

2ej 669



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

D. G. B. - UNAM

**TESIS DONADA POR
ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN
EXODONCIA**



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Hilda Lourdes Muñuzuri Arana

MEXICO, D. F.

1980



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.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN EXODONCIA.

TEMARIO O SUMARIO

- I.- DEFINICION DE EXODONCIA Y CONCEPTOS GENERALES.
- II.- CUIDADOS PREOPERATORIOS.
- III.- PREVENCION DE LOS ACCIDENTES.
- IV.- ACCIDENTES Y TECNICAS PARA SU TRATAMIENTO
- V.- EL POSTOPERATORIO.
- VI.- CONCLUSIONES.

T E M A I.

DEFINICION DE EXODONCIA Y CONCEPTOS GENERALES.

En Odontología, no puede decirse qué rama es más o menos importante, porque para la solución de cada problema, se considera un deber coordinar nuestros conocimientos y experiencias para realizar en cada paciente las mejores técnicas de cada uno de los aspectos odontológicos, logrando para ella una rápida recuperación y además previniendo al paciente de posibles complicaciones futuras.

Es un deber ético y moral del Cirujano Dentista, poner atención a cualquier cosa que se le presente, ya sea que se trate de una simple exfoliación o bien una cirugía bucal delicada.

Etimológicamente la palabra exodoncia, la forman tres raíces griegas que significan: EXO=fuera, ODONTOS dientes y la terminación IA= que indica acción, cualidad, condición; por lo tanto exodoncia significa avulsión de una pieza dentaria.

Esta palabra fue introducida al lenguaje médico por Winter para determinar la parte de la cirugía dental que -

concierno a la exfoliación.

La exodoncia de cualquier modo que se haga, es una intervención quirúrgica que incoluca los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal, cuyo acceso está restringido por los labios, carrillos, lengua, piso de la boca y paladar y además complicado por los movimientos de la lengua y mandíbula.

En este trabajo sobre los accidentes y complicaciones que se presentan durante la extracción dentaria he tratado de recopilar los conocimientos adquiridos a través de mis experiencias y de la ayuda de mis maestros y algunos autores.

INDICACIONES PARA LA EXODONCIA.

- 1.- Dientes cariados sin posibilidades terapéuticas.
- 2.- Dientes con pulpa no vital o pulpitis aguda o crónica - cuando la endodoncia no está indicada.
- 3.- Paradenciopatías severas en las que está destruida - gran parte del hueso soporte.
- 4.- Dientes no tratables por apicectomías.
- 5.- Dientes que interfieren mecánicamente en la instalación de prótesis rehabilitables.
- 6.- Dientes no restaurables por operatoria dental.
- 7.- Dientes retenidos.
- 8.- Dientes supernumerarios.
- 9.- Dientes primarios que subsisten cuando su correspondiente pieza está presente en posición permanente de erupción.
- 10.- Dientes con raíces fracturadas.
- 11.- Dientes en malposición no tratables mediante aparatología ortodóncica.
- 12.- Dientes que están traumatizando tejidos blandos, siempre que otro tratamiento no corrija este trauma.
- 13.- Antes de la radioterapia para lesiones malignas bucales, los dientes deben ser extraídos.

- 14.- Facilitar la erupción del permanente cuando hay gérmen de él.
- 15.- Para evitar que el diente tome posiciones viciosas en el maxilar.
- 16.- Periodontitis aguda grave, después de una adecuada protección con antibióticos.
- 17.- Diente primario en relación y vecindad de un tumor.
- 18.- Cuando la caries llega hasta la bifurcación de las raíces y no se puede establecer un buen reborde gingival.
- 19.- Dolores pulpíticos sin posibilidades terapéuticos.
- 20.- Procesos infecciosos pulparios en presencia de fiebre reumática y afecciones cardíacas o renales.
- 21.- Por resorción apical de la raíz o espesamiento del parodontio, aún en presencia de vitalidad pulpar.
- 22.- Por pérdida de soporte óseo y raíces onanas, presentándose movilidad de tercero y cuarto grado.
- 23.- Razones estéticas.
- 24.- Anomalías de sitio.
- 25.- Accidentes de erupción de terceros molares.
- 26.- Trastornos en la masticación.
- 27.- Tratamientos de tumores periósticos maxilares u óseos.

- 28.- Presencia de tumores malignos.
- 29.- Presencia de tumores benignos.
- 30.- Trastornos por infección.
- 31.- Dientes con raíces fracturadas.
- 32.- Dientes que compriman el paquete vasculonervioso, pro
vocando necrosis del mismo.
- 33.- Procesos inflamatorios, provocados por dientes no -
erupcionados totalmente.
- 34.- Dientes que ocasionan infecciones en el Antro de High
moro.
- 35.- Dientes que se encuentran en la línea de una fractura
etc.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXODOENCIA.

Antes de hacer una extracción es nuestro deber hacer una historia clínica completa, examen físico y bucal, para determinar si en el paciente está contraindicada la cirugía. Todo esto lo debemos tomar en cuenta para evitar cualquier clase de accidentes:

- 1.- Cardiopatías.
- 2.- Discrasias Sanguíneas.
- 3.- Diabetes Mellitus.
- 4.- Nefritis.
- 5.- Bocio Tóxico.
- 6.- Ictericia.
- 7.- Sífilis. Tomar cuidados necesarios en esta enfermedad para evitar contagios.
- 8.- Dientes que no tengan movilidad (primarios).
- 9.- Estomatitis Infecciosa Aguda, Infección de VINCENT Aguda o Estomatitis Herpética y lesiones similares, han de ser tratadas antes de efectuar cualquier extracción.
- 10.- Pericementitis aguda, abscesos dento alveolares y celulitis.
- 11.- Fiebre Reumática, aguda o crónica, cardíaca congénita o renal.

- 12.- Infecciones Orgánicas agudas de la niñez.
- 13.- Poliomelitis.
- 14.- Afecciones Dentarias que pueden tratarse y curarse por medios conservadores.
- 15.- Presencia de Abscesos Periapicales agudos.
- 16.- Infecciones Gingivales agudas fusospiroquetas y estreptococos.
- 17.- Pericoronitis Aguda. Terceros molares parcialmente erupcionados.
- 18.- Presencia de Estomatitis o Gingivitis Ulceromembranosa.
- 19.- Sinusitis Maxilar Aguda. En este caso no deben extraerse premolares y molares superiores.
- 20.- Presencia de Pericemntitis y Celulitis.
- 21.- Sospecha de tumores malignos.
- 22.- Dientes que han permanecido en hueso irradiado, etc.

CONTRAINDICACIONES SISTEMICAS PARA LA EXTRADICCION
FISIOLOGICOS.

- 1.- MENSTRUACION
- 2.- EMBARAZO.
- 3.- LACTANCIA.
- 4.- MENOPAUSIA.

PATOLOGICOS.

- 1.- APARATO CARDIOVASCULAR.
 - a) LEUCEMIA.
 - 1) FORMA AGUDA.
 - 2) FORMA CRONICA.
 - b) HEMOFILIA.
 - c) ANGINA DE PECHO.
 - d) OCLUSION CORONARIA.
 - e) ENDOCARDITIS BACTERIANA.
 - f) FIEBRE REUMATICA.
 - g) HIPERTENSION ARTERIAL.
 - h) INSUFICIENCIA CARDIACA.
 - i) TROMBOFLEBITIS.
 - j) ARTERIOSCLEROSIS.
- 2.- APARATO RENAL.

- a) GLOMERULONEFRITIS.
- b) TUMORES RENALES.
- c) MALFORMACIONES CONGENITAS.
- d) NEFROESCLEROSIS.
- e) NEFRITIS.
- f) NEFROSIS.

3.-

APARATO DIGESTIVO.

- a) ATROFIA.
- b) CONGESTION PASIVA CRONICA.
- c) DEGENERACION GRASA.
- d) CALCULOS BILIARES.
- e) ICTERICIA.
- f) HEPATITIS.
- g) CIRROSIS.

4.-

APARATO RESPIRATORIO.

- a) FARINGITIS.
- b) LARINGITIS.
- c) BRONQUITIS.
- d) VEGETACIONES ADENOIDEAS.
- e) INFLUENZA.
- f) DIFTERIA.
- g) PLEURECIA.

h) BRONCONEUMONIA.

i) PULMONIA.

5.- APARATO NERVIOSO.

a) NEURASTENIA.

b) ANSIEDAD.

c) NEUROSIS

d) NEURITIS.

e) EPILEPSIA.

f) COREA.

1) COREA DE SYDENHAM.

2) COREA DE HUNTINGTON.

3) COREA MAYOR.

4) COREA SINTOMATICA.

6.- SISTEMA ENDOCRINO.

a) HIPERTIROIDISMO.

b) DIABETES MELLITUS, etc.

Después de conocer las indicaciones y contraindicaciones para una extracción dentaria el siguiente paso será la selección del Agente y Técnicas Anestésicas para la seguridad del paciente y que permita por lo tanto una ciru--

gfa cuidadosa sin shock neurogénico, eliminando inconvenientes.

T E M A I I

CUIDADOS PREOPERATORIOS.

El Preoperatorio definido por ARCE, será la apreciación del estado de salud o enfermedad de una persona - que va a ser operada para determinar si la intervención puede ser realizada sin peligro alguno y en caso contrario, - tomar las medidas contundentes para que dicho peligro se - reduzca al mínimo o desaparezca. La realización de cualquier operación en el organismo, requiere de una preparación previa, para soportar con éxito la intervención.

MEDIDAS INDISPENSABLES PARA TODO ACTO QUIRURGICO
BUCAL.

- 1.- LOCALES.
- 2.- GENERALES.

Las locales son las que se realizan en el campo - operatorio, antes de la operación y las generales, al conocimiento físico de todo el organismo.

MEDIDAS LOCALES; la cavidad bucal debe estar en - condiciones óptimas de limpieza, dándole especial atención

a los espacios interdentarios, a las papilas gingivales y a los capuchones de los terceros molares donde se acumulan microorganismos perjudiciales, preparándolos con algún antiséptico se realizará la intervención, disminuyendo riesgos y complicaciones postoperatorias. El tártaro dentario, las raíces y dientes cariados, son un grave peligro por lo tanto deben ser obturados o extraídos, las afecciones en las partes blandas como gingivitis, estomatitis, en especial úlcera membranosa, contraindican la operación solamente con un tratamiento especial previo.

Resumiendo.- Las preparaciones en la boca consisten en las operaciones o procedimientos necesarios, para crear un medio que suministre el soporte y retención adecuados y que prevenga los daños o destrucciones, para obtener mejores resultados de la intervención.

MEDIDAS GENERALES.- Será el reconocimiento de todo el organismo, debiendo hacer primero, historia clínica para conocer el estado de salud o enfermedad que se encuentra y las causas que la determinan, también conoceremos o nos daremos cuenta de los aparatos y sistemas que puedan estar alterados y los problemas consecuentes y las tensiones emocionales.

LA HISTORIA CLINICA COMPLETA REUNIRA LO SIGUIENTE:

Nombre, edad, lugar de nacimiento, estado civil, ocupación, examen bucal, estado general de la cavidad bucal, dientes-careados, dientes movibles, existencia de residuos radiculares, mala posición de los dientes y en cuanto a sus generalidades, enfermedades, padecimientos, alteraciones y anomalías adquiridas o hereditarias. Con todos los datos recopilados por dicha historia clínica, el Cirujano puede determinar las causas o el motivo de la dolencia, hacer un correcto diagnóstico y determinar el tratamiento.

APARATOS Y SISTEMAS.- En el preoperatorio es importante hacer investigaciones para realizar intervenciones - sin riesgos.

Estas abarcan:

APARATO CARDIOVASCULAR.- Palpitaciones, dolor precordial, cefaleas, mareos, disnea de esfuerzo y lipotimias cardiopáticas congénitas, presión arterial.

APARATO RESPIRATORIO.- Tos con o sin expectoración, hemorragia nasal (epistaxis), respiración anormal, dificultad en ella (disnea), defecto en oxigenación en la sangre-

(cianosis) hipoxia, anoxia, etc.

APARATO DIGESTIVO.- Pérdida de apetito (anorexia), indigestiones (dispepsia), dolor de estómago, diarrea, dificultad para pasar los alimentos (disfagia), gases, náuseas o estreñimientos.

SISTEMA RENAL:-

Aumento de orina (piliuria), orina nocturna, (nicturia), dolor al orinar (disuria) orina con sangre (hematuria), falta de orina (anuria).

SISTEMA NERVIOSO:-

Tipo de sueño, parestesias, temblores, irritabilidad, emotividad, epilepsia.

SISTEMA ENDOCRINO:-

Aumento de orina, sed constante, hambre frecuente-agrandamiento lingual, problemas parodontales, antecedentes diabéticos, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc.

Si es mujer la paciente se le preguntará, el esta-

do fisiológico de la misma, respecto a la lactancia, embarazo, menopausia y si se trata de un hombre, saber si tuvo alguna enfermedad venerea.

En resumen, debe dársele mucha importancia a todos los aspectos, practicando las pruebas de laboratorio necesarias; sangre, orina, química sanguínea, biometría hemática, tendencia hemorrágica y si fuera muy necesario hacer examen de tejidos. Después de todas estas investigaciones preoperatorias, el Cirujano podrá dar el diagnóstico, el estado clínico del paciente determinará las dosis y medicamentos que se deberán de administrar.

T E M A III

PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES.

En nuestra historia clínica, el paciente por miedo o pena no dice la verdad de su estado físico general y por lo tanto causa accidente.

Y la verdad muy pocas veces se puede evitar este.

Cuando el paciente nos refiere alguna enfermedad - adquirida o hereditaria, entonces se toman las precauciones necesarias; para que no se nos dificulte tanto una extracción hay que empezar de lo más fácil a lo más difícil, pero esto puede variar.

Primero se desbrida y luxa la pieza con un botador, por último se usará el forceps de la pieza por tratar.

Las agujas de preferencia que sean desechables, - por que sino al esterilizarlas pierden su maleabilidad.

Los forceps elevadores y en general el instrumental quirúrgico con punta de filo, debe de revisarse antes de utilizarse.

Prevenir accidentes causados por anestésicos es -
más difícil; al paciente se le preguntará el tipo de anes-
tesia que se le ha aplicado y si ha tenido problemas; o si
no se le hace una prueba subcutánea y veremos en la piel -
la reacción.

T E M A IV

ACCIDENTES Y TECNICAS PARA SU TRATAMIENTO.

Estos accidentes los dividiremos en 4 grandes grupos y a su vez se subdividirán en subgrupos; tales como:

I.- COMPLICACIONES DEBIDAS A LA SOLUCION ANESTESICA.

A.-
GENERALES

- a) LIPOTIMIA.
- b) COLAPSO.
- c) SHOCK.

B.-

- a) LESION VASCULAR CON FORMACION DE HEMATOMA.

LOCALES

- b) ZONA ISQUEMICA.
- c) DOLOR Y PARESTESIA.
- d) PARALISIS FACIAL.
- e) NECROSIS.
- f) TRISMUS DE LA INFECCION.

II.- ACCIDENTES INMEDIATOS.

A.- RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL.

- a) FRACTURAS DE AGUJAS.
- b) FRACTURAS DE ALGUN INSTRUMENTO.

B.- RELACIONADO CON EL DIENTE O DIENTES VECINOS.

- a) TRASTORNOS DEL DIENTE.
- b) LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS.
- c) EXTRACCION DEL FOLICULO DEL PERMANENTE.

C.- RELACIONADO CON LOS MAXILARES.

- a) FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR.
- b) FRACTURA COMPLETA.
- c) LUXACION DE LA MANDIBULA.
- d) LESION DEL SENO MAXILAR.

D.- RELACIONADO CON LAS PARTES BLANDAS.

- a) DESGARRADURA DE LA MUCOSA.
- b) CONTUSION O HERIDA DE LABIOS CARRILLOS, BOVEDA PALATIVA, PISO DE LA BOCA Y LENGUA.

III.- ACCIDENTES CONSECUTIVOS.

- a) HEMORRAGIAS.
- b) ABSCESOS.
- c) FLEMONES.

d) TETANOS.

e) PENETRACION DE LOS DIENTES A LAS
VIAS RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS.

IV.- ACCIDENTES DEL SIMPATICO.

a) NEURALGIAS.

b) TRASTORNOS DE LOS ORGANOS DE LOS SEN-
TIDOS.

c) TRASTORNOS EN LOS ESTADOS FISIOLGI-
COS.

A continuación trataré de dar, su descripción etiología y tratamiento de cada uno de ellos.

LIPOTIMIA.- Pérdida repentina y corporal del conocimiento y sensibilidad, como consecuencia de la anemia cerebral consecutiva al descenso rápido de la tensión sanguínea o vasopresión excesiva. Tiene su origen en una depresión de la acción cardiaca causada por alguna acción o factor del medio; en el caso que nos ocupa comunmente en el stress nervioso. La consecuencia de ello es la disminución de flujo sanguíneo al cerebro; sus síntomas son: mareo, dificultad visual, zumbido de oídos, conducta insegura, la piel se torna pálida, existe sudoración fría; náuseas.

seas y el pulso se acelera pero a la vez es débil.

TRATAMIENTO.- Consiste en colocar al paciente en posición de trendelenburg, con el fin de que exista mayor aporte sanguíneo al cerebro, aflojarle las ropas que puedan ejercer cierta presión sobre el cuerpo y que por lo tanto dificulten la circulación sanguínea; en algunos casos es necesario dar a inhalar alcohol o sales amoniacales y administrar bebidas calientes tales como café o thé.

TRISMUS DE LA INYECCION.

Rigidez espasmódica de los músculos masticadores, lo que origina que las arcadas dentarias se mantengan en oclusión constante. Es una reacción antálgica o inflamatoria directa de los músculos maseteros y pterigoides principalmente. Puede presentarse con inflamación, dolor y tumefacción, las cuales no son constantes, mientras que la limitación de los movimientos puede presentarse súbita o gradualmente.

La causa de dicha reacción, es la lesión que provocamos en las fibras musculares cuando introducimos la aguja para anestesiar.

TRATAMIENTO.- Consiste principalmente en dar una especie de masaje a dichos tejidos, a base de movimiento mandibular, ya que éste tipo de ejercicio va a ayudar a restablecer paulatinamente el movimiento muscular; uno de los medios más socorridos y eficientes para dicho ejercicio, es el de masticar chicle durante media o una hora tres veces al día, la cantidad de chicle debe ser de dos o tres tablillas. Además se deben administrar fármacos del tipo antiinflamatorio con el fin de lograr una recuperación más rápida.

FRACTURA DEL DIENTE POR EXTRAER.

Es la solución de continuidad de los tejidos del diente que se va a extraer. Es el accidente más frecuente en Exodoncia presentándose durante el acto operatorio y siendo varias las causas que lo provocan, tales como: mala colocación de los bocados del forceps, fuerza excesiva durante los movimientos de luxación, coronas debilitadas por procesos cariosos extensos y anomalías radiculares. Aunque las causas principales de dichos accidentes, se fundan en el incompleto estudio clínico y radiográfico del diente por extraer, o a las equivocadas técnicas quirúrgicas. Todos estos factores influyen para que se presenten fracturas de las formas más variadas pero con la particularidad-

común de desprenderse la corona y quedar la raíz en su respectivo alveólo.

Si analizamos bien la situación podremos darnos cuenta de la importancia que tiene el hecho de ser cautos y cuidadosos tanto al auscultar la zona clínica y radiográficamente, como al actuar durante el acto operatorio; logrando con ello prevenir muchos de éstos accidentes en lugar de tratarlos.

Cuando la fractura se ha presentado, toda nuestra atención debe dirigirse y concentrarse en extraer los fragmentos o restos radiculares que ha quedado en el alveólo. Si la extracción se inició sin estudio radiográfico previo, será conveniente tomar una radiografía para darnos idea de la forma y disposición radicular. A continuación se procederá a eliminar todos los fragmentos óseos y dentarios que se encuentren en la zona y se cohibe la hemorragia; con el fin de aclarar el campo operatorio, lo cual se complementa con un lavado de la región a base de suero o agua bidestilada.

Una vez logrado ésto, se procede a la extracción de los restos radiculares; cuando se trata de fracturas provocadas por las condiciones coronales del diente, por

lo general se puede efectuar dicha operación con relativa-facilidad, empleando para ello elevadores y forceps para - la extracción de raíces. Pero habrá ocasiones en que nece-sariamente se tenga que levantar un colgajo en la mucosa - gingival, para poder hacer la extracción por medio de una-ventana ósea, que facilita la extirpación de los restos ra-diculares sin causar gran traumatismo en los tejidos veci-nos al campo operatorio. Para ello se deben seguir los si-guientes pasos:

1.- Se hará la asepsia de toda la zona, empleando-para ello sustancias antisépticas no caústicas, pues las-cerarian los tejidos.

2.- Se practica una incisión cuya longitud, ampli-tud, dirección y forma nos permita levantar un colgajo mu-coperiódstico amplio que facilitará una mejor visibilidad y por lo tanto una mayor seguridad y protección para los te-jidos y la intervención misma.

3.- Se harán unos trépanos con una fresa de bola,- los cuales se unirán posteriormente con una fresa de fisu-ra para poder desprender la ventana ósea por la que vamos-a extraer el resto radicular; cabe hacer la aclaración, - que todos estos pasos, se deberán hacer bajo un chorro -

constante de suero, solución salina o agua bidestilada, - con el objeto de estar enfriando constantemente el hueso y no provocar en él, trastornos mayores como pudiera ser una osteomielitis causada por sobre calentamiento óseo; todo - este corte de hueso, deberá ser empleando motor de baja ve-
locidad, ya que si empleáramos el de alta podríamos provo-
car efisemas debido al aire que expulsa dicho motor o tur-
bina.

En algunas ocasiones no es necesario abrir una ven-
tana ósea amplia ya que en dichos casos basta con hacer un
trepano por debajo del ápice del resto radicular que se de-
sea extraer y a través de él introducir un elevador y empu-
jarlo hacia el borde alveolar.

4.- Una vez que se ha levantado la ventana ósea, -
se procederá a remover las raíces de sus alveolos; ya sea
extrayéndolas por la cara vestibular del hueso y a expen-
sas de la ventana abierta en el mismo o bien ayudándonos -
de dicha ventana, podremos hacer cortes radiculares con el
fin de eliminar toda retención que impida la extracción de-
las raíces en cuestión.

5.- Cuando se ha eliminado todo vestigio de resto-
radicular, tenemos la obligación de efectuar un raspado de

toda la zona vecina o los restos que acabamos de extraer, - con el fin de retirar todo el tejido necrosado, así como - todos los residuos de colección purulenta que pudieran - existir.

Se procede a regularizar todos los bordes óseos, - para eliminar partes o zonas anfractuosas que quedaron como resultado de la osteotomía y que posteriormente lastimen y lastimen los tejidos blandos; para dicha regularización; emplearemos osteotómos y limas para hueso.

7.- El paso siguiente consistirá en el lavado con suero solución salina o agua bidestilada para eliminar todas las esquirlas óseas que se encuentren en la zona, las cuales en caso de permanecer ahí van a alterar la coagulación y la cicatrización.

8.- Por último, para dar por terminada la intervención, se esperará a que el alveolo se llene de sangre, se adosará el colgajo a su sitio de origen y se sutura empleando sutura de tres ceros; en estos casos no es aconsejable emplear para suturar materiales absorbibles como el catgut, porque en algunas ocasiones empieza la absorción del material de sutura, antes de que se encuentren adosados más o menos firmes los tejidos blandos y consecuentemente hay un

desprendimiento de ellos o una falsa cicatrización.

LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS.

Este accidente se presenta al transmitir la presión ejercida sobre el forceps o los elevadores a los dientes vecinos, las cuáles resultan lesionadas de diversas maneras; las cuáles pueden variar desde la fractura de sus coronas por encontrarse debilitadas las mismas por procesos carioso o por obturaciones sumamente amplias, hasta moverlas de su posición inicial hasta desalojarlas de sus alveolos.

El tratamiento de dichos accidentes variará dependiendo de la gravedad del caso y la valorización que del mismo se haga. En caso de fractura coronaria, se retirarán los fragmentos y posteriormente se procederá a la reconstrucción de la parte afectada; tratándose de una luxación pequeña, pero que ha provocado movilidad en el diente, se tratará de mantenerlo en su sitio por medio de una férula; cuando el diente ha sido avulsionado completamente, el tratamiento variará dependiendo de la valorización del caso y siempre y cuando dicho diente o sea importante desde el punto de vista funcional o que, no se encuentre involucrado en un proceso patológico; dicho tratamiento será más

complicado y en combinación con un tratamiento, endodóntico.

FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR.

Este accidente se presenta con relativa frecuencia durante el curso de extracciones difíciles o cuando el hueso alveolar deja un espacio de salida menor de diámetro que el de la raíz. En algunas ocasiones el fragmento óseo se desprende del resto del hueso y sale adherido a la raíz del diente extraído; en estos casos, por lo general queda una superficie anfractuosa, dentada y lacerante, la cual habrá de suavizar empleando una lima para hueso.

En otras ocasiones el fragmento se desprende quedando suelto en el alveolo, de donde debemos sacarlo ya que puede causar procesos infecciosos como osteitis o abscesos que persistirán mientras no se extirpe el fragmento mencionado.

Una variedad de éstas fracturas, es aquella en la que el fragmento fracturado se ha desprendido de uno de sus extremos y queda adherido en el otro en cuyo caso existe un mayor número de probabilidades que se presente una cicatrización ósea, regenerándose así el hueso lesionado.

LESION DE SENOS MAXILAR.

Es un accidente o complicación en la que se ve involucrado el Antro de Highmore y la cual debemos tratar perfectamente para evitar complicaciones mayores. Puede presentarse en cualquiera de las siguientes condiciones: - Lesión o perforación de la mucosa sinusal, penetración o proyección de algún instrumento al interior del seno maxilar y proyección y permanencia en el seno maxilar de alguna raíz o diente completo. Suele deberse a la negligencia del operador o el empleo de técnicas operatorias inadecuadas, pero la causa que podría ser predisponente; es la amplitud de dicho seno y la vecindad del mismo con las raíces de algunos dientes como sucede con los molares y premolares.

En opinión de algunos autores es una complicación muy frecuente durante la extracción y no es raro que el Odontólogo no advierta lo ocurrido, debido a lo pequeña que resulta la comunicación o abertura sinusal. En otros casos como sucede con la proyección de algún instrumento al interior del seno, se puede decirse que carece de importancia, siempre y cuando se vigile la correcta formación del coágulo, para lo cual se puede proteger el alveolo con gasa esterilizada, la cual dejaremos en el sitio adecuado-

por un tiempo más o menos razonable que permite la formación y organización del coágulo, que será el que vaya a sellar o tapar la apertura provocada en la mucosa sinusal.

En estos casos no es aconsejable el empleo de agentes hemostáticos absorbibles ni de ningún otro tipo de material, ya que lo ideal es conseguir que el alveolo sea ocupado por un coágulo normal.

En el caso de la penetración y permanencia de una raíz o un diente completo al seno maxilar, el tratamiento es más complicado, pues abarca desde la extracción de fragmentos óseos o dentales que se encuentren en la zona del problema, una correcta y completa asepsia de la misma, localización radiográfica de la raíz, localización clínica de la misma y extracción de dicho cuerpo del seno maxilar.

Para extraer un diente o una raíz del seno maxilar es necesario e indispensable determinar su posición, tamaño y forma para poder trazar un plan de tratamiento adecuado a las necesidades del caso; y la única forma de lograr esto, será a base de un estudio radiográfico en el cual se van a emplear radiografías periapicales con distintas angulaciones y radiografías oclusales que nos ayudarán a determinar los datos al principio mencionados.

Una vez localizado el cuerpo que se va a extraer - del seno maxilar se procederá a efectuar la extracción propiamente dicha, la cual variará dependiendo del sitio en que se encuentre dicho cuerpo, y así tenemos:

1.- Cuando la raíz o del dínete han quedado cerca del alveolo original, se efectuará una exploración armada de la zona, teniendo mucho cuidado con ella para no introducir más adentro del seno el cuerpo en cuestión; una vez localizada, si no es posible extraerlo con algún instrumento delgado o con un aspirador quirúrgico, se procederá a ampliar la comunciación entre el seno maxilar y el alveolo y poder hacer la extracción sin riesgo de una complicación mayor. Una vez logrado ello, habrá que tratar de afrontar los tejidos blandos para ver que cantidad de hueso de las láminas externa e interna hay que eliminar para permitir la aposición de dichos tejidos, los cuales una vez suturados van a proteger y a facilitar la cicatrización de todos los tejidos y estructuras afectadas ya sea durante el accidente o en el tratamiento del mismo.

2.- Cuando la raíz ha quedado muy arriba dentro del seno, entonces la vía de acceso será la vestibular y paralelo se empleará la siguiente técnica:

A).- Se trazan dos incisiones convergentes, que irán desde el surco vestibular hasta el borde libre de la encía, ésta incisión debe coincidir con el alveolo en el que se inició la extracción.

B).- Se levanta el colgajo, para dejar al descubierto el hueso; ayudándonos de las radiografías vamos a calcular a que altura se encuentra el piso del seno y por lo tanto la raíz o el diente por extraer.

C).- Se practican unos trepanos que pueden ser cuatro, seis u ocho los cuales se van a unir posteriormente entre sí, para poder levantar la ventana ósea o expensas de la cual vamos a realizar la extracción, cabe hacer la aclaración que toda esta maniobra habrá que realizarla con sumo cuidado para no lesionar la mucosa sinusal.

D).- Ya que ha quedado al descubierto dicha mucosa vamos a practicar en ella una incisión con bisturí para llegar al interior del antro y una vez terminada la intervención, poderla suturar que su recuperación sea más rápida y el riesgo de complicaciones postoperatorias sea mínimo.

E).- Cuando se ha establecido una franca vía de ac

ceso vamos a proyectar un haz luminoso al interior del seno, se buscará la raíz o el diente, y con una pinza de disección larga y angosta vamos a tomarlo y a extraerlo; también se puede emplear una cucharilla para hueso.

F).- Una vez hecha la extracción, se procede a la sutura de los tejidos blandos lo cual no solamente debe efectuarse en la mucosa sinusal y en el colgajo que levantamos, sino que también habrá necesidad de hacerlo en borde alveolar tal y como se hizo en el caso anterior.

En ambos casos se emplean por lo general para la extracción de raíces o dientes pequeños; y como medidas postoperatorias, se administran antibióticos, antiinflamatorios y se le indica al paciente que no deberá sonarse la nariz durante varios días, empleando para su limpieza isotopos limpios.

Cuando el diente que se ha proyectado hacia el interior del seno es un diente grande y está completo como sucede frecuentemente con el tercer molar, la técnica a seguir es la de Caldwell. Esta vía es de preferencia por su fácil acceso y exposición óptima siguiéndose la técnica siguiente:

1).- Se practica una incisión en la fosa canina y-

se levanta el mucoperiostio.

2).- Con una fresa se talla una ventana en el hueso de dicha fosa, el cual se va a ensanchar con una lima para hueso, practicándose una abertura lo suficientemente amplia para poder observar todo el contenido del antro.

3).- Se hace la extracción del diente mediante curetas para hueso o pinzas delgadas, y en ocasiones se puede emplear un tubo de aspiración para extraer dicho diente.

4).- Se sutura la incisión en la fosa canina, empleando para ello sutura de algodón o seda tres ceros.

5).- Se recomiendan al paciente las precauciones rinológicas pertinentes y se instaura un tratamiento antibiótico. Debe advertirsele al paciente sobre la presencia de epístaxis, así como la formación de un coágulo sanguíneo en el labio nasal afectado.

Cuando se presenta una hemorragia durante la intervención, basta aplicarse un taponamiento del seno durante unos minutos antes de suturar. Si la hemorragia es nasal y abundante, deberá taponearse nasalmente y ejercer presión sobre la fosa canina y el alveolo, con lo que generalmente se detendrá la hemorragia.

LUXACION DE LA MANDIBULA.

Es la salida parcial o total del cóndilo de la cavidad glenoidea. Este accidente se debe a todas las causas que tienden a exagerar el descanso normal de la mandíbula; pudiendo ocurrir por la abertura exagerada de la boca al bostezar, reirse o vomitar; la artritis crónica causada por oclusiones anormales, puede tener como consecuencia la luxación habitual de la articulación temporomandibular.

Este problema también puede presentarse por situaciones traumáticas o por situaciones operatorias como sucede en la introducción de abre bocas, durante una operación larga y fatigante y en la extracción de los terceros molares inferiores por ejercer demasiada presión sin proteger ni sujetar la mandíbula.

De acuerdo con la anatomía de la articulación temporomandibular, la única luxación posible del cóndilo sin que exista fractura, es la que se lleva a cabo hacia adelante, pues cuando se efectúa hacia arriba, afuera o atrás se presenta fractura del hueso temporal o del cóndilo de la mandíbula.

Dentro de esta luxación hacia adelante, se pueden presentar cuatro variantes que son: anterior, superior, posterior y lateral.

LUXACION ANTERIOR.

Por lo general se presenta bilateral y sus síntomas son: boca abierta que no puede cerrarse, barbilla sobresaliente y dificultad para hablar, los músculos masticadores están tensos y puede ser doloroso o indoloro. Cuando la luxación se presenta en forma unilateral, lo cual es muy raro, el mentón se desvía hacia el lado contrario al lado luxado.

LUXACION SUPERIOR.

Se observa un acortamiento aparente de la rama ascendente.

LUXACION POSTERIOR.

Se conoce como recesión de la barbilla algunas veces hay hemorragia. El cóndilo se palpa en posición anormal y la radiografía muestra desviación en la dislocación posterior unilateral, la barbilla desviada hacia el mismo lado.

LUXACION LATERAL.

Puede verse o palpase el cóndilo fuera de su posición normal.

TRATAMIENTO:

El maxilar puede volver a ser ubicado en su sitio. En la mayoría de los casos, la reducción se produce por sí sola; en caso de que ésto no suceda, habrá de corregirla, por medio de un procedimiento sencillo conocido con el nombre de MELATON, consistente en lo siguiente:

El paciente debe estar sentado lo más bajo posible, con la cabeza apoyada firmemente en el cabezal, para ello se necesita que una segunda persona le sujete fuertemente, en caso de no disponer de alguien que nos ayude, podremos lograr dicha sujeción mediante vendas o algún otro material que nos permita fijar la cabeza del paciente al cabezal del sillón. Una vez logrado ésto, el operador debe situarse por delante del paciente y colocar los dedos pulgares sobre las caras oclusales de los molares y los demás dedos sujetando el borde inferior de la mandíbula.

A continuación se procederá a efectuar los movimientos necesarios para reducir la luxación y que son los-

siguientes:

1).- Se fuerza la apertura de la boca haciendo presión hacia abajo para salvar el obstáculo que la cavidad glenoidea del temporal ofrece al cóndilo de la mandíbula.

2).- Un movimiento hacia arriba y atrás reducirá la luxación.

3).- El empleo de antiinflamatorios, compresas húmedas calientes y fisioterapia, ayudan bastante en la recuperación del paciente.

Cuando se trata de luxaciones persistentes o recurrentes, puede ser necesario emplear la fijación que se obtiene de la ligadura intermaxilar por un periodo de tres o cuatro semanas; y en algunas ocasiones es conveniente recurrir a la inmovilización por medio de la fronda.

HEMORRAGIA.

Es la salida de la sangre de los vasos que la contienen debido a diversas causas, siendo la principal la ruptura de las paredes de dichos vasos. Lo conveniente en este tipo de problemas, es prevenirlos y no tener que es--

tarlos tratando en medio de cierto nerviosismo y alteración del paciente, lo cual en un momento dado puede complicar más la situación y provocar situaciones graves y aún funestas. El mejor medio para prevenir estos trastornos es hacer una correcta historia clínica que nos permita darnos cuenta de las condiciones del paciente y en éste caso particular las condiciones de su aparato cardiovascular y por lo tanto propensión a la hemorragia debido a insuficiencia de vitaminas K, C, P, o bien por algún otro tipo de alteración como son las discracias sanguíneas.

En el caso de las hemorragias que se presentan durante la extracción o después de ella, por lo general son pequeños vasos sangrantes que durante algunos minutos están vertiendo líquido hemático que por sí solos se van obliterando por el mismo mecanismo de defensa o protección circulante en la sangre como lo es la fibrina. Aunque existen ocasiones en que los vasos que sangran no son tan pequeños y entonces se presenta un sangrado constante al que hay que atender o tratar en forma especial; para ello contamos con tres medios principales para cohibir la hemorragia, éstos son: medios mecánicos, biológicos y químicos; los cuales se emplearán en el mismo orden en el que se han mencionado.

MEDIOS MECANICOS.

De ellos el más común es la presión, lo cual puede efectuarse con los dedos, los cuales van a presionar las paredes del alveolo y por lo tanto cerrarán la luz de los vasos sangrantes; ésta presión también puede llevarse a cabo haciendo que el paciente muerda una gasa, la cual además de proporcionar presión facilitará la formación del coágulo así como la organización y retracción del mismo con lo cual cesará el sangrado. También puede lograrse por medio de la cera ósea, la cual se introducirá en el alveolo y se presionará hacia la región apical con el fin de obstruir el paso de la sangre o bien de presionar el vaso sangrante y cerrar su luz, para evitar la salida del líquido.

MEDIOS BIOLÓGICOS.

Son materiales o medicamentos de origen orgánico - tales como la espuma de fibrina, la albúmina, la gretina la celulosa, etc., los cuales van a favorecer la formación del coágulo y por lo general se aplican localmente.

MEDIOS QUÍMICOS.

Se basan en el empleo de farmacoquímicos llamados-

hemostáticos, que pueden ser clasificados en: coagulantes y vasoconstrictores. Los primeros favorecen la formación y retracción del coágulo; entre ellos se encuentran el percloruro de hierro, el ácido oxálico, ácido tánico, etc., - Los segundos obran disminuyendo la luz del vaso y por lo tanto favoreciendo en obliteración; entre ellos se puede citar la adrenalina, la epinefrina, la antipirina, etc.

ALVEOLITIS.

También se le conoce como alveolo doloroso, alveolo seco, osteomielitis localizada, osteomielitis postextracción, alveolo infectado y alveolo necrótico; todos estos términos se emplean para denominar a la cicatrización o curación en falso o acompañado de dolor, el cual puede variar desde leve, hasta exasperante; aunque en realidad el término más adecuado para ello es la alveolalgia, que significa dolor en el alveolo.

En cuanto a su etiología, existen muchas y variadas teorías, algunas de las cuáles ni siquiera una base de casuístico tienen, pero en ésta ocasión trataremos o mencionaremos todas ellas, ya que si no está bien definida dicha etiología, lo menos que podemos hacer es conocer todas las causas posibles para en un momento dado saber de que -

debemos cuidar al paciente o que indicaciones debemos darle.

Una de éstas aparentes causas y quizá la apoyada, es la infección periapical de un diente en el momento de la extracción, a la cual se considera como un factor predisponente para una posterior alveolalgia; aunque esta teoría, no se ha confirmado, los autores se basan en la idea de que, en los casos de osteitis defensiva u oclusión traumática, existen grandes cantidades de calcio alrededor de la raíz y que al hacer la extracción, ésta pared densa impide la rápida organización del coágulo, el cual se colapsa y deja al descubierto las paredes del alveolo.

Otro factor que parece tener gran relación con este tipo de problemas, principalmente en los alveolos infectados, es el traumatismo provocado durante la extracción, ya sea por el uso de fresas para hueso, o por la repetida aplicación de elevadores; dicho traumatismo es frecuente y mayor cuando se presentan raíces hipercalcificadas, ya que el bruñimiento de las paredes alveolares en estos casos - provoca un gran daño por la fricción.

Otra de las causas es la infiltración de drogas ácidas, tóxicas e isquémicas, las cuales van a provocar por -

lo general una vasoconstricción exagerada, lo que vamos a impedir que el alveolo se llene de sangre una vez que se termina la extracción y consecuentemente no se formará el coágulo que, protegerá a dicho alveolo, permitiéndose así la entrada al mismo de saliva infectada cargada de bacterias y microorganismos que se acantonarán en el alveolo, e instalando procesos infecciosos.

El Cirujano Dentista, es responsable en algunos casos de provocar estas alveolalgias, cuando después de una extracción hace un curetaje del alveolo, provocando con ello un sellado de todos los orificios de salida de los vasos nutricios del hueso, lo que trae como consecuencia un problema similar al anterior, ya que a través de dichos vasos, se producirá el sangrado para la organización del coágulo y por lo tanto la protección del alveolo. Dicho curetaje deberá utilizarse solamente para extraer. Los granulomas y los pequeños quistes existentes en la región periapical o pequeños restos que caigan accidentalmente en dicha zona, empleando en este último caso preferentemente pinzas de curación para evitar lesionar las paredes alveolares.

El paciente también es responsable en algunos casos de este tipo de complicaciones, ya que la costumbre de estar escupiendo constantemente, por el asco que le provo-

ca la saliva sanguinolenta o el uso excesivo de buches o enjuages, provoca que se rompa la tensión superficial del coágulo, provocando un constante sangrado, hasta que se presente la obliteración de los vasos por los medios de defensa del organismo y por lo tanto no hay formación del coágulo.

Para el tratamiento de estas alveolalgias, se emplean principalmente dos técnicas que han dado resultados más o menos satisfactorio. Una de ellas consiste en lavar el alveolo con suero tibio, secar suavemente, aislar con gasa, colocar en el interior una gasa yodoformada saturada con eugenol y se cubre el alveolo con una mezcla de óxido de zinc y eugenol, se hace esto cada tercer día.

La otra técnica, consiste en limpiar de restos de coágulo y alimenticios el alveolo, empleando para ello unas pinzas de curación envueltas con algodón, para evitar lesionar el hueso; a continuación se efectúa un lavado a presión con agua bidestilada, solución isotónica o suero empleado para ello una jeringa hipodérmica con aguja la cual llevaremos hasta la región perilapical, con el fin de que la eliminación de todo el tejido necrosado o contaminante, sea expulsado desde la parte más profunda del alveolo, sin que quede nada en el mismo. Una vez hecho esto, -

se seca suave y perfectamente y se coloca en el interior del alveolo una esponja de fibrina, para después cubrirlo con una mezcla de óxido de zinc y eugenol o bien con cemento quirúrgico.

Hasta hace poco tiempo estas alveolagias, se curaban con una mezcla que en la actualidad, sólo se consigue mandándolo hacer a alguna farmacia, dicha mezcla consta de:

GUAYACOL 3.0 gr.

AMINO BENZOATO DE
ETILO. 3.0 gr.

BALZAMO DE PERU 9.0 gr.

T E M A V.

EL POSTOPERATORIO.

Toda intervención es seguida casi siempre de algunas complicaciones lógicas causadas por las necesarias aplicaciones del instrumental como es el dolor postoperatorio.

Estos dolores suceden cuando ha habido mucho traumatismo después de múltiples extracciones laboriosas, por despegamiento del periostio, por exceso de presión en el líquido inyectado, por demasiadas funciones al inyectar o en presencia de alguna inyección postoperatoria.

Los dolores de las primeras horas deben ser calmados con medicamentos preconizados: aspirina, piramidón y excepcionalmente morfina, también se pueden administrar analgésicos por alguna vía podría ser como los supositorios.

FIEBRE.

Esta puede presentarse después de una extracción. Existen dos clases de fiebre, la producida por una infec-

ción local y la fiebre aseptica, esta aparece cuando el paciente está muy debilitado por su máxima sensibilidad aunque el tratamiento haya sido insignificante.

La temperatura sube 5 décimos de grado a un grado sobre lo normal y desaparece de las 24 a las 48 horas, espontáneamente.

En personas sometidas (os) a varias extracciones en una sola sesión, aún no siendo débiles, se presenta fiebre traumática ocasionada por la eliminación de sustancias que han libertado los tejidos traumatizados.

Este tipo de fiebre va disminuyendo a medida que avanza el proceso de cicatrización.

La elevación térmica, constante y poco elevada, se acompaña de dolores en el sitio de la intervención por el traumatismo ocasionado.

INFECCIONES.

Es la complicación más molesta después de una extracción dentaria porque no solo se localiza en el alveolo provocando una alveolitis, sino que puede extenderse inva-

diendo el tejido óseo vecino, es decir los maxilares originando entonces periostitis, osteitis y en el peor de los casos, osteomielitis. Cuando invade las partes blandas vecinas, la infección puede convertirse en adentitis, además flegmones, abscesos, etc.

ALVEOLITIS.

Aparece después de ciertas extracciones, es producida por algún estado inflamatorio infeccioso, agudo o crónico, o bien por grandes traumatismos, los cuales ocasionan la pérdida o la falta de coágulo en el alveolo, dejando descubiertas sus paredes óseas.

Normalmente después de una extracción se coagula la sangre en la herida, sobreviene el proceso de organización en el coágulo, se extienden los vasos y los nervios hacia éste y se efectúa la proliferación del tejido conectivo con el cual cierra la herida rápidamente o bien, se produce la desintegración del coágulo y la herida cicatriza por granulación.

Si las defensas son inadecuadas, se provoca un estado inflamatorio semejante a la osteomielitis, por lo tanto el alveolo seco, es una osteomielitis localizada; por -

lo cual, el contacto del hueso con las secreciones de la boca, produce un dolor que a veces se vuelve muy intenso y dura 2 ó 3 semanas.

Además de las extracciones durante una infección aguda, la alveolitis puede ser ocasionada por traumatismo excesivo, uso de instrumentos no esterilizados, entrada de saliva en el alveolo, infecciones residuales, la adrenalina, falta de precauciones postoperatorias. Algunas veces se puede provocar el alveolo seco al hacer succión el paciente o colocar la lengua o los dedos en el alveolo.

PERIOSTITIS.

Es un estado inflamatorio piógeno del periostio. Es una de las fases de la osteitis, puede presentarse aguda o crónica, localizada o difusa. Este estado inflamatorio contiene mayor cantidad de tejido conectivo y durante la evolución se observa la presencia de osteoblastos y osteoclastos.

La periostitis primaria, se presenta como resultado de lesiones traumáticas como: contusiones heridas, fracturas, sin embargo con cierta frecuencia se presenta asociada a la osteitis, a la osteomielitis de origen piógeno, a la tuberculosis o a la sífilis.

La invasión del periostio puede presentarse o producirse por invasión del proceso infeccioso por los tejidos adyacentes o por la vía hematógica, siendo el resultado en este caso la metástasis de alguna infección reumática, gonocócica, sífilítica, tuberculosa o de alguna fiebre específica.

PERIOSTITIS AGUDA.

La variedad más sencilla de periostitis, es la exudación aguda que se observa en ocasiones en niños o adultos débiles o mal nutridos que es consecuencia de lesiones leves. El dolor localizado en el borde inferior de la mandíbula o en la cara externa del maxilar que sobreviene al traumatismo es resultado de una periostitis moderada que desaparece sin producir mayores trastornos.

La periostitis aguda, puede ser localizada o difusa, siendo la más frecuente la localizada, las alteraciones patológicas varían según la inflamación sea séptica o aséptica.

En la periostitis traumática séptica hay hipermia e inflamación en el periostio y la resolución es rápida, sin embargo, algunas veces al estado agudo le sucede -

la periostitis crónica que se caracteriza por la formación de nuevo tejido óseo.

La periostitis séptica, origina inflamación y necrosis, el periostio se desprende del hueso en el área afectada, se vuelve más delgado y finalmente cede dando salida al pus.

Si la evacuación del pus se hace oportunamente por medio de una incisión, solo se producirá una necrosis moderada sin formación de sequestro, el cual se forma cuando hay una gran destrucción de tejido. A la extirpación del sequestro sobreviene la granulación y la osteogenesis. Los síntomas de la peristitis son: dolor que se intensifica durante la noche y aumento a la presión en el periodo supurativo; enrojecimiento de la piel, inflamación y más tarde fluctuación.

En la periostitis incipiente, no siempre se puede hacer un diagnóstico radiológico, algunas veces la radiografía muestra una línea opaca sobre la corteza del hueso, más tarde se ve distintamente una sombra producida por el exudado y por las alteraciones esclerosas. El periodo normal no da ninguna sombra en la radiografía.

El pronóstico será favorable si se hace la evacuación oportuna del pus y no existen complicaciones.

En cuanto a la periostitis crónica se observan cuatro clases; fibrosa, osificante, sifilítica y tuberculosa.

Periostitis Fibrosa.- El tejido conectivo aumenta considerablemente, hay un engrosamiento del periostio que se vuelve denso y se adhiere al hueso.

Se presentan algunas veces en la tuberculosis ósea, en la inflamación de las articulaciones o en las lesiones de los tejidos blandos adyacentes.

En la periostitis osificante hay formación de nuevo tejido óseo en las capas profundas del periostio, en masas que varían desde pequeñas espigas hasta capas gruesas conocidas con el nombre de osteofitos.

La periostitis sifilítica, puede ser fibrosa u osificante y en sus dos formas es parecida a la periostitis no específica.

La periostitis tuberculosa es una infiltración purulenta crónica, secundaria a focos tuberculosos en otras

partes del cuerpo. Se forma en absceso en el perióstio, - con el desarrollo subsecuente de tejido de granulación que contiene tubérculos militares. Por lo general, la inflamación se extiende hasta el hueso adyacente.

La periostitis crónica, puede suceder al estado - agudo producido por alguna lesión traumática y en este caso se caracteriza por la formación de tejido óseo. Algunas veces la celulitis aguda rebolida al tratamiento se - vuelve crónica.

En algunos enfermos se presentan síntomas de infla mación crónica supurativa en los que no se descubre ningún estado patológico en la radiografía, el diagnóstico se basa en la amnesia y en evolución de la enfermedad. Por lo general, la periostitis crónica, puede ser didagnosticada por la irregularidad del periostio que se observa en el - roetgenograma y que consiste en el abultamiento del hueso o una línea irregular del borde perióstico. El pronóstico es casi siempre favorable.

OSTEITIS.- Inflamación del tejido óseo y puede ser localizado o generalizado.

La osteitis localizada, es el resultado de lesio--

nes traumáticas, o debido a la presión, a sustancias químicas o a la acción bacteriana suele presentarse en forma de atrofia o resorción de tejido óseo, o bien en forma de hiperplasia o hipertrofia. Algunas veces se observan áreas alternadas osteoclasia y de osteoanagénesis en la misma lesión.

La osteitis generalizada, se debe a trastornos o deficiencias de la nutrición, a la acción de ciertas sustancias químicas o por enfermedades orgánicas generales.

OSTEOMIELITIS.- Infiltración piógena de la médula ósea. Esta puede ocurrir en forma aguda o crónica. Los microorganismos que la producen son estreptococos, neumococos, estafilococos, el bacilo de la fiebre tifoidea y aunque esporádicamente, pero también es producida por el *bacillus coli comunis*.

El microorganismo que con más frecuencia produce esta enfermedad, es el estafilococo dorado. En la época de crecimiento es cuando puede producirse la osteomielitis, cuanto mayor sea la resistencia de los elementos sanguíneos contra el desarrollo de las bacterias, más difícil será que se produzca la osteomielitis.

Esta enfermedad puede presentarse en personas que aparentemente se encuentran saludables y que no han tenido ninguna lesión traumática.

Los microorganismos entran en el torrente circulatorio por medio de las amígdalas, del oído medio, de los senos nasales y también por los aparatos respiratorio, intestinal y genitourinario. En algunas ocasiones el comienzo de la enfermedad va precedido de una contusión o de cualquiera otra lesión traumática.

Las bacterias pueden penetrar por una herida como sucede en las fracturas complicadas o bien extenderse la infección a los tejidos contiguos como sucede en algunas fiebres infecciosas particularmente en el sarampión o la escarlatina.

La osteomielitis de los maxilares, atacan con mayor frecuencia a personas que están entre los 20 y los 31 años de edad y es más común en el sexo masculino que en el femenino. En la infancia se desarrolla de manera muy especial, por lo que está considerada como un proceso distinto al propio padecimiento.

Una extracción dentaria en su período de inflama--

ción aguda, puede ocasionar osteomielitis, el peligro empieza desde la infiltración de cualquier líquido anestésico, la paradentosis, la monoartritis apical, cuando en las extracciones se deja una raíz por un período más o menos largo, se desarrolla la osteomielitis crónica por vía sanguínea.

Los síntomas de osteomielitis aguda, se presentan con intensos dolores en la parte afectada que no ceden a los analgésicos usuales y que influyen sobre el estado general, la secreción de la saliva aumenta considerablemente, se dificulta la movilidad del maxilar y la sensibilidad de los dientes cercanos, la temperatura aumenta por la noche cuando la acumulación de pus está circunscrita y aún cierta presión, formación de fistulas. Los síntomas de osteomielitis aguda son: inflamación de la cara impidiendo abrir y cerrar la boca; dolor a la presión, tumefacción y supuración.

SENUSITIS.- Infección de la mucosa que tapiza el seno maxilar. Generalmente sucede cuando al hacer la ablación de un grueso molar superior se encuentra en sus raíces un quiste radicular, puede suceder que al hacer la extracción con la pieza venga adherido un fragmento de la lámina ósea o una porción de la mucosa que recubre el quis-

te y que corresponde al piso del seno. No es necesario - que la pieza por extraer, tenga un quiste, la longitud de - sus raíces y sobre todo la palatina hace que éstas estén - alojadas dentro del antro y recubiertas sólo por la mucosa, al hacer la extracción queda una comunicación con la cavi - dad bucal que puede obturarse por los alimentos convirtién - dose entonces en una cavidad cerrada aumentando la virulen - cia de los gérmenes que se propagan al seno, también suce - de que al intentar extraer la pieza, ésta se aloja en el - seno depositando ahí sus gérmenes y sobreviene la infec - ción, por lo tanto podemos decir que esta infección es - causada por una complicación de la extracción dentaria.

Otra causa pueden ser los golpes en el maxilar su - perior al romperse algunas de sus paredes queda una abertu - ra por donde penetran los microorganismos que originan la - infección. Las complicaciones de caries de 4o. grado en - el 1o. y 2o. premolar, y en la 1a. 2a. y 3as. gruesas mola - res superiores, constituyen también una causa de sinusitis.

Su sintomatología es muy especial, el paciente tie - ne la sensación de tensión en el carrillo, dolor en la re - gión suborbitaria que se hace sensible a la presión apare - ce la supuración y el paciente al sonarse o cambiar súbita - mente de posición siente que el pus le escurre por la na - riz, siendo un pus fétido y grueso. Otro síntoma es el do

lor intenso que ocurren con la opresión a la altura del -
zurco nasogeniano por el engrosamiento perióístico de la pa-
red anterior del seno, este dolor causado por la presión -
de la inflamación sobre los nervios es muy agudo.

En la sinusitis crónica, los síntomas pueden pasar
inadvertidos por el paciente durante un tiempo, ya que el
signo patognomónico aparece ya cuando el enfermo siente la
salida de la substancia purulenta del seno infectado.

La sinusitis puede resolverse favorablemente en -
sus primeros períodos, avanzada la enfermedad se hará nece-
sario un tratamiento quirúrgico. El dolor puede calmarse
con sedantes, analgésicos y antibióticos.

ADENITIS.- Inflamación del tejido linfoideo. Los
gérmenes infecciosos al penetrar a las vías linfáticas, -
llegan a los ganglios que impiden su paso quedando así in-
fectada la región ganglionar, produciendo el infarto en -
los ganglios que es donde desembocan las ramas aferentes -
de la región. En estas condiciones los ganglios se endure-
cen, aumentan de volúmen, si la resistencia no es suficien-
te para vencer la infección, el ganglio se reblandece y co-
mienza a supurar, aumentando el dolor con la tumefacción.-
Esta supuración puede extenderse y llegar a ulcerar y per-

forar los órganos vecinos.

En su período agudo, está contraindicada toda intervención quirúrgica, se deberán administrar antibióticos solo hasta que comience la supuración se deberá desbridar, de lo contrario implicará un grave peligro. La desbridación se ayudará con curaciones revulsivas y antiflogísticas procurando aumentar las defensas generales.

EDEMA.- Se determina como la infiltración de un líquido seroso en el tejido subcutáneo. Después de una extracción, súbitamente y sin ninguna reacción ganglionar, se inflama la cara del paciente en forma alarmante, consecuentemente la piel se pone tensa y brillante, primeramente se edematiza el párpado inferior, después el superior - en ciertos casos sucede lo mismo con el lado opuesto hasta llegar a ocultar el ojo.

Los pacientes con antecedentes personales o familiares de edema, deben ser tratados con antihistamínicos antes de someterse a cualquier tipo de cirugía bucal.

ABSCEOS.- Estos también pueden considerarse como una complicación de la extracción dentaria. Pueden ser: mucosos gingivales, cutáneos o subperióstios, según que -

fistulicen sobre la encía o sobre la piel, pueden producirse en lugares distintos. En el seno maxilar y en el maxilar superior en el piso de la boca o bien en la mandíbula.

Los abscesos pueden ser benignos o graves como el flegmón séptico. Los abscesos se clasifican según el lugar donde se localiza la infección y así tenemos cuando la infección parte del borde libre de la encía, se trata de absceso submucoso, en este caso, la infección se propaga a la mucosa respetando los tejidos óseos, alveolar y el periostio, siendo la misma mucosa, la que separa el pus de esos abscesos.

Cuando la supuración se localiza en la cara profunda del periostio alveolar se trata de un absceso subperiostico. La mucosa y el periostio separan el pus del exterior ya sea que se trata de abscesos submucosos o subperiosticos, deben ser desbridados y canalizados.

SEPTICEMIA.- Esta infección está relacionada con algunas complicaciones ya descritas. Es una infección que se caracteriza por la presencia de bacterias o de sus toxinas en la sangre. Empieza por un fuerte escalofrío, elevación de la temperatura entre 39.5 y 40.5 grados con oscilaciones continuas durando así de cinco a veinte días y aún-

más, esta calentura es remanente. En el paciente es notable su postración, su indiferencia, por las noches delira, la lengua se presenta seca y terrosa, la orina escasa y albuminosa, vómitos. Cuando se presenta el infarto del baso viene el estado de coma.

La septicemia puede ser aguda o fulminante. Cuando es aguda, se presenta con variaciones por unos días, si continua, se convierte en subaguda pudiendo durar varios meses y por último la crónica que evoluciona después de un mes.

La fulminante, representa un caso grave tanto que en cuantos días tiene un desenlace fatal.

TETANOS.- Esta enfermedad es producida por el bacilo de Nicolaier. Se caracteriza por contracciones musculares, convulsiones que tienden a generalizarse y pueden terminar con la vida del paciente. Es representativa entre las infecciones quirúrgicas de las enfermedades por intoxicación. El bacilo tetánico, agrega un veneno solubre que tiene acción selectiva sobre las células nerviosas.

Cuando al hacerse una extracción, se ha causado una herida anfractuosa y el paciente es una persona que

efectua su trabajo en lugares insalubres (campesinos, obreros, albañiles), el peligro es inminente, la introducción de polvo y microbios en la herida, producirá el tétano. - La enfermedad puede presentarse en cualquier periodo de la herida, algunas veces se anuncia por pódromos muy vagos, - cefalalgia, sensación dolorosa que irradia de la herida hacia los centros nerviosos.

SINTOMAS.- Trismus de la mandíbula, rigidez en los músculos de la cara hasta hacer cambiar la fisonomía del paciente. La rigidez se extiende hasta las regiones dorsal y lumbar, dando al cuerpo una tensión tan forzada que en el momento de crisis, el paciente se encorva en arco - hasta llegar a apoyarse en la cabeza y los talones. Actualmente el tétano quirúrgico, es una complicación que cada vez se va haciendo más excepcional y menos grave. En este proceso se indican sueros preventivos y medios antisépticos.

T E M A VI

C O N C L U S I O N E S

Tendremos que considerar los peligros a los que se encuentran expuestos nuestros pacientes, no olvidar los accidentes frecuentes que se pueden presentar y por lo tanto es nuestro deber tener en el consultorio todo lo necesario para su atención y seguridad, desde las pinzas, espejo, oxígeno, hemostáticos, eyector quirúrgico, etc.

Utilizaremos en todos los casos que nos toquen, lo mejor de nuestras técnicas, experiencia y facultades para poder evitar hasta donde nos sea posible un accidente.

También debe tenerse en cuenta las técnicas de Exodoncia que se emplean para evitar fracturas en los procesos alveolares o la penetración de los dientes extraídos a las vías respiratorias y digestivas.

La poca experiencia nos muestra que, a pesar de practicar los mismos cuidados en varias personas, los resultados siempre serían diferentes, por lo que tendremos que particularizar en todos los aspectos, nuestra atención según el caso y el paciente.

Como resolución tenemos la responsabilidad profesional, médica y humana de tomar siempre todas las precauciones para no poner en peligro, ni la salud, ni la vida de nuestros pacientes.

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

1.- CIRUGIA BUCAL.

Guillermo Ries Centeno.

2.- CIRUGIA BUCAL

W. Harry Archer

2a. Edición

Editorial Mundi.

3.- TRATADO DE PATOLOGIA.

Stanley L. Robbins

3a. Edición

"Editorial Interamericana"

4.- PATOLOGIA BUCAL

S.H. Bhaskar

Editorial El Ateneo.

5.- MEDICINA BUCAL.

Dr. Lester W. Burket

6a. Edición

Editorial Interamericana.

6.- COMPENDIO DE FARMACOLOGIA.

Dr. Manuel Litter
Editorial El Ateneo.

7.- EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

F. M. Mc. Carthy.