

214
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Seminario de Emergencias
Medicas en Odontología**

**HEMORRAGIAS DE CAVIDAD BUCAL PROVOCADAS
POR TRAUMATISMO EN CONSULTORIO DENTAL .**

T E S I S A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ;
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A

Rogelio Núñez Beltrán



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

MAYO 1994



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.

A MI ESPOSA

SOFIA

Con todo mi amor, gracias
por brindarme tu amor, apoyo,
comprensión y paciencia.

Te amo

Rogelio

A MIS HIJOS

LILIANA, JOSUE, FERNANDO

Gracias por su amor y
comprensión.

Los quiero mucho.

A MI MADRE:

CATALINA BELTRAN RIVERA, con sincero agradecimiento por su gran cariño, cuidados, comprensión y guía en la vida, por todo ello gracias.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS

Pedro, Guillermo, Ricardo, Francisco
Juan, Rafael.

Adriana, Maricela, Martha

Con todo respeto, cariño siempre
estare con ustedes.

A MIS TIOS, Primos

Por el cariño que me han tenido.

A MIS PROFESORES

Con todo respeto, admiración
y gratitud.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

QUE me ayudaron a salir
adelante.

Muy especialmente a JAVIER ARVIZU

ALFREDO GUTIERREZ

AL HONORABLE JURADO :

Presento a consideración de
ustedes, éste sencillo trabajo que
como tesina he preparado.

Esperando, que dada sus -
conocimientos, sabréis disculpar -
los errores de los que comenzamos.

A MIS CUÑADOS Y CUÑADAS

Gracias por la ayuda tanto moral
como economica que me brindaron
en el curso de mi carrera.

En especial a Luis Velazquez.

INDICE

1 GENERALIDADES

1.1 Sangre

1.2 Plasma

1.3 Globulos Rojos

1.4 Globulos Blancos

1.5 Plaquetas

1.6 Hemostasis

1.6.1 Coagulaci3n

1.6.2 Factores De Coagulaci3n

1.6.3 Mecanismos De La Coagulaci3n

2.0 Hemorragia

2.1 Clasificaci3n

2.2 Lesiones A Tejidos Blandos

2.3 Terapeutica De La Hemorragia

2.3.1 Hemorragia Gingival

2.3.2 Hemofilia

2.3.3 Trombocitopenia

2.3.4 Talangiectasia

2.3.5 Feocromocitoma

3.0 Traumatismo En Tejidos Duros

3.1 Fractura Del Diente

3.2 Apofisis Alveolares

3.3 Fractura De La Tuberosidad

3.4 Fractura Del Maxilar Inferior

3.5 Fractura De La Raiz

3.6 Lesiones A Los Dientes Adyacentes

GENERALIDADES

La sangre lleva los elementos indispensables para la nutrición, desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano.

La sangre es un tejido formado por células, separadas por sustancia intercelular líquida, encerrado en el aparato -- circulatorio, el cual tiene la misión de distribuir la sangre a todo el organismo ayudado por un órgano central que es el corazón y con órganos periféricos como vasos sanguíneos, arterias, venas y capilares.

Los elementos que forman la sangre son:

- a).- Plasma.- Sustancia intercelular formada por agua que porta varias sustancias como el fibrinógeno que tiene la propiedad de coagularse.
- b).- Hematíes o glóbulos rojos o eritrocito.- Dan el color rojo y llevan el oxígeno a todo el organismo, la disminución de glóbulos rojos en número determina la anemia y un aumento determina la pologlobulia.
- c).- Leucocitos o glóbulos blancos.- Su función es de defensa del organismo contra agentes peligrosos por medio de la fagocitosis.
- d).- Plaquetas o trombocitos.- Son los que impiden que la sangre salga de los vasos, agrupándose para formar un tapón en caso de hemorragia.

HEMOSTASIS

Es un mecanismo de defensa del organismo que se produce por los diversos componentes de la sangre y de los tejidos.

En este mecanismo hay una contracción vascular que es provocada por la rotura del vaso sanguíneo.

La contracción vascular va a retardar y a restringir la salida de sangre del vaso lesionado, para establecer una turbulencia que ayudará a que las plaquetas entren en acción formando un tapón plaquetario que impida la salida de la -- sangre.

Las plaquetas se reúnen y se acumulan a nivel de la lesión, esta función es conocida como adhesión y la seguirá la función de agregación, que será reforzada por la fibrina brindándole sosten, esto ocurre en segundos después de producirse la herida.

Lisis del coágulo.--Este es un paso en que se detiene el crecimiento del coágulo y se desintegra después el sobrante -- evitando así algún caso de accidente tromboembólico.

COAGULACION.

El coágulo de la fibrina es el resultado de una secuencia que incluye la fase vascular de plaquetas y de la coagulación.

En condiciones normales las sustancias se mantienen y no se produce una coagulación inapropiada, pero puede producirse la coagulación cuando sea necesaria.

La coagulación se puede iniciarse por dos mecanismos.

- 1.- Por el sistema intrínseco, en donde es lesionado el interior de los vasos sanguíneos; y se activa por factores que actúan en el espacio intravascular.
- 2.- Por el sistema intrínseco.- Es activado por la tromboplastina que procede del exterior, los factores de coagulación de los extractos tisulares son activadores del mecanismo de coagulación.

FACTORES DE LA COAGULACION SANGUINEA.

La coagulación depende del seguimiento de doce factores -- que al irse desarrollando van formando un coágulo de fibrina.

Los factores son:

- I. Fibrinógeno.
- II. Protrombina.
- III. Tromboplastina (Tisular) (Activador extrínseco de protrombina).
- IV. Calcio.
- V. Proacelerina.
- VI. No existe.
- VII. Proconvertina.
- VIII. Factor antihemofílico (FAH).
- IX. Componente tromboplastínico del plasma (CTP) Christmas.
- X. Factor de Stuart-Prower.
- XI. Antecedente tromboplastínico del plasma (ATP).
- XII. Factor de Hageman, factor de contacto.
- XIII. Factor estabilizador de la fibrina (FSF), factor de LAKI-LORLAND (4).

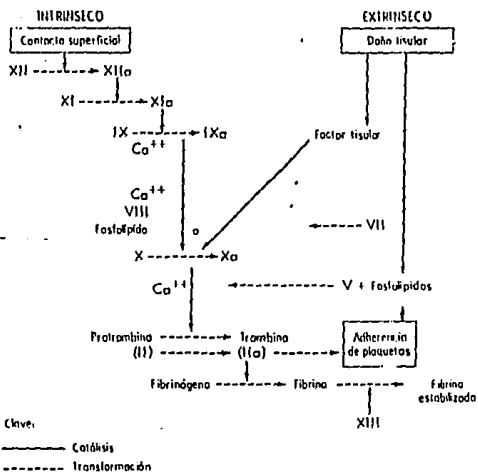
MECANISMOS DE LA COAGULACION.

Se consideran 3 etapas en la coagulación.

- 1.- Primero se forma la tromboplastina.
- 2.- En segundo lugar se hace la conversión de protombina en trombina.
- 3.- En tercer lugar se hace la conversión del fibrinogeno a fibrina.

La activación de la coagulación es promovida por el contacto de otro tejido, el vaso se contrae entrando en acción reflejos locales, luego las plaquetas se adhieren - al revestimiento endotelial o extendiendo numerosas proyecciones pediformes para ayudar a tapar la lesión del - vaso sanguíneo o trasfuciones de las plaquetas en producir lisis del coágulo de fibrina, contribuye a la formación de tromboplastina.

MECANISMOS DE LA COAGULACION.



SISTEMA EXTRINSECO DE LA COAGULACION.

El tejido lesionado libera tromboplastina tisular que con ayuda del calcio y factores VII activa al factor X.

SISTEMA INTRINSECO.

La coagulación se inicia cuando una lesión de los vasos pone en contacto el factor XII inactivo esta en su forma factor XII activo produce la actividad del factor XI, -- despues el factor XI activado estimula al factor IX, el factor IX activado forma en complejo con el factor VIII, los fosfolípidos, plaquetorios y el calcio, el factor -- VIII activado, convierte de manera especifica al factor X activado se combina con el factor V, el calcio y los fosfolípidos; sean éstos de procedencia histica o plogug toria, para formar el complejo de protombina.

Este actúa sobre la protrombina y la transforma en trombina, la cual a su vez produce la polimerización de fibrina, en presencia de calcio, la trombina activa tambien el factor XIII, que determina la aparición de uniones transversales en la fibrina palimerizada y hace en coágulo que sea más resistente y menos soluble.

La tendencia de la sangre o coágulo esta equilibrada por ser una reacción limitante que impiden la coagulación dentro de los vasos sanguíneos y a destruir cualquier coágulo que se forme.

Asi como la eliminaci3n de la circulaci3n de factores acti
vados de la coagulaci3n por el h3gado y reducci3n en el su
ministro de factores de coagulaci3n que solo son usados du
rante la coagulaci3n.

HEMORRAGIA.

Hemorragia es la salida de la sangre espontánea o inducida a consecuencia de la rotura de las paredes de un vaso sanguíneo.

Las hemorragias siempre han sido considerados como un -- factor de alarma y de peligro, en cualquier intervención quirúrgica pueden provocar una complicación por lo que -- debemos tratar de evitarla o cohibirla si ya se ha producido y sus consecuencias se relacionan con la cantidad -- perdida así como su localización.

CLASIFICACION:

La hemorragia es clasificada según sus manifestaciones.

EXTERNAS.-- Cuando se producen hacia fuera del organismo.

INTERNAS.-- Cuando se vierten hacia dentro del organismo -- ya sea en tubo digestivo, órganos huecos o en el espesor de los tejidos.

Las hemorragias pueden ser arteriales, venosas, capilares moderada, abundante, brusca, lenta.

ESPONTANEA.-- Puede provocarse por estados hemorrágicos, -- acompañados por infecciones ligadas a las enfermedades que la producen, aumento de fragilidad capilar.

Según el vaso que se sangra.

ARTERIAL.- Sale en forma de chorro, violento y abundante.

VENOSA.- Sale en forma continua y regular o resbalando.

CAPILAR.- Sale en forma regular en forma de gotitas.

Las causas que la provocan:

- A).- Traumáticas o Quirúrgicas.- Se lesionan las paredes vasales causadas por fracturas o heridas penetrantes, etc.
- B).- Patológicas.- Causadas por infecciones o por enfermedades como hemofilia, leucemia, anemia, etc.

Lesiones a tejidos blandos.

La falta de control de instrumentos utilizados en procedimientos quirúrgicos y operatorios produce accidentes.

Los elevadores, pinzas, discos, fresa, forceps, etc.--- pueden deslizarse o resbalar de manera imprevista lastimando los tejidos blandos como los labios, carrillos, lengua, piso de boca, paladar.

para prevenir todo esto, se tiene que prestar atención a todos los detalles y utilizar las técnicas quirúrgicas correspondientes a cada caso.

Los traumatismos se pueden dividir en sencillos estando limitados a tejidos blandos o complejos involucrando al hueso.

Existen otras causas que pertenecen al grupo de las enfermedades llamadas hemorrágicas.

Contusiones

Son heridas producidas por instrumento no cortante sin causar continuidad en la piel aquí la mucosa se edematiza porque la sangre invade el tejido submucoso.

Tratamiento.

Conservador, solo seguir su proceso de reparación.

Abrasión

Herida producida por el raspado de la piel, en general el tejido dañado es superficial y algunas veces doloroso.

Tratamiento.

Si hay dolor se trata con tintura de benjuí o de benzoina, y la herida sana por sí sola.

Punción

Son producidos por objetos puntiagudos, las heridas de estos accidentes por lo general no resultan peligrosas aunque siempre se tiene la posibilidad de llevar una infección a los tejidos.

Tratamiento

Se lava la zona afectada y se revisa para verificar si no--quedo algo, y se deja que sane sola.

Laceraciones

Es una herida producida por un objeto puntiagudo, también pueden ser provocados por la parte incisal de los dientes del mismo paciente, durante procedimientos dentales o en tratamiento ortodóncico.

Tratamiento

Hemorragia por lo general es cohibida por presión y en casos contados se ligan los vasos que sangran.

La mucosa se coloca en su lugar y se sutura con puntos separados o continuos.

Quemaduras Térmicas

Son causadas por instrumentos calientes o rotarios que entran en contacto con la mucosa.

Tratamiento

Habitualmente se curan por segunda intención, si presenta-- dolor se cubre con protector como bucrylate, orabase, tintura de benzoina o benjui.

TERAPEUTICA DE LA HEMORRAGIA

El tratamiento local de las hemorragias se dividen en fisicas

- a).-Presión
- b).-Taponamiento (Wonder Pak, Tem Pak)
- c).-Sutura

QUIMICA

- a).-Vasoconstrictores (Adrenalina)
- b).-Proteinas
- c).-Celulosa Oxidada
- d).-Compresas de Gelatina

El sangrado excesivo se debe al desgarramiento o corte accidental de una arteria o vena grande, por lo general sucede en regiones inflamadas, congestivas, debido a granulomas, pólipos gingivales, desgarramiento de la encía, focos de osteítis, esquirlas o trozos óseos que permanecen en los labios de la herida gingival, o en casos en que existen enfermedades hemorrágicas.

TRATAMIENTOS

Se suprime el foco congestivo, esto se practica con una cucharilla filosa solo cuando es intraóseo.

El alveolo sangrante se trata con taponamiento y se realiza con un trozo de gasa ya sea seca o combinada con algún hemostático como puede ser yodoformada o xeroformada,

agua oxigenada, adrenalina, tromboplastina.

El método ideal para contener la hemorragia es colocar anestesia local y se practica la sutura con catgud de 3 -0 si la hemorragia se presenta varias horas despues de la extracción., se le pide al paciente que enjuague con agua oxigenada tibia se elimina el coágulo que flota sobre la herida se seca la region. si la hemorragia es profunda se taponea con gasa y se le pide al paciente que lo apriete durante 15 minutos y despues de este tiempo se revisa si ya se formo el coágulo.

HEMORRAGIA GINGIVAL Y TROMBOSIS

La manifestación de la gingivitis es:

- El cambio de color, rojo o rojo azulado
- Aumento de volumen (inflamación)
- Sangrado del surco gingival
- Acumulación de residuos y bacterias

TRATAMIENTO

- Eliminación de irritantes
- Profilaxis constantes
- Terapia primaria con transfusión de plasma, no es suficiente para controlar una hemorragia.

Una técnica para controlar este problema es el uso del el colageno absorbible INSTAN, se puede utilizar en zonas locales con trasfusiones de plasma.

VENTAJAS DE INSTAN

- Control de hemorragias en multiples zonas de sangrado
- Cabe en lugares y areas de dificil acceso o visualización
- Resistencia al desplazamiento de sangre y saliva y movimientos orales.
- Contacto directo con la hemorragia por sutura o ligadura
- Aplicación con presión y remover sin reinización de sangrado.

TECNICAS

Se coloca el Instan cubriendo todos los dientes y con hilo se amarran uno a uno, esto parece como un guarda oclusal, esto eliminara el sangrado gingival., despues se removera la tela de instan sin que esto provoque reincidencia del sangrado.

En un estudio para evaluar el cemento de fibrina en pacientes con problemas de sangrado.

Los pacientes con problemas en el sangrado que se someten a extracciones presentan el riesgo. de presentar un sangrado prolongado por lo que el control de hemostasi, se realiza en instituciones medicas por medio de modalidades sistemicas de infusiones preventivas de los factores de coagulacion o una infusion de trombocitos segun sea cada caso requerido.

Despues de las extracciones se les coloco a los pacientes un adhesivo combinado con beriplast y con una capa de colágena o espuma de gel.

- 1.-El alveolo fue cubierto con trombina durante 3 minutos para secar el hueco
- 2.-Se aplica 0.5 a 1.5 ml de adheçivo biológico en las paredes del hueco, asi como el colágeno
- 3.-Se suturo con seda no resorbibles.
- 4.-Despues de 10 dias fueron removidas las suturas.
- 5.-se inicio con una concentración de 1000 KIU/ml de adhesivo biológico

Pero al observar los sangrados secundarios se incremento la aprotinina a 10,000 KIU/ml con enjuagues de ácido tranexamico. 50 a 100 mg/kg/día durante 4 veces al día en 10 días.

La evaluación resulto un exito y ningun paciente requirio hospitalización y fueron dados de alta el mismo día.

HEMOFILIA

Es una enfermedad hereditaria que se manifiesta en los hombres y es transmitida por las mujeres.

Las causas del síndrome hemofílico son las deficiencias de:
Deficiencia del factor VIII (hemofilia clásica)
Deficiencia del factor IX (hemofilia B)
Deficiencia del factor XI

La hemorragia espontánea se presenta como hemartrosis en articulaciones grandes. y en boca es muy rara.

Los pacientes con hemofilia sangran excesivamente en caso de traumatismos bucal, como heridas en la lengua o extracciones dentarias, estas hemorragias son siempre graves.

Las plaquetas de la sangre se mantienen normal.

Retarda el tiempo de la coagulación, se mantiene inalterable.

El tiempo de sangría. Hemátomas subcutáneos, gingivorragias y epixtasia que tardan horas en ceder.

La prueba de laboratorio:

En esta enfermedad es el tiempo parcial de protombina.

Tratamiento:

Transfusiones de sangre o plasma que contengan globulina anti hemofílica, debe aplicarse gelfom y polvo de trombina en alveolos.

TROMBOCITOPENIA

Se caracteriza por aparición espontánea de lesiones hemorrágicas en la piel que pueden ser petequias hasta equimosis.

La trombocitopenia es disminución, circulante de plaquetas; las hemorragias son de pequeños capilares.

Una característica es la epistaxis, la melena, la hematuria.

Una manifestación es la hemorragia gingival, fiebre, ictericia, púrpura, mareos con signos neurológicos.

TRATAMIENTO

Transfusiones de intercambio con sangre total.

En un estudio realizado en pacientes tratados con anticoagulantes.

Se evaluó el efecto de un hemostático en pacientes de trombocitopenia, hemofilia, válvulas cardíacas, von willebrand's etc.

Después de las extracciones el campo quirúrgico fue irrigado con ácido tranexámico al 5% y se instruyó para que se enjuagaran con 10ml. de solución durante 2 minutos cuatro veces al día durante 7 días, se usó acetaminofen como analgésico.

RESULTADO

Se ha demostrado un efecto hemostático significativo al ácido tranexámico sin la reducción de anticoagulante.

TALANGIECTASIA

Es una anomalía vascular hereditaria dominante autosomal, se caracteriza por amplia difusión vascular con episodios de hemorragia espontánea, se manifiesta tanto en el hombre como en la mujer.

Las lesiones varían de tamaño, son de color rojo brillante o violáceo, se encuentran en cara, boca, nariz, manos, labios, lengua, oídos, superficie palmar y plantar, encías, mucosa bucal, paladar y tienden a sangrar con cualquier traumatismo.

Las lesiones en piel y mucosas pueden ser asintomáticas por muchos años, inicia en adolescencia aumenta su tamaño y su cantidad de acuerdo a la edad.

Las lesiones están formadas por vasos dilatados y delgados. Su manifestación son epitaxis recurrente y profusa, se han reportado en cerebro, riñones, tracto, gastrointestinal.

Las lesiones rojas púrpuras aparecen como araña arterial o nevo en araña.

COMPLICACIONES

El sangrado puede producir anemia por deficiencia de hierro.

Histologica

Es un vaso sanguíneo superficial rodeado por fibras elásticas

dilatadas, contienen una capa endotelial, el soporte vascular es poco. Las venas, capilares se encuentran dilatadas tortuosas y delgadas.

Laboratorio:

Todas las pruebas T.P.T., T.P., Tiempo de sangrado, Tiempo de coagulación, prueba de plaquetas etc. son normales.

En un reporte del caso se observo que una, persona padecía THH y FOD (displasia ósea florida) se evaluo tanto, físicamente, radiográficamente e histológicamente.

Encontrandose que los dos síndromes son independientes.

TRATAMIENTO

Electrocoagulación para lesiones accesibles, las lesiones asintomáticas no requieren tratamiento, puede ser con presión local y agentes hemostáticos.

Sangrado intestinal de sangrado intenso (50 -100ml/día) con hierro dextrano. 5 - 10ml/i.v. por 1 semana. y en caso más grave transfusión sanguínea.

Conclusiones:

En este tipo de lesiones se debe tener mucho cuidado para poder salir sin ningún contratiempo, sobre todo debemos tratar a estos pacientes con la ayuda de todo un cuerpo de salud.

FEOCROMOCITOMA

Generalidades:

El feocromocitoma es un tumor que produce, almacena y secreta catecolaminas algunos feocromocitomas se originan en la medulla suprarrenal, otros derivan de células cromafines dentro o alrededor de los ganglios simpáticos.

Se caracteriza por una hipertensión paroxística o sostenida del cual 1.0% es de todos los casos diagnosticados.

Sintomas y Signos:

Se manifiesta por crisis de dolor de cabeza visión borrosa, sudores intensos, pérdida de peso elevación urinaria de los catecolaminas o de sus derivados.

Taquicardia e hipertensión postural.

Hipertensión a veces paroxística o sostenida.

La presión sanguínea alta no controlada es un problema difícil en el tratamiento dental. El dolor de origen dental puede provocar un efecto peligroso en la presión sanguínea porque no se pueda controlar con fármacos habituales para la presión sanguínea.

El feocromocitoma es un tumor de origen de la médula suprarrenal, causa fluctuaciones severas no pronosticables en la presión sanguínea.

El tratamiento dental debe suspenderse hasta que se haya controlado la hipertensión y el tumor haya sido completamente removido.

Durante 2 semanas anterior al tratamiento dental se aplico alta dosis de bloqueadores alfa (prazosin, 8mg) y bloqueador beta (propranolol 240 mg) 4 veces al día, para lograr una saturación en los receptores bloqueadores para evitar cambios en la presión sanguínea que puede poner en peligro la vida.

Para controlar y evitar la liberación de catecolaminas como resultado de la presión, se recomienda la sedación intravenosa profunda con droperidol, fentanil y midazolam.

La prevención de fluctuaciones de la presión sanguínea debe considerar la liberación de catecolaminas endógenas en altas dosis derivadas del tejido del tumor feocromocitoma, secretadas fisiológicamente en el tejido medular suprarrenal ; los vasopresores exógenos que se usan en soluciones de anestesia local, como mepivacaína sin vasoconstrictores.

En los casos difíciles se debe estar preparados para tratar presiones altas o bajas, se recomienda preparar potentes drogas antihipertensivas como la nitroprusiada y fentolamina (Regitina) el tratamiento de una baja presión sanguínea requiere de las medidas de posición supina y administración de oxígeno.

Un tratamiento dental, se inicio 2 semanas anteriores antes del tratamiento dental con bloqueadores alfa y beta, con una sedación profunda intravenosa monitoreo continuo hemodinámico, ritmo cardíaco, EKG y oximetría del pulso, sedación con fentanil 70 mg. Droperidol 1 mg., midazolam 5.5 mg. 3 cartuchos de 1.9cc de mepivacaina 3%.

En casos seleccionados los tratamientos se administraran por un equipo de médicos, anestesiólogo, cardiólogo, etc.

Las lesiones supra-renales deben sospecharse siempre en los enfermos hipertensos y deben tomarse las medidas adecuadas, los resultados seran excelentes.

TRAUMATISMO EN TEJIDOS DUROS

Las complicaciones surgen por errores de un mal diagnóstico - uso incorrecto del instrumental, aplicación de fuerza excesiva - y no tener visualización adecuada para el acto quirúrgico.

Fractura del diente.

La fractura de la parte coronal del diente que se va a extraer ésta puede ser anticipada o bien desde un principio se sabe que va a fracturarse.

Causas.

Al hacer la luxación se pone demasiada presión en el cuello - del diente que va a ser extraído quedando la parte radicular en el alvéolo.

Los dientes que tienen una caries que abarcan más de tres paredes, se van a encontrar debilitados y debido a esto se pueden fracturar con mucha facilidad al tratar de luxarlos con el fórceps o con el elevador.

Cuando tienen una morfología radicular angulada o convergente - no pueden resistir el esfuerzo y se fracturan en el punto de menor resistencia.

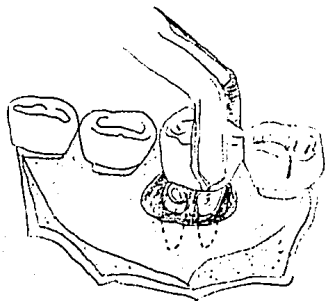
Cuando están tratados endodónticamente, por estas causas se encuentran deshidratados y frágiles.

En un estudio incompleto, tanto clínico como radiográfico del diente, así como una técnica quirúrgica equivocada, se funda la causa principal del accidente.

Tratamiento.

Se toma una radiografía para observar la morfología radicular - A causa del traumatismo se producen desgarros de la encía, se -

desplazan esquirlas óseas y dentarias las cuales se eliminan - limpiando y alisando los bordes del alvéolo, se cohibe la hemo - rragia generalmente por compresión para tener visualización y poder eliminar la parte radicular.



Apófisis Alveolares

Durante la extracción difícil se pueden fracturar de forma imprevista porciones de hueso alveolar que se hallan alrededor del diente.

En ocasiones cuando se toma al diente con el forcep, se llega a tomar el hueso alveolar accidentalmente fracturándolo.

Cuando hay raíces divergentes o que tengan problemas parodontales severos puede extraerse el diente adherido con la apófisis alveolar, este trauma es uno de los más repetitivos tanto en el consultorio como en accidentes de tránsito.

TRATAMIENTO

Si el hueso alveolar al fracturarse queda ruzoso y deforme, este se alisan los bordes irregulares del hueso con lima para hueso y se procede a suturar el periostio.

en caso de que el fragmento sea grande y el periostio este intacto, se procede a acomodar la apófisis alveolar ligandolo con alambre, se sutura el periostio, y se tendra en observación durante unas cinco a seis semanas retirando desoues la sutura de alambre.

En los alveolos estos se rellenan con hemostaticos fabricados de alginato de calcio y alginato de sodio los cuales estimulan la activación de los plaquetas y la función de la coagulación. con estudios radiograficos se identificaran residuos de los hemostaticos.

no hubo problemas de hemorragias pos operatorias.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD.

En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los restos radiculares así como los molares retenidos y - por el uso de elevadores sin precaución usando fuerzas -- excesivas se puede provocar:

- 1.- Fractura de la tuberosidad.
- 2.- Comunicación a seno maxilar.
- 3.- Comunicación a fosa Pterigomaxilar.
- 4.- Afectar arteria maxilar interna.

Se reporta un paciente que presentaba un cuadro hemorrágico abundante, originado por fractura de la tuberosidad del maxilar con comunicación a seno maxilar y fosa pterigomaxilar, afectando arteria maxilar interna.

- 1.- Se valora al paciente.
- 2.- Se inicia historia clínica entre los puntos de importancia se encuentran antecedentes heredo-familiares de hemofilia tipo A leve.

3.- Se realizaron pruebas de laboratorio.

4.- Se realizaron estudios radiograficos.

TRATAMIENTO

1.- Se inicia extrayendo los restos radiculares de los molares.

2.- Taponamiento de alveolos con gelfom, terapia de transfusiones de concentrados globulares durante dos semanas para recuperar el valor sanguineo.

3.- Como no cobio la hemorragia se procedio a la ligadura de la arteria carotida externa para detener la hemorragia.

4.- Despues de la cirugia se le indico tratamiento de penicilina sódica cristalina con dosis de 6 millones de I.V. ^c/6 hrs. y transfusiones de crioprecipitados al 30 %, asi como estudio de control de tiempo parcial de tromboplastin. para conocer los valores sanguineos.

5.- Asi como un control semanal de tiempo parcial de tromboplastin.

RACTURA DEL MAXILAR INFERIOR.

La fractura accidental de la mandíbula puede ser consecuencia de la aplicación de una fuerza exagerada, se produce con más frecuencia en mandíbulas delgadas y atóricas, y cuando en la región de terceros molares donde hubo un proceso infeccioso severo y el cual se haya destruido una parte del hueso, y el ángulo mandibular es debilitado.

TRATAMIENTO:

Se coloca la mandíbula en su posición original e inmoviliza con vendaje tipo Borton remitiendo al paciente con un cirujano maxilofacial. El cual hará una inmovilización intermaxilar con alambre de acero inoxidable durante unas seis semanas y tendrá que seguir con dieta líquida.

Se presentó un caso en donde se observa un severo agiñonamiento en incisivos inferiores así como un camino temporal sin exfoliarse y trauma mandibular.

I.- Se inicia estudio radiográfico donde se encuentra fractura mandibular en zona canina así como el camino permanente se encuentra muy cerca del borde inferior.

DIAGNOSTICO:

Se indica extracción del camino temporal así como cirugía -

del camino permanente y fijación de la mandíbula con tratamiento ortodóntico.

TRATAMIENTO:

Se optó por extraer camino temporal y colocación de prote
sis.

FRACTURA DE LA RAIZ

Es una complicación muy frecuente.

las causas de fractura radicular son:

- Uso excesivo de fuerzas sobre el diente
- Raíces divergentes
- Diente no vital, fragil, se fractura con mayor facilidad
- Proceso carioso muy avanzado
- Malformación radicales como dilaceraciones o fusiones, delgadas, curvas, divergentes
- Hiperementosis
- Pacientes de edad con hueso denso y raices largas y finas

TRATAMIENTO

Cuando la raíz queda por debajo del reborde alveolar, se usara elevador recto, que irá en sentido vertical siguiendo el eje perpendicular del diente, tratando de expulsar la raíz.

en piezas dentales multirradicales, lo más sencillo es separar con fresa quirúrgica y así extraerlas una por una.

hay otras técnicas para la extracción de restos radicales llamadas a cielo abierto y a cielo cerrado

Una técnica de extracción de restos radiculares por medio de limas endodóncicas, que se realiza de la siguiente manera.

1.- Se limpia el alvéolo para observar el conducto del resto radicular, se introduce la lima hasta quedar ajustada y se tracciona el resto radicular. esta técnica se practica en dientes uniradiculares y que se observe claramente el conducto.

2.-En caso que no se observe el conducto se coloca nuevamente la pieza extraída en su alvéolo, pero antes se abre la parte coronal para localizar los conductos, se introduce la lima en el conducto que corresponda la raíz fracturada, se sobrepasa del apice radicular, se gira la lima hasta ajustarla y se extrae nuevamente la pieza dental recuperando el fragmento radicular.

para poder practicar esta técnica no se debe manipular el alvéolo con ningún instrumento para no modificarlo.

después de dejar limpio el alveolo este se rellena con gelpon o cualquier producto hemostático para controlar la hemorragia, se procede a juntar los bordes del periostio para suturarlos.

Lesiones a los dientes adyacentes

El uso imprudente de elevadores o pinzas pueden provocar la -

- a).- Luxación
- b).- Avulsión
- c).- Fractura

de la pieza adyacente.

La Luxación.- se puede provocar por usar pinzas con el bocado más grande que el espacio que ocupa el diente a extraer y por usar los elevadores incorrectamente.

Tratamiento.- Se valora la movilidad del diente afectado, si es poco lo que se mueve se le indica al paciente que no use el lado afectado y por el momento coma dieta blanda.

Pero si la movilidad es de consideración, se procede a inmovilizar al diente, ya sea con alambre de ligadura, bandas de ortodoncia, férulas de acrílico, teniendolo en observación unas cuatro semanas.

La Avulsión.- Cuando pasa este tipo de accidente por lo general es porque la raíz del diente es cónica o de raíz enana, aparte del mal manejo del instrumental, así como la poca precaución del operador.

Tratamiento.- Se coloc. nuevamente el diente en su alvéolo fijándolo con férula de acrílico, cuidando que la férula no llegue a la parte incisal ni en el cuello del diente, y se le tiene en observación despues que el diente vuelva a implantar, se puede iniciar la terapia endodóncica., El alveolo no se debe raspar.

Fractura del Diente.- Esto ocurre cuando la pinza resbala y golpea al diente adyacente o cuando se usa el elevador incorrectamente con mucha fuerza, la fractura puede ser leve solo un poco la corona sin involucrar dentina solo un poco de dentina.

Cuando fractura la corona abarcando hasta pulpa, y también puede fracturar las raíces .

Tratamiento.- Esto depende de la extensión de la fractura, puede ser desde muy pequeña y astillado que solo necesita contorno y pulido de su corona, hasta la fractura completa con la indicación de la extracción.

En un caso reportado, se presenta paciente con incisivos centrales fracturados a nivel radicular en forma horizontal, y con lateral avulsionado entre otras cosas. Caso ocurrido una hora antes de presentarse a su atención dental.

Se colocaron los dientes, centrales, laterales en su lugar.

Después de tomar todos los datos, radiografía de estos dientes se inicio tratamiento y ferulizandolos con ferula de acrílico,

Recomendaciones.- Quitarlos de oclusión, dieta blanda, analgésicos, vacuna para tetanos, higiene y citas cada semana.

BIBLIOGRAFIA

Guillermo Ries Centeno

Cirugia bucal

Editorial El Ateneo 9 Edición

Daniel M. Laskin

Cirugia bucal y Maxilo facial

Editorial Panamericana

Dr. Gustav O. Kruger

Tratado de cirugia bucal

4 Edición Editorial Panamericana

Dr. Gustav O. Kruger

Cirugia Buco Maxilofacial

5 Edición Editorial Panamericana

Dr. Martin J. Dunn

Medicina Interna y Urgencias En Odontología

El Manual Moderno

Marcus A. Krupp

Diagnostico clinico y Tratamiento

Editorial El Manual Moderno

Revista Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology
Vol. 75 N.3 March 93 Pag. 230 -282

Revista Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology
Vol. 75 N.3 March 93 Pag. 290 -291

Revista Practica Odontologica
Vol. 11 N.11 Jun 93

Revista Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology
Vol. 75 N.1 January 93

Revista British Journal Of Oral y Maxillo Facial Surgery

Revista Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology
Vol. 75 N.1 January 93 pag. 48- 53