

4-7-52

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"EXODONCIA"

En el Enfermo Cardiovascular

TESIS

*que para su examen profesional de
Cirujano Dentista
presenta*

LUIS FARILL RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.
1952



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A LA SAGRADA MEMORIA DE
MI MADRE:
SRA. ELVIRA RODRIGUEZ.

CON PROFUNDO CARIÑO
A MI PADRE:
DR. LUIS FARILL SOLARES.
AGRADECIENDO SUS SABIOS
CONSEJOS Y ENSEÑANZAS.

A MI QUERIDA ABUELITA:
SRA. MANUELA S. VDA. DE FARILL,
CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO Y
CARIÑO POR HABER GUIADO MI VIDA.

A MIS TIOS:
DR. JUAN FARILL,
SRA. GUILLERMINA FARILL Y
SRA. EMMA F. DE MANRIQUE;
CON CARIÑO.

A LA SRITA DRA.
MARIA TERESA ROMERO,
FUTURA COMPANERA DE MI VIDA.

AL INSTITUTO
NACIONAL
DE
CARDIOLOGIA

A MI ESCUELA.

A MIS MAESTROS.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

SUMARIO

- 1.—PROPOSITOS.
- 2.—IMPORTANCIA DE LA EXODONCIA.
- 3.—EL CARDIACO COMO PACIENTE EN EXODONCIA.
- 4.—ESTUDIO DEL ENFERMO.
- 5.—LOS PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES ANTE EL C. DENTISTA.
- 6.—ETIOLOGIA DE LOS ACCIDENTES EN LOS CARDIOVASCULARES.
- 7.—ANESTESIA. GENERAL Y LOCAL. ALGUNAS TECNICAS USADAS.
- 8.—BACTERIEMIA TRANSITORIA. PRUEBAS DE SU PRESENCIA Y MODO DE COMBATIRLA.
- 9.—EXTRACCION. METAS QUE SE PERSIGUEN.
- 10.—CONCLUSIONES.
- 11.—BIBLIOGRAFIA.

PROPOSITOS:

No es mi idea presentar este pequeño trabajo, como un tratado de Exodoncia, ni querer enseñar con él, a los C. Dentistas, nuevas técnicas quirúrgicas; solo pretendo exponer mi opinión, sobre lo que considero como un problema actual en la Odontología: "El modo de tratar en Exodoncia al enfermo cardiovascular".

Al escoger este tema, como trabajo de mi tesis profesional, he tenido en cuenta, que la Exodoncia es una rama de la Odontología, que de una manera general, es practicada por todos los C. Dentistas, y que el manejo inadecuado de los enfermos cardiópatas, ocasiona la presentación de accidentes, en muchos casos fatales, que pudieron haberse evitado fácilmente.

Sin embargo, debe considerarse que este pequeño trabajo, es obra de un estudiante, que solo desea con él, dar una opinión personal, y que carece de la experiencia y el saber necesarios para realizar una obra digna de crítica, y por ello espera la benevolencia del H. Jurado, para éste, que constituye su primer paso dentro de la Odontología.

LUIS FARILL RODRIGUEZ.

IMPORTANCIA DE LA EXODONCIA DENTRO DE LA ODONTOLOGIA:

La Exodoncia representa una de las primeras ramas de la Odontología, y a la vez la más ampliamente practicada por los C. Dentistas. Es de gran importancia dentro de la Odontología, debido a que aunque el ideal sería, que mediante la prevención, pudiera abolirse su práctica, son desgraciadamente muchos factores los que contribuyen a hacer esto materialmente imposible. Algunos factores son ajenos a la voluntad del paciente, como las distrofias y anomalías dentarias, diversas causas traumáticas, físicas, químicas y biológicas; pero otras, son directamente atribuibles a ellos, por la falta de preparación dental adecuada y debido también, en gran parte, a su abulia que los hace olvidar por completo la atención que le deben a esta parte de su organismo.

El tipo de alimentación actual, en donde se abusa de alimentos suaves, muy cocidos y de sabor agradable, no proporciona el indispensable estímulo a los dientes y a los tejidos de soporte; ya que solo se busca con ellos, reparar el gasto de energías del organismo; y desgraciadamente, el cepillado dental que debería proporcionar el estímulo que no dan los alimentos, no se realiza o bien se realiza en forma incorrecta, seguramente mal influenciados los enfermos, por las falsas propagandas de los cepillos dentales y de los dentríficos.

Unido a esta falta de cuidados dentales en los enfermos, se encuentra el abuso que generalmente se hace, de los dulces y refrescos, lo que aumenta las posibilidades de pérdida de las piezas dentarias.

Nos damos cuenta, por todo lo anterior, que la Exodoncia seguirá practicándose por mucho tiempo, pese a las buenas intenciones de

la Odontología preventiva y por ello urge mejorarla en todos sus aspectos, tanto como nos sea posible.

Ahora bien, en mi opinión, podría lograrse una gran mejoría de la Exodoncia, si nos damos cuenta de que en realidad es una parte de la Cirugía Menor y por ello debe prestársele todo el cuidado de una operación, en sus tres tiempos: Pre-operatorio, Operatorio y Postoperatorio. Debe olvidarse de una vez por todas, el error de considerar a la extracción dentaria carente de importancia, tanto por el paciente, como por el mismo Cirujano Dentista. Durante el proceso de la extracción, el enfermo nos confía por completo su vida y esto de ninguna manera carece de importancia.

Es indispensable que nos demos cuenta, de que la Odontología, ha dejado de ser exclusivamente artística y que tomemos en cuenta los factores científicos que la rodean, con esto quiere decir, que como médicos especialistas de la boca, necesitamos cumplir con reglas fundamentales, que hacen nuestra actuación más acertada. Si el Médico, tiene la necesidad de estudiar completamente a su enfermo, para realizar en él, alguna intervención quirúrgica: así mismo nosotros debemos hacerlo, ya que con ello cumpliremos nuestro deber de velar por la salud y la vida de nuestro paciente, evitando la presentación de accidentes, ocasionados por el desconocimiento que en muchos casos tiene el paciente y aun el mismo médico que lo atiende, de la presencia de ciertas contraindicaciones ya sea para la anestesia o para la intervención.

EL CARDIACO COMO PACIENTE EN EXODONCIA

En el caso del enfermo cardiovascular, surge la incógnita:

¿Qué conducta seguir frente a uno de estos pacientes?

No podemos conformarnos con atenderlo sin ninguna precaución, dejando, al azar que se presenten o no, trastornos de magnitud variable, muchas veces fatales; ni tampoco podemos negarnos a prestar nuestros servicios a los pacientes en estas condiciones.

¿Qué debemos hacer entonces?

Ante todo estudiar a nuestro enfermo, para saber si realmente nos hallamos en presencia de un paciente con alguna insuficiencia, ya sea renal, hepática, respiratoria o lo que es más importante, cardiovascular. Tratándose de un individuo realmente cardíaco, ante todo procuraremos ganarnos su confianza, para nuestros actos futuros; hacer comprender al enfermo que se encuentra ante un Cirujano Dentista preparado y que no corre ningún riesgo adicional. Con esto evitaremos muchos trastornos desencadenados por mecanismo psíquico. En el Instituto Nacional de Cardiología, solo se han presentado hasta la fecha, 2 accidentes de escasa importancia, consistentes en lipotimias pasajeras; con la particularidad de que se presentaron en enfermos pertenecientes al personal administrativo y con corazón sano comprobado. Esta ausencia de trastornos en los muchos enfermos atendidos, solo se explica por la extraordinaria confianza que sienten los enfermos al ser atendidos en el gabinete dental del propio instituto. Es ésta la confianza que debemos inspirar a nuestros pacientes particulares.

Debemos ser extremadamente cuidadosos en nuestro trato, evitando hasta lo imposible los fenómenos dolorosos, que alejan al en-

fermo del C. Dentista. El paciente que es tratado en esta forma adquiere la confianza necesaria, para permitir el cuidado de su boca y evitar así tener que realizar mayor número de extracciones.

El Dr. Manuel Vaquero, en una conferencia sustentada en el Instituto Nacional de Cardiología, el día 10. de Agosto de 1952. dice lo siguiente a propósito de los riesgos quirúrgicos en el cardíaco, en comparación con el individuo de corazón sano:

Según Hamilton, el porcentaje de riesgo quirúrgico en un cardíaco, aumenta de 5% a 12% en relación con el enfermo que tiene su corazón sano, hecho que se comprobó al estudiar un grupo de 145 enfermos coronarios; pero si estos mismos enfermos eran preparados convenientemente antes de la operación, dicho porcentaje se disminuía al 4.4%. Ahora bien, este aumento se encuentra en relación con muy diversos factores como la cardiopatía y su antigüedad, con el grado de la misma, si existe o no cardiomegalia y en qué grado, si hay arritmias constantes, así como de la magnitud y duración de la operación, etc., etc

Respecto a la extracción dentaria, la considera como a cualquier otra clase de cirugía menor, y hace ver la necesidad de evitar las extracciones múltiples, por el gran traumatismo que provocan, tanto en lo físico como en lo psíquico y también por la gran bacteriemia que producen. En todo caso, hace la recomendación al C. Dentista, al igual que al médico general, de consultar al médico cardiólogo siempre que se encuentren frente a un enfermo sospechoso de tener una insuficiencia cardiovascular, para que sea éste, el encargado de sugerir la manera más conveniente de actuar en dicho enfermo, así como cuándo será el momento apropiado para proceder.

ESTUDIO DEL ENFERMO

Todo paciente que ocurre a nosotros, solicitando nuestros servicios como exodoncista, debe ser objeto de un cuidadoso examen que nos pondrá en condiciones de conocer datos de gran interés, para que su tratamiento, se lleve a cabo en una atmósfera de seguridad absoluta tanto para el propio enfermo, como para el profesional.

El Cirujano Dentista, es el médico especialista de la boca, y como tal, ejecuta maniobras quirúrgicas en ese territorio orgánico y para obrar en la forma médica que le corresponde debe estudiar al enfermo, para no dejar al azar la presentación de estos trastornos.

El estudio de nuestro paciente, incluye un cuidadoso interrogatorio, exámenes clínico y radiológico completos y cuando lo consideramos necesario, las pruebas de laboratorio correspondientes.

En nuestro interrogatorio debemos seguir un orden, que nos permita hacer todas las preguntas necesarias sin olvidar datos de positivo interés para nosotros.

El primer paso dado por nosotros será encaminado a conocer cuál es la molestia que origina la visita del enfermo, investigando todas sus características: situación, dolor con sus variantes, fecha de aparición, exacerbaciones, etc., sin olvidar cuál ha sido la terapéutica empleada. Este primer paso completado con el examen clínico y radiográfico, nos llevará al diagnóstico de la lesión que presenta el enfermo.

Los próximos pasos en el interrogatorio del enfermo, tienen por objeto saber cuál es su condición general, para saber si no existe alguna contraindicación, ya sea para la anestesia o para la intervención.

Preguntaremos sobre antecedentes patológicos, hereditarios y adquiridos, circunscribiéndonos a aquellos que sean de interés para nosotros y con el objeto de tener mayor seguridad para nuestro enfermo: Diabetes, Hemofilia, Púrpura Hemorrágico, Enfermedades Venéreas, etc., etc.

Después pasaremos al estudio de los distintos aparatos, y también aquí solo haremos preguntas que nos lleven a datos de interés para nuestro trabajo. Nuestras preguntas irán dirigidas a encontrar datos que nos indiquen la presencia de una insuficiencia cardíaca, renal o pulmonar, que pudieran contraindicar nuestra intervención.

ESTUDIO CLINICO

El estudio clínico de nuestro enfermo, es de gran importancia en la Exodoncia, pues es parte de los medios empleados por nosotros, para llegar a nuestro diagnóstico.

El examen extraoral, es superficial y con él solo tratamos de encontrar manifestaciones externas del padecimiento, como puede ser la asimetría facial, producida por procesos inflamatorios, infecciosos o tumorales; presencia de fístulas, adenitis, etc. Por palpación podremos darnos cuenta de fluctuación de los tejidos, edemas, etc.

El examen intraoral, es más significativo para nosotros y por él sabremos: presencia de trismus y en el caso de no haberlo; cuando el paciente abre la boca, podemos darnos cuenta de la coloración de las mucosas, existencia de fístulas, presencia de capuchones en piezas con erupción incompleta y que ocasionan procesos inflamatorios, estado de la lengua y sobre todo estado de los dientes en general y de la pieza enferma en particular. Es conveniente anotar todas las caries existentes, así como, la presencia de procesos infecciosos, como la periodontoclasia. En el caso de encontrar procesos tumorales, es también necesario realizar o recomendar al enfermo una biopsia, para aclarar la malignidad del tumor.

RADIOGRAFIAS

Este es un punto muy importante en nuestro estudio, pues por medio de él, podremos darnos cuenta de lesiones ocultas, que deben ser atendidas, como raíces, piezas impactadas o incluidas, caries interproximales, resorciones óseas, etc. Generalmente se hacen estudios

de catorce radiografías, pero en caso necesario, pueden hacerse series completas en solo diez placas. De no ser posible por circunstancias especiales, tomar una serie completa, cuando menos se tomará la radiografía de la pieza enferma, la cual es indispensable para evitar trastornos en el momento de la intervención. También de ser posible se tomarán radiografías de control, sobre todo si la extracción ha sido laboriosa.

El estudio realizado en esta forma, nos permitirá ejecutar un buen trabajo en nuestros enfermos al evitar accidentes debidos al desconocimiento de las causas especiales que rodean a la intervención; nos permitirá escoger de antemano la clase de anestesia y de instrumental que debe usarse y nos pone en condición ideal de conocimientos al frente del enfermo para poderle informar del estado de su boca, de manera que pueda ser atendida a tiempo.

PRUEBAS DE LABORATORIO

En caso de ser necesarias, podrán hacerse por el Cirujano Dentista, o bien ordenar a algún laboratorio, diversas pruebas entre las que podemos mencionar: tiempo de sangrado y de coagulación; tiempo de protrombina, examen general de orina, biometría hemática, examen general de sangre, biopsias, etc., etc. que comprobaran nuestras sospechas y nos ayudarán a establecer la mejor forma de actuar.

LOS PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES ANTE EL C. DENTISTA

Con este motivo, el Cirujano Dentista al realizar su interrogatorio o al examinar clínicamente a su enfermo, deberá fijarse principalmente en los siguientes datos, que son casi siempre, índices de una descompensación más o menos grave, sobre todo cuando se encuentran asociados:

TAQUICARDIA

Aceleración de la frecuencia de los movimientos del corazón.

Los movimientos del corazón, conservan un ritmo en estado normal de 70 a 80 pulsaciones por minuto, pero en algunas ocasiones y por diversas causas, este número se encuentra notablemente aumentado, hasta llegar a 150 o más por minuto. Este aumento puede ser transitorio o permanente. Cuando es transitorio, se debe principalmente a causas fisiológicas, como exceso de ejercicio, emociones intensas, digestión, estados febriles, etc., y tiende a desaparecer más o menos rápidamente. Cuando se trata de un síntoma de insuficiencia, la taquicardia generalmente es permanente o de más larga duración; se presenta en ausencia de ejercicios o con ejercicios moderados que en estado normal no la producen, sin emociones, sin fiebre, etc., Fisiológicamente denota una insuficiencia del corazón para cumplir con su trabajo normal, que lo obliga a realizar mayor número de movimientos, para suplir con estos, su falta de capacidad.

PALPITACIONES

Sensación molesta de los latidos del corazón.

En estado normal, los latidos no son apreciados por el individuo, a menos que realice alguna maniobra tendiente a lograrlo (toma del

pulso, palpación precordial, etc.), pero hay momentos en que esta sensación puede ser percibida y en algunas ocasiones es posible observar los movimientos cardíacos a través de la piel de la región precordial. Cuando esto sucede es una indicación fisiológica de una insuficiencia del corazón y representa el esfuerzo de éste por cumplir sus funciones de bomba sanguínea, pero como su función es anormal, se va acumulando un excedente dentro del corazón, el cual al sentirse oprimido, se ve obligado a realizar esos esfuerzos extraordinarios, que ocasionan que se sientan con gran intensidad y que necesariamente agotan al corazón.

DISNEA

Dificultad para respirar..

La función respiratoria normal, también tiene un ritmo, y este se encuentra entre 18 y 20 respiraciones por minuto. Este ritmo se altera con los ejercicios violentos en una forma fisiológica y se calma con el reposo. Se manifiesta principalmente por dos síntomas:

1o.—Subjetivamente, por sed de aire, y

2o.—Objetivamente, por aumento del ritmo respiratorio. No se trata de un síntoma propio de las insuficiencias cardíacas, pero sí, generalmente asociado con ellas.

Tiene varias formas de presentarse:

Disnea de Esfuerzo.—Se divide en gran esfuerzo, que es la fisiológica y que desaparece con el reposo; de mediano esfuerzo, que es una fase más adelantada, en donde la provocan ejercicios, que habitualmente no la producían y que tarda más en compensarse y la de pequeños esfuerzos, en donde ya la provocan ejercicios tan simples como hablar, cambiar de postura, etc. Una de las características de las disneas de esfuerzo de origen cardíaco, es su rápida evolución para convertirse, cuando no se les atiende, en disneas de pequeños esfuerzos.

Disnea de Decúbito.—Disnea generalmente de origen cardiovascular, en donde la simple postura es capaz de producirla o de aumentar su intensidad y que generalmente se mejora al asumir nuevamente la posición ortostática.

Disnea Paroxística.—Esta se presenta ocasionalmente, y representa un estado más grave de disnea, pues generalmente se desencadena, sin motivo aparente.

Disnea Periódica.—Es generalmente de origen cardíaco, y en ella se suceden fases de apnea y de hipernea.—Principalmente la disnea de Cheyne-Stokes. Es de pronóstico grave.

Cianosis.—Es la coloración de la piel del enfermo, variando desde un color azulado hasta el rojo obscuro y amoratado.

La cianosis es índice de algún trastorno en la oxigenación de la sangre y puede ser congénita, revelando alguna lesión también congénita del corazón o de los vasos y puede ser adquirida, en donde es el signo de una insuficiencia del corazón derecho.

La cianosis no es únicamente manifestación cardíaca, sino también respiratoria, pero de cualquier manera representa una insuficiencia de gran importancia para nosotros.

Edemas.—Deformación parcial de una región, como consecuencia de la infiltración de líquido en el tejido celular sub-cutáneo.—Hay además edemas viscerales, pero son de escasa importancia desde el punto de vista odontológico. Su signo característico es la deformación temporal, de la región edematizada, por cualquier presión, (presión digital, surcos por los pliegues de los vestidos, impresión de las agujetas de los zapatos, etc.)

El edema puede ser evidente, pero hay casos en que es necesario saber sus lugares de elección para poder encontrarlo; se encuentra principalmente en la región anterior de la pierna, en la región maleolar, en la región postero-interna del muslo, en los párpados, etc.

La coloración puede ser: violácea, como en los enfermos cardíacos (edema azul de los cardíacos); lustrosa y decolorada (edema blanco de los renales); y cuando el edema se hace crónico, la piel se pigmenta y se forma el edema bronceado de los crónicos.

La consistencia del edema es generalmente blanda y se deforma fácilmente con cualquier presión, pero si se hace crónico, se endurece debido a que el tejido celular se escleroza.

El edema puede tener como origen causas locales y causas generales. Las causas locales son por infecciones de la piel, del tejido celular sub-cutáneo, padecimientos de las venas, y los edemas de origen traumático que son de escasa importancia en la práctica odontológica.

Las causas generales son más importantes porque revelan disfunciones que pueden ser: cardíacas, renales, hepáticas o bien nerviosas. Para nosotros es de importancia conocer los que puedan ser de origen cardíaco o renal.

El edema cardíaco, es el de mayor importancia para nosotros, es blando, pálido, indoloro y depresible por la presión digital. Se caracteriza por su facilidad para generalizarse, pudiendo hacerlo hasta generar en hidropesía. Su sitio de elección es en los tobillós (región maleolar), son los llamados edemas vespertinos de los cardíacos. En el terreno cardiovascular se caracterizan por hiposistolia, oliguria y taquicardia persistente después de cualquier esfuerzo.

El edema renal, a diferencia del cardíaco, es matutino, de consistencia blanda, color más pálido y de menor intensidad; su sitio de elección es en los párpados y en los tegumentos de la cara. El líquido del edema renal contiene una elevada proporción de proteínas (1 gr. o más por ciento). Se presentan por la retención de cloruros en el organismo y la consiguiente retención de líquidos para conservar la concentración.

OLIGURIAS.—Este es otro sintoma interesante de disfunción orgánica. Normalmente el individuo excreta de 1,000 a 1,500 c.c. de orina en 24 horas. Debe distinguirse la oliguria temporal de la permanente, que se presenta en una forma habitual y que es la que revela una insuficiencia cardíaca, cardio-renal, cardio pulmonar o cardio-neumo-renal.

Oliguria Cardíaca.—Es debida a insuficiencia del músculo cardíaco, que ocasiona una tensión vascular baja y con ella un filtrado incorrecto por el riñón. Cuando esto es causa única, la orina es escasa, pero se encuentra concentrada y sin substancias extrañas. Se presenta generalmente de día y se encuentra compensada por una poliuria nocturna, durante su fase inicial. Gradualmente se agrava, con la evolución del proceso cardíaco.

Oliguria Cardio-Pulmonar.—La insuficiencia cardíaca, se encuentra agravada por la extasis pulmonar, y la anoxemia, que trae consigo un aumento en la viscosidad de la sangre y con esto baja más la tensión vascular, que aumenta la extasis renal y por esto la oliguria. No hay compensación nocturna.

Oliguria Cardio-Neumo-Renal.—Es sin duda el estado más avanzado, al aumentar la gravedad con la lesión renal, lo que trae como

consecuencia la retención de productos tóxicos en la sangre, como la urea. La oliguria es extrema, combinada con asfixia, hisposistolis y uremia.

Insuficiencia Renal.—(Oliguria renal).—Se caracteriza por el dolor renal el cual debe ser diferenciado por los dolores lumbares, por medio del examen general de orina, y porque se presenta con los movimientos o por la presión del ángulo costo-vertebral. Se hace intolerable con los ejercicios y desaparece en decúbito.

DOLORES PRECORDIALES.—Son síntomas de gran valor en las cardiopatías

Se distinguen varios tipos de dolor cardíaco, a saber:

1o.—Angina de Pecho.—Síndrome de isquemia del miocardio, producida por espasmo de una arteria coronaria. Debe distinguirse entre angina de pecho verdadera y angina de pecho falsa. La verdadera se caracteriza por ser un dolor precordial, irradiado al brazo izquierdo, cuello y mandíbula del mismo lado y frecuentemente acompañado de angustia. Se presenta súbitamente, es de corta duración, profundo paroxístico; a consecuencia de un esfuerzo brusco, de un enfriamiento, de una digestión pesada, y en los casos graves de insuficiencia coronaria, al momento de la micción cuando existe disuria o en la defecación cuando sufren estreñimiento.

Aun cuando en nuestro paciente, ésto sea una lesión vieja, debemos tener cuidados especiales, debido a que casi siempre deja lesiones graves en la irrigación miocárdica y cualquier causa que eleve la tensión arterial, puede desencadenar un nuevo ataque, siempre de mucha gravedad.

2o.—Infarto del miocardio.—Dolor producido por oclusión coronaria. Este dolor es a menudo confundido con el de angina de pecho. Se diferencia del Anger Pectoris porque su aparición es menos brusca, de gran intensidad pero que puede presentarse en el reposo.—Puede presentarse como consecuencia de un ataque de angina de pecho prolongado.

3o.—Insuficiencia coronaria sin oclusión.—(Insuficiencia Coronaria Aguda).—Dolor intenso, de gran duración se presenta en esfuerzos y en reposo puede motivarla un traumatismo intenso o una intervención quirúrgica.

**Puede Presentarse con una Inyección que
Contenga Adrenalina**

40. Dolores pleuro-pericardíacos, también se presentan en la región precordial y algunas veces se irradian al hombro izquierdo, pero se diferencian de los dolores coronarios en que los movimientos respiratorios, la tos y los movimientos del tronco, aumentan su intensidad, que es muy variable, leve algunas veces, e intolerable otras.

La investigación de estos dolores, nos pone en condiciones de presumir lesiones orgánicas muy graves, que pueden ser contraindicaciones muy serias para la intervención o para la anestesia y en estas condiciones será necesario enviar al enfermo, con un médico especialista, que nos indique la manera de actuar,

ETIOLOGIA DE LOS ACCIDENTES EN LOS CARDIOVASCULARES

El tratamiento de un enfermo cardíopata, supone que se consideren varios factores de importancia en la etiología de los trastornos o accidentes frecuentes durante su tratamiento.

Sabemos por trabajos de renombrados autores y por experiencia personal (clase de anestesia) que pueden presentarse y de hecho se presentan diversos accidentes antes, durante y después de la intervención en un enfermo de esta naturaleza.

El Dr. Ignacio Chávez, en un bien elaborado estudio presentado a través de sus clases (curso de Otoño, Colegio Nacional.—1943), supone fundadamente cuatro factores principales como los causantes de estos accidentes:

- 1.—Factor Psíquico.—Representado por el miedo.
- 2.—Factor Tóxico.—Representado por la anestesia.
- 3.—Factor Traumático.—Representado por la intervención.
- 4.—Factor.—Representado por la cardiopatía misma.

El Factor Psíquico, está representado en su casi totalidad, por un sentimiento común a todos los enfermos, el miedo; proveniente casi siempre de dos causas: el recuerdo de experiencias anteriores, en las que sufrió dolor o bien estuvo comprometida su existencia y cuando no existe esto, por pláticas sostenidas con personas que se vieron en estas circunstancias y que por haberlas pasado se sienten con autoridad suficiente para opinar sobre el caso y que con sus consejos influyen notablemente en el ánimo de los enfermos. Los accidentes que se producen por este factor psíquico, son generalmente del tipo inhibitorio, principalmente accidentes sincopales.

El miedo produce aun en personas de corazón sano estos trastornos, pero tratándose de un corazón normal, éste, está en condiciones de compensar esta falla momentánea y el accidente realmente carece de importancia; pero cuando esto se presenta en personas que sufren alguna insuficiencia cardíaca, el pequeño trastorno no viene solo, sino que se suma a la insuficiencia y ensombrece con su presencia el panorama.

El Cirujano Dentista debe tomar muy en cuenta este factor y realizar sus maniobras de manera que el enfermo note que se le presta la debida atención a su caso y que se usa de todos los conocimientos actuales para evitar trastornos, todo esto tendiente a favorecer en el ánimo del enfermo una sensación de absoluta confianza en el profesionalista, para que cualquier maniobra por él realizada, encuentre una justa explicación en la mente del enfermo, que lo considera completamente capaz.

Aparte de obtener la confianza, el profesionalista debe extremar sus cuidados para realizar todas las maniobras en una forma ordenada y discreta; debe ocultar, si es necesario, la gravedad de la intervención al enfermo, ocultar de igual manera, el material que habrá de usarse emplear medicación sedante, que evite el estado de tensión propio del enfermo. La inyección para la anestesia local, en caso de usarse, se hará después de aplicar en el sitio de la punción algún anestésico tópico, que quite la molestia de la punción, e inclusive ocultar con una gasa la aguja de la vista del paciente. Todo esto con el objeto de que el factor emocional actúe lo menos posible en la etiología de estos accidentes.

El factor tóxico, representado por la anestesia, es bastante serio debido a que todos los anestésicos son tóxicos para el corazón o para el torrente circulatorio, en mayor o menor grado y representa en sí un factor desconocido, pues puede producir trastornos leves o trastornos muy serios y a veces fatales.

En anestésico puede producir daño aun en los corazones sanos, y puede hacerlo de una manera estructural o bien simplemente funcional, pero cuando es acentuado, puede acarrear la muerte, produciendo fibrilación ventricular y paro cardíaco. Ha sido hasta la fecha un error muy difundido considerar solo a los cardiópatas en peligro de sufrir accidentes y suponer indemnes a los individuos sanos y para demostrar lo equivocado de este proceder, Levy experimentando

en perros y gansos sanos logró con la simple aplicación de anestésico producir en ellos trastornos de tipo circulatorio.

No por esto debe pensarse en abandonar el uso de la anestesia en las intervenciones que así lo requieran, sino tener cuidado, tanto en sanos como en el cardiopatas de seleccionar el tipo adecuado de anestésico para cada enfermo en particular, y realizar técnicas depuradas al administrarlo. Marvin tratando de hacer esto demostrativo, ha dicho: "Más que elegir un anestésico, deberá elegirse un anestesista, puesta con una técnica adecuada, hasta el cloroformo puede ser utilizado".

Mas por otra parte, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología, en el año de 1948, se encontró que los anestésicos locales usados actualmente en Odontología, no son tóxicos y no dan lugar a ninguna sintoma de intolerancia, que contraindique su uso.

Las variaciones encontradas en las manifestaciones clínicas, en la tensión arterial y en los rasgos electrocardiográficos, de algunos pacientes, deben atribuirse más bien al factor emocional: miedo y dolor en la punción; pues se presentan en sanos y en cardiopatas, e indistintamente con el uso de anestésicos a base de Novocaína-Adrenalina y Novocaína-Corbasil y aun usando suero fisiológico como testigo.

El factor traumático, representado por la intervención, es a la vez el punto más obscuro y el menos importante.

El enfermo que camina, ha dicho el Dr. Chávez, es un enfermo que puede resistir el riesgo traumático de la intervención y solo aquel, con corazón seriamente dañado que le impida estar de pie puede presentar algún trastorno, directamente atribuible a la acción quirúrgica. Casi siempre debe atribuirse más bien al operador que a la operación misma. Al igual que con la anestesia, el Dr. Ignacio Chávez, da mayor importancia a una acción adecuada del operador, que a lo traumático de la intervención.

El cuarto factor, o sea el que se encuentra representado por la cardiopatía misma, es el de menor importancia para nosotros como dentistas, ya que nosotros solo estaremos capacitados al igual que el médico general, a saber mediante nuestro reconocimiento, si nos hayamos frente a un enfermo cardíaco y después consultar con el cardiólogo, para saber si la gravedad de la cardiopatía, permite la reali-

zación de la operación o si es necesario esperar alguna preparación en el enfermo antes de proceder.

La medicación propia del cardíaco, también es causante, en muchos casos de la presentación de accidentes, por desconocimiento de su modo de obrar, principalmente cuando se trata de las drogas de acción digitalica usadas para disminuir la frecuencia cardíaca, y el dicumarol y la heparina, usados como anticoagulantes, destinados a impedir la formación de trombos.

DROGAS DE ACCION DIGITALICA

Las más usadas en el Instituto Nacional de Cardiología, son la digital y la ouabaina. Actúan sobre el músculo cardíaco, en relación con el glicógeno contenido en él. Los glucosidos de la digital, liberan agliconas, activas de las células miocárdicas, las cuales en forma desconocida, producen contracciones sistólicas más activas, haciendo más efectivo el trabajo del corazón y reduciendo el número de contracciones, además bajan la tensión arterial y eventualmente regulan el pulso (excepto en arritmias habituales extrasistólicas). A dosis masivas o bien dosis pequeñas pero continuadas, la digital provoca: lentitud del corazón, con retardo del pulso y caída de la tensión arterial mínima. Un estado más avanzado trae la aceleración de los movimientos cardíacos y aumento de la frecuencia del pulso y el último estadio de esta intoxicación digital se manifiesta por irregularidad en el pulso, accesos tetánicos en el miocardio, llevando por último, a la muerte por paro del corazón en diástole.

Ahora bien, se ha comprobado por experiencias de Henrijean (Lieja) que la adrenalina puede desarrollar una acción sinérgica en estos enfermos al ser empleada en la anestesia y dar lugar a la presentación de síntomas graves de intoxicación digitalica, aun con uso moderado de adrenalina en nuestra anestesia o bien al ser liberada ésta, en forma de epinefrina de las cápsulas suprarrenales por acción de los anestésicos generales. Por lo anterior, creo que debe siempre investigarse en presencia de un cardiópata, si ha estado sujeto a tratamiento de alguna droga de acción digitalica y de ser así, ponerse en contacto con el médico especialista que ha tenido a su cargo a ese paciente, para saber si es posible llevar a cabo la intervención y qué clase de precauciones habrá que tener con él.

DICUMAROL Y HEPARINA

Medicación anticoagulante usada en la insuficiencia cardíaca congestiva para disminuir la frecuencia de las complicaciones tromboembólicas; en el infarto miocárdico agudo, para prevenir, la oclusión trómbica completa o impedir su extensión; en el corazón pulmonar agudo y en la embolia pulmonar para evitar la trombosis venosa y la progresión de los coágulos ya formados. Su acción parece ser porque impide a la protrombina transportarse en trombina y dificulta la acción de la trombina sobre el fibrinógeno.

La intervención dental, sobre un enfermo sujeto a tratamiento de dicumarol o de heparina, es sumamente peligrosa, porque es posible que un enfermo no vigilado, presente una hemorragia incoercible y que el enfermo muera por vaciamiento. Es indispensable también en estos casos consultar con el médico cardiólogo, para que se suprima el uso del dicumarol, esperando varios días después de suspendido, hasta que las pruebas de coagulación y tiempo de protrombina sean aceptables, ya que su acción se prolonga por varios días.

ANESTESIA

El capítulo de mayor importancia dentro de la Exodoncia, lo constituye sin lugar a duda la anestesia, porque con la supresión del dolor, suprimiremos la aprensión natural que los pacientes sienten por todos los tratamientos odontológicos, previniendo con esto la presentación de choques psíquicos; y nos ganaremos la confianza del enfermo, que nos permitirá mantener su boca en buenas condiciones, sin necesidad de recurrir a realizar mayor número de extracciones; pero principalmente porque es con la Anestesia, que se presentan el mayor número de accidentes en esta rama de la Odontología, principalmente en enfermos cardiovasculares.

La anestesia usada en Exodoncia puede ser: General y Local.

La anestesia general, supone la pérdida total de movimientos y de la conciencia. En la anestesia local, solo se pierde la sensibilidad al dolor en una zona determinada del organismo, persistiendo los movimientos y la conciencia.

Personalmente, creo que son muchas las ventajas de la anestesia local sobre la general y por lo tanto son muy pocos los casos en los cuales se encuentra ésta totalmente indicada. La anestesia general, además de precisar para su administración de un equipo grande y costoso, no puede ser hecha por el propio dentista, y como éste, es generalmente anestesista y operador, inclusive por el factor económico; la mayoría de los Cirujanos Dentistas tienden a preferir el uso de la anestesia local. Por otra parte en operaciones largas, se puede sostener más fácilmente la anestesia local, sin peligro para el enfermo, como sucede en las extracciones quirúrgicas. Pero principalmente, considero mejor la anestesia local, porque en el caso de presentarse al-

gún trastorno, el enfermo que conserva sus movimientos y su conciencia, puede reaccionar favorablemente con más facilidad.

Solo podría ser aconsejable la anestesia general, en los niños, en las personas pusilánimes o en los casos en que se trate de extracción masiva, aunque esto último no es recomendable, por la gran bacteriemia que se desencadena en las extracciones múltiples, como explicaré más adelante. Debe preferirse, cuando sea posible, que mediante la preparación mental del enfermo, éste acepte el uso de la anestesia local, explicándole cuáles son las razones que nos hacen preferir este tipo de anestesia; y una vez aceptada, realizar todas las maniobras que le eviten molestias y que nos ganen su confianza para nuestro trabajo.

Sin embargo, en este pequeño trabajo, mencionaré los anestésicos generales que en su uso, han demostrado ser relativamente inocuos, para los enfermos cardio-vasculares.

Protóxido de Azoe.—No se le conoce ninguna acción sobre el músculo cardíaco; en las muertes ocurridas al usar este anestésico, se ha encontrado que se producen por sobre-dosificación, que inhibe el centro respiratorio, pero el corazón continúa latiendo hasta el último momento. Teniendo cuidado de hacer la mezcla con suficiente oxígeno, se evitarán los accidentes que produce la anoxemia.

Etileno.—No daña el corazón, ni la circulación. Bien manejado, con suficiente oxígeno, resulta ser el más inofensivo de los anestésicos generales. Robert and James, en un artículo de "Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology", citan experiencias con muy buenos resultados en los enfermos cardíacos, usando penthotal sódico al 1%, con administración de suficiente oxígeno por intubación.

En la anestesia local, el agente anestésico usado es la novocaína que no ha sido substituída con ventaja por ninguna otra substancia desde su descubrimiento por Einhorn en 1905. Debido a que su poder anestésico es de corta duración, se usa asociada a substancias que produciendo isquemia local, retardan su absorción y con ello prolongan su poder anestésico. La primera de estas substancias usadas fué la adrenalina, que se usó también asociada a la cocaína con los mismos propósitos por Tacamine y Aldrich en 1900. Durante mucho tiempo produjo trastornos, hasta que se usó en soluciones menos concentradas para evitarlos. Actualmente se usa en soluciones de 1:30.000 y aun 1:100.00, con lo que se han evitado casi en absoluto.

También se usa otra sustancia, que prolonga el poder anestésico de la novocaína y que hace posible usarla en pacientes, en los cuales se encuentra contraindicado el uso de la adrenalina; se trata del Nordefrín o Corbasil, usado en concentración de 1:20.000.

Jackson, menciona un nuevo depresor actualmente en vías de investigación, que según él, da excelentes resultados, asegurando que en su uso no ha encontrado cambios en el electrocardiograma: lo denomina Oenethyl.

La anestesia local puede ser, por infiltración (anestesia terminal o periférica) y por conducción (anestesia regional o troncular).

La anestesia local por infiltración, se realiza principalmente en el maxilar superior y se hace del lado vestibular, en el pliegue gíngivo-labial, después de secar y pincelar con yodo el lugar de la punción. Se introduce la aguja hasta donde suponemos que se encuentra el ápice de la pieza mesialmente a la raíz de los unirradiculares y mesialmente a cada una de las raíces de los multirradiculares. Del lado palatino, también secamos y pincelamos con yodo, e inyectamos en un solo sitio, en el lugar en que suponemos que se encuentra el ápice de la pieza.

La anestesia regional del maxilar superior, se realiza a nivel del agujero palatino posterior, lugar de salida del nervio palatino anterior (técnica intraoral). El agujero palatino posterior, se encuentra situado, generalmente, a nivel de la raíz palatina del tercer molar superior, y debido a su gran diámetro, se le encuentra fácilmente. La aguja se introduce más o menos un centímetro y se deposita el líquido anestésico, el cual por conducción es llevado hasta la fosa pterigo-maxilar y produce la anestesia por bloqueo de todas las ramas eferentes del ganglio esfeno-palatino o de Meckel. La anestesia que se produce, interesa los territorios inervados por los nervios palatinos anterior, medio y posterior, el nervio naso-palatino y en muchas ocasiones los nervios dentarios posteriores; con lo que se obtiene la anestesia de la mitad correspondiente del maxilar superior: mucosa, periostio, dientes y alveolos.

El Dr. Jorge Martínez F., autor de esta técnica, ha observado, que si se pone mayor cantidad de líquido anestésico, es posible lograr la anestesia total del nervio maxilar superior, debido posiblemente a que la fosa pterigo-maxilar, se encuentra ocupada por tejido muy laxo que permite la fácil difusión del anestésico; evitando en esta forma, tener que usar el porta agujas acodado que aconseja Carrea,

para introducir la aguja por el conducto palatino posterior (técnica intraoral), en donde fácilmente pueden lesionarse los vasos palatinos.

ANESTESIA REGIONAL DEL MAXILAR INFERIOR

En los adultos, solo se usa la anestesia regional en el maxilar inferior. Para el trabajo exodónico común se acostumbra usar la anestesia por bloqueo del nervio dentario inferior, del lingual y del bucal; con la cual obtenemos anestesia en la mitad de la arcada correspondiente, tanto en hueso y dientes, como en los tejidos blandos. Cualquiera de las técnicas que se use requiere que se localice el agujero dentario, a nivel de la espina de Spix, lugar de entrada al hueso del nervio dentario inferior; esto se logra mediante la palpación del hueso y no por medidas exactas como se ha querido demostrar, ya que el hueso presenta muchas variantes en su ancho, largo y grueso. El líquido anestésico se deposita en las proximidades de la espina de Spix y por difusión se obtiene la anestesia del dentario inferior y del lingual, que pasa cerca. Debe esperarse a la presentación de los signos de anestesia, antes de inyectar el nervio bucal, principalmente cuando se trate de extracción de piezas posteriores, por que como este nervio proporciona la inervación de la encía vestibular de la parte posterior, puede darse el caso de una falsa anestesia regional.

En los casos de extracciones en la línea media, puede substituirse la anestesia regional bilateral, por el bloqueo de los nervios mentonianos.

BACTERIEMIA TRANSITORIA

Al realizar las maniobras propias de la Exodoncia, son lanzadas al torrente circulatorio, un gran número de bacterias, ocasionando con ello una bacteriemia, cuya intensidad y duración, están de acuerdo con la magnitud del traumatismo ocasionado por dichas maniobras.

La bacteriemia es generalmente de corta duración, debido a que los órganos encargados de mantener limpio el aparato circulatorio (hígado, sistema retículo-endotelial, leucocitos, etc.), los eliminan en unos cuantos minutos. En los enfermos, en los cuales las lesiones son específicamente bucales, sin ningún otro padecimiento, esta bacteriemia es de escasa importancia; pero en los enfermos con lesiones cardiovasculares, en los cuales no solo sus defensas orgánicas se encuentran disminuidas, sino que diversos órganos tienen lesiones en sus estructuras; la importancia de la bacteriemia es muy grande, ya que puede ser la causa de infecciones a distancia por los gérmenes de la lesión bucal, o de sus toxinas; o bien de reactivación de viejas lesiones crónicas o aparentemente apagadas, muchas veces, sumamente graves, como en el caso de la endocarditis bacteriana sub-aguda, como ha sido observado por Blumer (1926), Smith y Brumfield (1927), Tileston (1929), Middleton y Burke (1930), Palmer y Kempt (1939) y Geiger (1942).

Ahora bien, al realizar la extracción dentaria, abrimos una puerta franca a la entrada de bacterias de la flora bucal, lo que hace más posible la bacteriemia que se presenta, que no es exclusiva de las maniobras quirúrgicas, pues se presenta después de un tratamiento profiláctico y aún después de un acto fisiológico normal, como lo ha observado Kulka, en la menstruación.

En el campo de la medicina general, encontramos trabajos de muchos autores, que han comprobado la existencia de la bacteriemia transitoria, después de maniobras quirúrgicas diversas, entre los cuales tenemos: Richards, a quien se atribuye el haber sido el primero que observó la bacteriemia, en pacientes artríticos, en los cuales obtuvo hemocultivos positivos en gran número de casos, después de realizar algunas maniobras en sus articulaciones. Seifert, más tarde encontró datos positivos en el 20% de los casos después de apendicetomías, en el 40% después de operaciones en los tejidos blandos y en el 60% después de operaciones en hueso. Scott en enfermos con padecimientos urológicos, encontró 35% de hemocultivos positivos. Cecil, Nicholls y Strainsky en pacientes artríticos y Barlett y Pratt después de tonsilectomías también encontraron un alto porcentaje de hemocultivos positivos.

En el campo estomatológico, son también numerosos los investigadores que han comprobado la existencia de la bacteriemia, como resultado de las maniobras quirúrgicas dentales, principalmente en Exodoncia: Richards, (1920), Falta y Depisch (1923), Roccia (1926), Scott (1929), Barrington y Wright (1930), Cameron, Ray y Murphy (1931), Reith y Squier (1932), Okell y Elliot (1935), Fish y Mc Lean (1936), Marseille (1937), Comroe (1942), Sozzi (1943), Morayta (1944-46-47), Clement y Brown (1945), por no citar sino los principales.

La intensidad y la duración de esta bacteriemia, como decía yo antes, se encuentra en relación con la magnitud del traumatismo y con el grado de infección de la lesión dentaria; Cameron, Ray y Murphy al realizar sus investigaciones, encontraron hemocultivos positivos en el 27% de los casos observados, después de extracciones dentarias, encontrando también que la duración y la intensidad eran mayores, tratándose de extracciones múltiples, dato que fué comprobado después por Palmer y Kempf (1939) quienes también investigaron la bacteriemia en pacientes tratados de periodontosis, encontrando datos positivos en los nueve pacientes observados. Marseille en 100 pacientes, encontró 42% de hemocultivo positivos, después de extraer dientes con granuloma.

Okell y Elliot, en 1935 demostraron con sus observaciones, que la magnitud de la infección influye notablemente en las características de la bacteriemia. Elliot, prosiguió las investigaciones y sus observaciones han contribuido con mucho para aumentar los conoci-

nientos sobre las características de la bacteriemia transitoria. Según este investigador, no es necesario practicar la extracción de un diente, para desencadenar la bacteriemia, ya que bastan los movimientos de balanceo o desplazamiento para provocar el paso de gérmenes al torrente sanguíneo. Esto fué completamente confirmado por Rubin, Epstein y Warner.

Richards, en 1934 obtuvo en pacientes con marcada sepsis oral una bacteriemia intensa con solo dar masajes en las encías y también haciendo masticar a los pacientes goma de mascar durante algunos minutos, esto viene a explicar el por que consideramos a los dientes enfermos en pacientes con elevada sepsis oral, como focos infecciosos, ya que constantemente la masticación de alimentos de cierta dureza, esta provocando el paso de gérmenes en gran número, de la lesión dentaria al torrente circulatorio.

Todo lo anterior nos demuestra, que es enorme la importancia de combatir la bacteriemia transitoria en nuestros pacientes, ya que además de ser peligrosa en sí, en esta clase de enfermos encontraría campo propicio cualquier infección, por tratarse de individuos con sus defensas orgánicas disminuidas y cuyos órganos se encuentran frecuentemente lesiones crónicas, listas a agudizarse en cualquier momento.

MEDIDAS PROFILACTICAS.—El combate de la bacteriemia transitoria, que debe realizarse en todo paciente, sano o cardiópata, que se presenta en busca de nuestros servicios como exodóncistas, debe ser hecho por todos los medios a nuestro alcance.

El cuidado extremo de nuestras maniobras y nuestra observancia de las reglas de la asepsia y antisepsia, tanto como sea posible lograrlas teniendo en cuenta lo séptico del campo; será un paso adelante logrado, pero son las medidas profilácticas las que propiamente van a evitar la presencia de la bacteriemia transitoria y por ello sus consecuencias.

En un principio, se lograba combatir enormemente la bacteriemia mediante la sulfamidoterapia. En el Instituto Nacional de Cardiología, ante la imposibilidad de observar la preparación de todos los pacientes, entre ellos los de consulta externa; el Dr. Miguel Morayta, empleaba la sulfadiazina, en una sola dosis de 5 grs. media hora antes de la extracción, con lo que se lograba la misma concentración en la sangre, que siguiendo el método progresivo de la sulfamidoterapia (6.36 mg. por cada 100 cc. de sangre); pero como la absorción

no se realizaba de la misma manera en todos los enfermos y en algunos casos se presentaban pequeños trastornos de intolerancia, desde la aparición de la penicilina, el uso de las sulfanilamidas, se ha abandonado un poco.

Actualmente se usa la penicilina, como profilaxis de la bacteriemia estomatológica, en cantidades variables. En el Instituto Nacional de Cardiología, generalmente se aplican 100.000 unidades de penicilina, media hora antes de la extracción, y se continúan las dosis de 100.000 unidades cada tres horas, por las veinticuatro horas siguientes. Sin embargo hay que tener en cuenta, que las cantidades que se inyectan, varían de acuerdo con la magnitud de la infección dentaria y de la intervención. Ultimamente se usa con bastante buen éxito, la Dicrysticina, que combina la penicilina de absorción rápida (100.000 unidades), con la penicilina procainica de absorción lenta (300.000 unidades), y además incluye medio gramo de Dihidroestreptomicina. Lo cual aumenta su acción, y disminuye las molestias al enfermo; ya que se inyecta sólo cada 12 horas.

Existen otros antibióticos, que complementan notablemente el uso de la penicilina en Odontología; unos por ser de mayor poder, y otros atacando a gérmenes resistentes al uso de la penicilina. Trabajos científicos recientes hacen saber, que el uso de la aureomicina, terramicina, estreptomycin y otros antibióticos de gran poder, nos aseguran mayor éxito en la lucha contra la bacteriemia transitoria; pero desgraciadamente su uso se encuentra actualmente condicionado al factor económico y no es posible emplearlos en todos los pacientes. Posiblemente, cuando su precio se encuentre más al alcance de las clases populares, se logrará generalizar su uso y de esta manera se evitarán más ampliamente los peligros de la bacteriemia.

EXTRACCION

Con respecto al momento de la extracción, no voy a explicar cuales son las técnicas usadas, por que aparte de que la brevedad de este trabajo no lo permite, sería innecesario repetir aquí lo que existe escrito en numerosos volúmenes, de una manera completa y bien ilustrada, a los cuales se puede acudir en consulta cuando se desee. Sólo trataré de enfocar brevemente las metas que se persiguen al realizar una extracción dentaria, y que se reducen a tres:

1.—Extirpación total del órgano.— Facilmente se comprende, que tratándose de eliminar un foco de infección, como lo representa una pieza dentaria en mal estado; no debe permitirse por ningún motivo el que la extracción sea incompleta. Ningún Cirujano Dentista responsable, permite que esto ocurra, procediendo desde luego a la extracción, de la o de las raíces de una pieza dentaria, cuando ésta por algún motivo, se rompe al tratar de extraerla. Aunque existen muchas causas fuera del alcance del C. Dentista, que ocasionan la fractura de un diente, puede lograrse disminuir el número de casos mediante el empleo del control radiográfico, previo a la extracción, que nos pone en antecedentes de las condiciones anatómicas que rodean a ese caso en particular, y nos orientan para escoger la técnica y el instrumental adecuados.

2.—Producir el menor traumatismo, en los tejidos duros y blandos que rodean al órgano por extirpar.— Con el objeto de producir el menor traumatismo, debe evitarse el abuso de algunos instrumentos, por ejemplo los botadores, y cuando no sea posible la extracción de una pieza o de algunos fragmentos radicales, a los primeros movimientos del botador deberá preferirse el realizar la extracción quirúrgica, con todas las precauciones de una operación de cirugía me-

nor; con lo que se evitarán posibles dolores post-operatorios y la presencia de procesos inflamatorios agudos.

3.—Supresión de todo dolor, durante y después de la intervención.—Durante la intervención, el dolor va a ser suprimido por el uso de la anestesia, y fácilmente se comprende que esto sólo se logrará mediante una buena técnica anestésica y el empleo de la cantidad necesaria de líquido anestésico. El estudio cuidadoso de nuestro paciente nos pondrá en condiciones de saber si presenta alguna variante especial, que pudiera hacer fallar la técnica habitual de anestesia, para adaptar ésta a sus condiciones especiales. En muchos casos después de efectuar nuestra técnica, la anestesia no se presenta o se presenta en forma incompleta, debido a esto, y no es raro que trate de considerarse al paciente "demasiado nervioso", y no se piense en alguna falla al momento de la anestesia. Por otro lado en algunas ocasiones, no se pone suficiente cantidad de líquido anestésico, y la anestesia no es completa. Debe pensarse siempre, delante de un enfermo en estas condiciones, que no somos infalibles como anestésistas, y que más vale esperar unos minutos más y poner una nueva ampollita, que aventurarnos a lastimar a un enfermo, con todas sus consecuencias.

Respecto al dolor post-operatorio, se evitará fácilmente si durante la intervención producimos el menor traumatismo posible, y reduciendo al mínimo el tiempo de la intervención.

CONCLUSIONES

- 1.—La Exodoncia es de práctica común entre la mayoría de los C. Dentistas, y a diario entran a nuestros consultorios dentales, pacientes de todas clases para ser atendidos.
- 2.—El estudio cuidadoso de todo paciente, tiene por objeto conocer las condiciones especiales que rodean su tratamiento, con el objeto de intervenir en la mejor forma posible: seleccionando las técnicas adecuadas a cada caso en particular, así como el tiempo indicado para realizarlas. Es preferible prevenir los accidentes, que tratar de resolverlos una vez declarados.
- 3.—Los riesgos en el cardíopata y en el sano, son sensiblemente iguales y se encuentran principalmente condicionados al factor emocional: Miedo y Dolor.
- 4.—La psicoterapia, es de gran ayuda en el tratamiento de todo paciente, hasta que éste adquiera la certidumbre, de que quien lo atiende, es el más indicado para hacerlo. En los pacientes extremadamente nerviosos, debe ser empleada la pre-medicación sedante.
- 5.—En presencia de un enfermo sospechoso de tener alguna cardiopatía, que pudiera comprometer el buen éxito de nuestra intervención, se debe recurrir al médico cardiólogo, para que éste, después de examinarlo, nos oriente sobre la mejor manera de actuar, tomando en cuenta su condición general.
- 6.—La anestesia local, ha demostrado en su uso ser insustituible en la práctica odontológica y por regla general, debe ser preferida. Los anestésicos locales de uso actualmente en Odontología, a base de Novocaína-Corbasil y Novocaína-Adrenalina, no provocan en ninguna clase de enfermos, trastornos de ninguna es-

pecie, debido principalmente a la baja concentración a que usa el agente vasoconstrictor.

- 7.—Es de capital importancia, prevenir en todo enfermo, la presencia de la bacteriemia transitoria, que como resultado del traumatismo de la extracción, se presenta en la mayoría de los casos.
- 8.—Para combatir eficazmente, la bacteriemia transitoria, el uso de antibióticos es altamente recomendado; adaptando las dosis a las necesidades especiales en cada caso.
- 9.—En los casos de extrema gravedad, a juicio del médico cardiólogo, deben ser empleados los antibióticos, aún para realizar el tratamiento profiláctico.
- 10.—El ganarse la confianza de todo enfermo, debe ser meta especial, de todo C. Dentista; ya que un enfermo que confía, es un enfermo que se atiende, y atendiendo a tiempo a muchos enfermos, lograremos hacer Odontología Preventiva que es el ideal de la Odontología Moderna.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Steadman F.— Anestesia local en Odontología.
- 2.— Winter Leo y James T. Gwthmey.— Tratado de Exodoncia.
- 3.— Martinet Alfredo.— Diagnóstico clínico.
- 4.— White Morquecho Juan.— Apuntes de anestesia.
- 5.— Durante Avellenal Ciro.— Cirugía Odonto-Maxilar.
- 6.— Sterling Mead.— Oral Surgery.
- 7.— Farill S. Luis.— Anestesia local en Cardio-vasculares.— Gaceta Médica. Marzo de 1949.
- 8.— Farill S. Luis.— Algo sobre infección focal.— A. D. M.— N° 4. 1948.
- 9.— Chávez Ignacio.— Enfermedades del corazón, cirugía y embarazo.— Colegio Nacional.
- 10.— Mancuat A.— Compendio de terapéutica.— Tomo, 2.
- 11.— Goodman and Gilman.— Basics of therapeutics.
- 12.— Carral Rafael.— Semiología cardio-vascular.
- 13.— Morayta Miguel.— Contribución al estudio de la bacteriemia en Estomatología.— Monografía.
- 14.— Morayta Miguel.— La bacteriemia en cirugía menor.— A. D. M. N° 4. 1948.
- 15.— Morayta Miguel.— Infecciones focales odontológicas.— Archivos Médicos Mexicanos.
- 16.— Morayta Miguel y Mario Brenes.— Bacteriemia en extracciones dentales.— Archivos I.N.C.
- 17.— Friedberg.— Enfermedades del corazón.— 1951.
- 18.— Marañón Gregorio.— Manual de diagnóstico Etiológico.
- 19.— Harang, H. L.— Selection of an anesthetic for dental surgery

- upon the patient with cardiac disease.— Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology.— April, 1949.
- 20.— Harris and Fishburn.— Subacute Staphylococcus Aureus Endocarditis recovery following combined antibiotics therapy.— American Heart Journal.
- 21.— Bourgayne R. Julious.— General anesthesia.— Dental Items of Interest. Abril, 1952.
- 22.— Ofstad Birger.— Recent Dental Local Anesthetics.— International Dental Journal.— Dic., 1951.