciente y contracción repentina del oterigoideo interno. En este caso la infiltración; como su fascia externa es rígida, ésta actua como punto de apoyo para doblar y romper la aguja.

#### TRATAMIENTO DE ACCIDENTE

Cuando el tratamiento es inmediato, la extracción de la aguja rota durante la anestesia local se reduce a una insición a nivel del lugar de la inyección y dirección de los tejidos con un instrumento roma hasta encontrar el trozo fracturado y por último la extracción del mismo con una pinza de disección o de cocher.

#### EXTRACCION DE LA AGUJA PARA ANESTESIA TRONCULAR ROTA A NIVEL DE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR

Requiere un prosedimiento más complicado. Cuando el instrumento ha desaparecido en los tejidos, no es fácil encontrarlo y hubicarlo y por lo tanto extraerlo.

Para su localización debe hacerse una radiografía de perfil y otra de frente (mentonasoplaca) con una aguja de guía colocada según la misma técnica que la empleada para la inyección troncular, aguja que también puede usarse para realizar la anestesia con el fin de extraer el trozo fracturado. Guiados por el examen radiográfico y la aguja guía, tendremos una clara idea de su ubicación.

#### ACCIDENTES MEDIATOS

Después de la inyección del dentario inferior puede ocurrir que la anestesia se prolongue días, semanas y aun meses. Esta complicación se debe, cuando no es de origen quirúrgico, al desgarro del nervio por agujas con rebabas, o a la inyección del alcohol junto con la procaína, alcohol que puede quedarse como residuo en la jeringa, en aquellos casos en que se acostumbra conservar estos instrumentos en ese material, método anacrónico de esterilización y conservación del instrumental que está reemplazado por otros más científicos y actuales.

#### TRATAMIENTO

No hay tratamiento más eficaz para esta complicación que el tiempo.

El nervio regenera lentamente y después de un período variable se recupera la sensibilidad.

## PARALISIS FACIAL

Este accidente ocurre en la anestésia troncular del dentario inferior, cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso y se inyecta la solución en plena glándula parótida.

Tiene todos los sintomas de Bell:

Caida del parpado e incapacidad de oclusión ocular, y proyección hacia arriba del globo ocular.

Ademas de la caída y desviación de los labios, es sin duda un accidente alarmante, del cual el paciente por lo general no se percata, pero lo advierte el profesional. La parálisis es temporaria y dura el tiempo que persiste la anestésia no requiere tratamiento.

## ISQUEMIA DE LA PIEL DE LA CARA

En algunas oportunidades, a raíz de cualquier anestésia, se notan sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez, debidas a isquemias sobre esta región. Está originada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina en la luz de una vena.

La adrenalina ocasiona la vaso-constricción izquemiante no requiere ningun tratamiento.

## INYECCION DE LAS SOLUCIONES ANESTESICAS EN ORGANOS VICINOS

Es un accidente no muy común. El liquido puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestésia del nervio maxilar superior; No origina inconvenientes.

La inyección en la órbita, durante la anestésia de los nervios dentarios anteriores o maxilares superiores puede acarrear:

- a). Diplopia (visión doble)
- b). Exoforia o esoforia (desviaciones oculares hacia fuera o hacia dentro).

Queduran lo que el efecto anestésico

No requiere ningun tratamiento.

La inyección a través del agujero oval en la cavidad craneana en la anestesia del trigémino es un accidente raro.

## EXTRACCION DE DIENTES BAJO ANESTESIA GENERAL

Los anestésicos generales usados más frecuentemente son: Los que se administran por inalación, los barbitúricos, los barbituricos con oxígeno y óxido nitroso y los barbituricos con oxígeno y óxido nitroso en combinación con algún agente más potente como el fluothane.

Ademas, se admistra a veces un anestésico local para lograr vasoconstricción

y disminuir la cantidad de barbituricos usados en procedimientos prolongados.

## ANESTESICOS

Los tipos de anestésicos para exodoncia son:

1. Anestesia regional o local
2. Anestesia local con sedación
3. Anestesia general inducida por vía intravenosa o por inhalación.

LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA ELECCION DE LA ANESTESIA SON:

1. Edad y estado físico del paciente
2. Infección
3. Trismo
4. Estado emocional del paciente
5. Naturaleza y duración del procedimiento
6. Alergias
7. Deseos del paciente
8. Entrenamiento y equipo de consultorio del operador

## CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

Los anestésicos locales, debensu actividad a la presencia en su molécula de dos grupos químicos distintos, uno hdrófilo y otro lipófilo, enlazados por un tipo especial de unión.

La mejor clasificación, desde el punto de vista del uso de los anestésicos, es la que tiene en cuenta el tipo de esa unión química. Así son divididos en dos grandes grupos, según se trate de una unión de tipo éster o de tipo amida.

LOS PRINCIPALES REPRESENTANTES DE CADA GRUPO SON  
LOS SIGUIENTES

Unión de tipo éster :

1. Procaína (novocaína)
2. Tetracaína ( Pantocaína)
3. Propoxicaína (Rovocaína)

4. Butetamina ( Monocaina)

UNION DE TIPO AMIDA

1. Lidocaina (Xylocaina)

2. Prilocaina (Citanest )

3. Mepivacaina (Carbovacaina )

4. Articaina ( Totalcaina )

## LIPOTIMIA

La etiología de este accidente es compleja ; en algunas ocasiones es neurogénico, y el miedo la causa originaria.

La adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante, entre o, no enjuego la patología cardíaca del paciente. Con cierta frecuencia, durante la realización de anestésia o algunos minutos después, el paciente ofrece el cuadro clásico ya descrito:

1. Palidez
2. Taquicardia
3. Sudores frios
4. Nariz afilada
5. Respiración ansiosa

De este estado puede recuperarse en pocos minutos o entrar en cuadro más serio, poco común, el síncope, él pulso se hace filiforme o imperceptible, la respiración angustiosa o entre cortada. El fenómeno puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestésia local, pero es más común en el curso de la troncular.

La inyección del líquido anestésico en un vaso sanguíneo hace más importante la gravedad del cuadro.

## TRATAMIENTO DE LIPOTIMIA

Podemos considerar dos tipos de tratamiento:

El que llamaremos preventivo y el del accidente.

El tratamiento preventivo comienza pensando en la posibilidad que se produzca el accidente ( lipotimia o síncope); ello nos hara tomar en cada caso las medidas precautorias necesarias.

Sentar cómodamente al paciente; aflojar sus prendas para favorecer la circulación; comprobar antes de inyectar, que la aguja no ha penetrado un vaso; inyectar lentamente (sobre todo en las anestésias tronculares ).

Siguiendo estas normas, se evitarán muchos disgustos. Por lo general, no conocemos con antelación el estado del aparato circulatorio de nuestros pacientes; a muchos de ellos los vemos por primera vez en el acto quirúrgico. Será una sabia medida de prevención la inyección de dos a tres gotas de anestésia y la espera de dos a tres minutos antes de realizar la inyección completa.

Muchos cardíacos pueden ser anestesiados inyectando muy lentamente una solución anestésica carente de adrenalina

Por otra parte, existen pacientes sensibles o alérgicos a la procaína; conviene recordarlo para evitar la precipitación de un cuadro que puede ser grave, con solo el recaudo, ya mencionado, de inyectar unas previas y verificar que nada anormal se opone a completar la inyección.

El tratamiento del accidente, por su parte depende del grado; lipotimias gástricas desaparecen recostando al paciente con su cabeza más baja que su cuerpo, en la posición de TRENDELENBURG o administrando una taza de café, unas gotas de amoníaco, posición Todd o haciéndole aspirar sales aromáticas.

Los casos graves requieren inyectar cafeínas, aceite alcanforado o niketamida.

En pacientes nerviosos, o con antecedentes de accidentes de este tipo, en el curso de una inyección anestésica, será útil y recomendable la narcosedación basal.

La administración de cualquier tipo de anestésico infiltrativo debe hacerse con toda lentitud vigilando las reacciones del paciente.

Ante pacientes alérgicos las reacciones a la procaína que presenten tras la inyección de la anestésia, urticaria, edema angioneurótico (urticaria gigante), broncoespasmo asmático, se administrarán adrenalina y antihistamínicos y aun corticoides.

## SHOK

El shok es una deficiencia circulatoria de origen cardíaco o vasomotor.

El shok pasa por varios estadios:

I. Shok primario; resultante de reflejos y causas emocionales es el síncope.

2. Shok secundario. La piel se vuelve pálida, fría, y viscosa por el sudor; las mucosas también están pálidas; los labios, las uñas, y las puntas de los dedos de las manos y pies y los lóbulos de las orejas adquieren color gris azulado; la cara está contraída y sin expresión, los ojos hundidos y fijos, con una mirada inexpresiva; midriasis con leve reacción motora, el pulso es débil, rápido y amenudo intermitente; - las respiraciones son rápidas y superficiales e irregulares; la temperatura es subnormal.

### TRATAMIENTO.

Restaurase la pérdida del líquidos del cuerpo. En todos los casos de shock hay que tomar el pulso y la presión sanguínea a intervalos frecuentes.

Consérvese, la circulación sanguínea en las partes vitales, mántengase la cabeza más baja que los pies (de cúbito dorsal) Administración intramuscular de antihistamínicos si es más severo adrenalina 1 x 1000 ml 3 o 4 veces cada 5 o 10 minutos

## HEMORRAGIA

Como la extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes predispuestos, deberá, indagarse acerca de gingivitis, epitaxis, hemoptisis, hematuria excesiva extravasación sanguínea ante traumatismos aun leves.

En caso de haber existido hemorragias, se valorara su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla.

Se considera la hemorragia como accidente posextracción, puede presentarse en dos formas:

Inmediata o mediata. En el primer caso, la hemorragia sigue a la extracción. La falta de coagulación de la sangre y la no formación del coágulo, se deben a razones generales o causas locales.

### TRATAMIENTO EN EL CONTROL DE HEMORRAGIAS

Debemos recordar que es muy importante la colocación de apósitos a presión. Después de la extracción de los dientes se debe colocar sobre la herida (manteniendo con presión ligera) una gasa estéril saturada con agua y exprimirla hasta que esté lo más seca posible.

## PASOS A SEGUIR DESPUES DE HABER EFECTUADO UNA EXTRACCION

1. Déjese la gasa, por lo menos, durante 30 minutos.
2. Colóquese una bolsa de hielo o toallas frías en la cara durante 6 a 12 horas.
3. No se enjuague la boca hasta la mañana siguiente, con los enjuagues puede desalojarse el coágulo e interrumpir el proceso normal de curación.
4. Por la mañana enjuague la boca suavemente, con un vaso de agua caliente con sal ( media cucharada de sal en un vaso de agua caliente), repetir 3 a 4 veces al día.
6. Si aparece un sangrado anormal, doble una gasa mójela y colóquela sobre el alvéolo y muérdala durante 20 minutos.

Algunos de los factores que intervienen para cohibir la hemorragia en los traumatismos de un vaso son:

La contractibilidad de las paredes vasculares y la coagulación de la sangre.

## HEMORRAGIA INTERMEDIA O RECURRENTE

Esta hemorragia ocurre dentro de las 24 horas siguientes a la extracción. Generalmente el origen de ésta, es la modificación de la presión sanguínea, dado que se presenta en el período operatorio un cambio de ella, esto puede deberse a cambios de angustia, dolor, lipotimias y disfunciones sistémicas, que ciertos autores llaman semishock, y que al

recuperarse el paciente, la presión arterial y venosa llegan al nivel normal ocasionando un aumento de ellas en el sitio operado y como consecuencia puede presentarse la hemorragia

#### Hemorragia secundaria:

Esta puede ocurrir, como en el caso anterior, en el periodo de 24 horas después de haber efectuado la extracción del coágulo, atención inadecuada, lavado excesivo de la boca con arrastre y desprendimiento del coágulo, dando como resultado infección y hemorragias como consecuencia del mismo.

Por otra parte el sangrado prolongado, después de una operación dental, puede ser un problema grave más cuando se debe a algunas enfermedades hemorrágicas graves. Puede resultar difícil de tratar y peligroso para el paciente.

Las causas generales de estas enfermedades hemorrágicas son de dos tipos: Defectos de coagulación ( hemofilia, enfermedad de Christmas).

#### CAUSAS COMUNES DE HEMORRAGIAS EN EXODONCIA

1. Laceración del alveolo y tejidos blandos
2. Retención del tejido granulomatoso existente en el alveolo y el cual debe ser removido por medio de curetaje.
3. Suturas demasiado tensas que rompen los bordes de la mucosa o que se desorenden rápidamente.

4. Desintegración del coágulo por el paciente
5. Traumatismo del alvéolo por un curetaje
6. Succión del coágulo por el paciente
7. Uso inmoderado de colutorios (enjuagues), inmediatos a la extracción.

Las hemorragias pueden ser:

Hemorragia arterial. Originada por un traumatismo a una arteria y la cual produce un chorro intermitente de sangre y es de color rojo vivo.

Hemorragia venosa. Se manifiesta por la salida continua de sangre y es de color rojo oscuro.

Hemorragia capilar. Se manifiesta por un escurrimiento de sangre continua y es de color rojo claro .

#### TRATAMIENTO DE HEMORRAGIAS ARTERIALES

La ligadura es necesaria a veces, en el caso de hemorragias arteriales que no cede a la compresión. Se realizará pinzando la extremidad arterial y ligándola o realizando la electrocoagulación.

En los muy raros casos de hemorragia importante o de inaccesibilidad y como medida excepcional rara vez llevada a cabo, se practicara ligadura de los grandes troncos arteriales (facial, lingual).

La hemorragia puede ser inmediata o retardada

En el preoperatorio. La hemostasia corriente puede ser realizada mediante la compresión o la ligadura. La compresión es el método de elección, se realiza por medio de compresas y es en general eficaz, a condición de que sea fuertemente apoyada, renovada continuamente y lo suficientemente prolongada.

Posoperatorio. A pesar de todas las medidas precautorias, una hemorragia importante puede presentarse horas después de terminada la intervención, como ejemplo clásico, tomaremos el de la hemorragia consecutiva a una avulsión dentaria, que puede presentarse incluso días después de ésta.

En primer lugar será necesario eliminar de la boca por medio de un lavado con agua o por medio de compresas la sangre y los coágulos presentes, para poder observar si la hemorragia proviene de la encía o de el alvéolo. En el primer caso, dos maniobras pueden realizarse:

1. Una fuerte compresión manual, lo suficientemente prolongada, que comprimirá la arteriola interesada y hará cesar la hemorragia.

2. La electrocoagulación del vaso sangrante. Después de haber secado bien la zona, se aplicará el electrodo sea sobre el vaso, sea sobre el instrumento con el que se ha pinzado la extremidad de éste.

En el segundo caso, es decir en las hemorragia alveolares se trata naturalmente de una hemorragia en capa y existe la imposibilidad absoluta de ligar el vaso sangrante.

La maniobra a realizar, consiste en practicar la limpieza del alvéolo por medio de suero fisiológico, aplicando en seguida un trozo de esponja de gelatina embebida en trombasa realizando un taponamiento amplio del alvéolo y en seguida la sutura enrollada, que será mordida por el enfermo lo más fuertemente durante algún tiempo, hasta la contención de la hemorragia.

En estos casos, será conveniente establecer un tratamiento medicamentoso que coadyuve las maniobras locales y que consistirá en la aplicación de adenocromc monosemicarbazona, una ampollita cada ocho horas durante dos días .

Cuando la hemorragia se presenta a nivel de una lesión accidental o de una herida quirúrgica de los tejidos blandos será tratada de la siguiente forma:

1. En caso de hemorragia venosa, compresión de la herida con sutura ulterior.
2. Si se trata de una hemorragia arterial, se localizará la arteria en causa practicando la hemostasia por medio de pinzamiento, seguido de ligadura o de electrocoagulación de ésta y sutura posterior de la herida.

## HEMATOMAS

Accidente frecuente y al cual no se le asigna la importancia que tiene, es el ocasionado por el hematoma operatorio . Consiste en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares, o a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado una operación bucal.

El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina.

La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame, de intensidad variable , sobre la region inyectada, la complicación no es muy frecuente porque los vasos se desplazan y no alcanzan a hacer punzados. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios o mentonianos, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo.

El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para su resolución, tal como los hematomas quirúrgicos con los que comparte la ausencia de consecuencias exepcto la infección del hematoma.

El tratamiento consiste en la aplicación de bolsa de hielo en el lugar de la inyección.

## COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA

Las complicaciones surgen debido a errores de juicio, mal uso de instrumentos, aplicación de fuerza excesiva, y a no poder obtener visualización adecuada antes de actuar . Una fuerza excesiva aplicada a los molares superiores puede dar por resultado la extracción del diente molar, junto con todo el borde alveolar superior y el piso del antro. En ciertos casos, se han extraído primero, tuberosidad en un segmento, por uso inapropiado de fuerzas en el maxilar superior.

## HERIDAS ACCIDENTALES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Clasificación de las heridas:

- a) Contusión
- b) Abrasión
- c) Laceración
- d) Heridas penetrantes

## FRACTURAS

Los accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples y de distintas categorías.

Unos interesan al diente objeto de la extracción o a los dientes vecinos.

Otros afectan al hueso y a las partes blandas que lo rodean

## FRACTURA DEL DIENTE

Es el accidente más frecuente en la exodoncia.

Al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o parte de ésta o parte de la raíz se quiebran quedando por lo tanto la porción - radicular en el alvéolo.

### CAUSAS

Se ha dicho que las fracturas son accidentes evitables en una gran proporción de casos.

1. Estudio radiográfico del órgano dentario a extraerse.  
a través de éste estudio sabremos la técnica a seguir.

2. Los órganos dentarios, debilitados por los procesos de caries o con anomalías radiculares, no pueden resistir el esfuerzo aplicado sobre su corona y se fracturan en el punto de menor resistencia.

### FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS

La presión ejercida sobre la pinza de extracción o sobre los elevadores puede ser transmitida a los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona (debilitada por Obturaciones o caries)

## FRACTURA DEL MAXILAR

El hueso se quiebra, siguiendo líneas variadas .

## FRACTURA DE LA TUBEROCIDAD

Esta se presenta en la extracción del tercer molar superior  
CAUSAS.

Fuerza excesiva en el uso de elevadores aplicados .

## FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR

Accidente frecuente en el curso de la exodoncia, el mecanismo de la fractura del borde alveolar o de trozos mayores de huesos, reside en la fuerza que la pirámide radicular ejerce al pretender abandonar el alvéolo, por un espacio menor que el mayor diámetro de la raíz.

En otras ocasiones la fuerza aplicada sobre la tabla externa es mayor que su límite de elasticidad.

## FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

FRACTURA TOTAL: es un accidente posible, aunque no frecuente  
CAUSAS: la fractura se produce y se debe a la aplicación o incorrecta y fuerza exagerada en el intento de extraer un - tercer molar retenido y otro diente retenido.

## LESION DEL SENNO MAXILAR

PERFORACION DEL SENNO MAXILAR: Durante la extracción de los molares y premolares superiores, puede abrirse el piso del antro, esta perforación adquiere dos formas:

- a). Accidental
- b). Instrumental

Accidental.- Por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación.

Instrumental.- Los instrumentos de exodoncia, cucharillas, elevadores, pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por este procedimiento una comunicación.

## PENETRACION DE UN DIENTE EN REGIONES VECINAS

En el intento de extracción de un diente de la arcada con más frecuencia un tercer molar superior o inferior retenido el diente respondiendo a la aplicación incontrolada de fuerzas, o debilitamiento de las paredes o tablas óseas, puede fugarse al piso de la boca, o a lugares vecinos.

## LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR

Consiste en la del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoidea

## LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR

Consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoidea.

Accidente raro, se produce en ocasión de las extracciones de los terceros molares inferiores en operaciones largas y fatigantes, puede ser unilateral o bilateral.

## LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS

1. Desgarro de la mucosa gingival
2. Desgarros de la lengua
3. Desgarros de los carrillos
4. Desgarros de los labios

Accidente posible, pero no inevitable

Causas:

Se produce al actuar con brusquedad, sin medida y sin criterio quirúrgico.

## LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS

Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior mentoniano o nervio lingual

## ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Clasificación de los accidentes de erupción del tercer molar inferior.

1. Mucosos
2. Nerviosos
3. Celulares
4. Oseos
5. Linfáticos o ganglionares
6. Tumorales

Accidentes mucosos:

Los accidentes mucosos, comprenden las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido.

Accidentes nerviosos:

Los accidentes nerviosos originados por el tercer molar en erupción son idénticos a los producidos por los dientes retenidos.

Accidentes celulares:

Absesos.- Estos pueden tomar varias vías, hacia dentro, arriba y atrás.

Hacia dentro .- Es una vía en que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos, entre la cara interna del maxilar y mucosa y los órganos de la región sublingual.

hacia arriba y atras.- Entre los fascículos del musculo temporal, el abseso puede abrirse camino hacia la fosa temporal.

#### Accidentes óseos:

Los accidentes óseos propiamente dichos, como complicación de una pericoronaritis son sumamente raros.

#### Accidentes linfáticos o ganglionares:

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y comun, podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar.

#### Accidentes tumorales:

Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos estos tumores son los quistes dentíferos y queratocquistes.

#### Penetración accidental de los senos maxilares:

Si la radiografía preoperatoria muestra que los ápices de las raíces de los dientes por extraerse penetran en el piso del seno, y se sospecha este estado después de la extracción, se indica al paciente que cierre las narinas con los dedos y

trate de expulsar aire suavemente por la nariz.

Si se atravesó la membrana del seno, la sangre en el alvéolo hara burbujas.

#### TRAUMATISMO DE LOS DIENTES Y DE LA APOFISIS ALVEOLAR

Los traumatismos de los dientes y de la apófisis alveolar son sumamente frecuentes durante la niñez y la pubertad y tambien en los adultos.

Un diente traumatizado es sumamente molesto para el paciente y muchas veces la restauración final deja mucho que desear en apariencia y en función.

El analisis de estos accidentes revela que en lo que respecta a la frecuencia, la edad del, paciente debe ser considerada como una de las causas predisponibles.

La mayor frecuencia se observa de los siete a los once años de edad. En este periodo de desarrollo de los dientes anteriores las coronas son especialmente vulnerables debido a las cámaras pulpares grandes, también en esta edad, estos dientes frecuentemente hacen erupción en posiciones prominentes aisladas en la arcada y son expuestos inevitablemente a los accidentes.

La extensión de estos accidentes dentales pueden valorarse como sigue:

I. Debe clasificarse el traumatismo dental

Fractura de clase I :

Fractura sólo de el esmalte de la corona dentaria

**Fractura de clase II :**

Traumatismo extenso de la corona del diente con exposición de la pulpa

**Fractura de clase III :**

Fractura que se presenta en la unión de cemento y esmalte del diente o por debajo de ella.

## CONCLUSION

La extracción dentaria es un acto quirúrgico que al ser realizado por el cirujano dentista pasa a constituir una tendencia generalizada subestimada. El profesionista la convierte en una rutina, en algunos casos se omiten los posibles riesgos preoperatorios y posoperatorios.

El odontólogo que realiza procedimientos quirúrgicos - necesita tener conocimiento de las técnicas específicas en el manejo de cada caso, así como de las posibles complicaciones y accidentes.

La manera de tratar lo mejor posible una urgencia es impedir que está se produzca.

La mayoría de las emergencias son previsibles. Los conocimientos de principios quirúrgicos bien fundamentados, las condiciones generales del paciente mediante una - historia clínica bien elaborada, el examen radiográfico y análisis clínicos según sea el caso. Son las bases para evitar las posibles complicaciones en la extracción dental

## BIBLIOGRAFIA

Dr. Richard C. O'Brien

Radiología dental

Editorial Interamericana 4a. Edición

Jorgensen I Hayden

Anestesia Odontológica

Editorial Interamericana 3a. Edición

Dr. Gustav O. Kruger

Tratado de cirugía bucal

Editorial Interamericana 1a. Edición

Guillermo A. Ries Centeno y Enrique A. Müller

Patología Clínica

Editorial el Ateneo 9a. Edición

Alvin L. Morris y Harry M. Bohannon

Especialidades Odontológicas en la práctica general

Editorial Labor S.A.