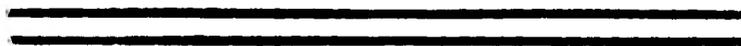


201 671

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EMERGENCIAS DENTALES

DIRECCI Y PUNTO

24-III-82

C. D. JOSÉ T. ESCOBAR P 51252

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

MARIA MARGALENA MUÑOZ ARAIZA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EMERGENCIAS DENTALES.

I N D I C E .

Página:

INTRODUCCION.

C A P I T U L O I.

CONCEPTO DE EMERGENCIA.

3

C A P I T U L O II.

FRACTURAS DE MAXILAR Y MANDIBULA.

5

C A P I T U L O III.

COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA.

12

- a). Insuficiente Estudio del Caso. 12
- b). Fracaso en Asegurar la Anestesia. 13
- c). Visualización Insuficiente. 14
- d). Falta de Control del Instrumental. 14
- e). Apoyo Incorrecto del Operador. 15

COMPLICACIONES QUE CONCERNEN AL CAMPO OPERATORIO
SOBRE EL QUE VAMOS A ACTUAR.

- a). Dislocación de Dientes Adyacentes. 15

	<u>Página:</u>
b). Fractura de la Corona al ser extraída.	16
c). Fractura de las Raíces del Diente al ser - extraídas.	16
d). Fractura de la Mandíbula.	17
e). Dientes Móviles.	17
f). Daño a encías.	17
g). Daño a Labios.	18
h). Daño a Lengua y piso de la Boca.	18
i). Dolor postoperatorio debido al Daño a los - tejidos blandos y duros.	18

C A P I T U L O I V .

ACCIDENTES EN ENDODONCIA.

a). Dolor Persistente.	21
b). Pericementitis.	22
c). Supuración Persistente.	22
d). Rotura de Instrumentos dentro del conducto.	23

C A P I T U L O V .

SHOCK.

a). Concepto y Definición	27
b). Causas.	27
c). Clasificación.	27
d). Tratamiento.	28

C A P I T U L O VI.

DESORDENES HEREDITARIOS DE SANGRE.

a). Hemofilia.	30
b). Enfermedad de Christmas.	31
c). Enfermedad de Von Willebrand's.	32

C A P I T U L O VII.

RIESGOS DE LOS RAYOS X Y SU PROTECCION.

34

C A P I T U L O VIII.

HIDRARGIRISMO.

39

CONCLUSIONES.

41

BIBLIOGRAFIA.

43

I N T R O D U C C I O N .

Los temas que expongo a continuación los considero de suma importancia, ya que las emergencias dentro del consultorio dental, cuando no se diagnostican y tratan a tiempo, pueden poner en peligro la vida del paciente.

La mayoría de las emergencias que se presentan en el consultorio se deben a la incapacidad física y emocional y a las reacciones provocadas por las drogas para tolerar un tratamiento odontológico específico en un determinado paciente. Cualquiera que haya sido la causa desencadenante, es de fundamental importancia que el paciente recupere su equilibrio fisiológico. - - Tanto en una reacción provocada por un stress excesivo o por drogas, se producirá una crisis si hay depresión en los mecanismos compensadores, en estos casos es importante aumentar la capacidad circulatoria por medio de la oxigenoterapia, controlar continuamente los signos vitales: presión arterial, pulso y temperatura. Esta actitud deberá mantenerse hasta que el paciente se -- haya estabilizado.

Aun cuando las drogas nos proporcionan una valiosa - - ayuda, sólo deben usarse cuando sean necesarias.

Se considera que el número de casos de emergencia que surgen en el consultorio, es inversamente proporcional a las medidas preventivas tomadas por el Dentista.

Una historia clínica elaborada cuidadosamente será el mejor seguro en casos de emergencia. Un plan de tratamiento bien organizado y ensayado, así como una lista de personas con quienes podemos contar para la resolución de tales problemas. Una actitud de calma y seguridad en la manipulación del equipo y medicamentos que proporcionen al paciente confianza para cooperar con el médico, para lograr ésto, es necesario poseer conocimientos adecuados, manteniéndose al corriente en la literatura profesional, conservando un diálogo constante con sus colegas; ésto se logra mejor en una práctica de grupo.

El consultorio dental deberá contar con un equipo de oxígeno que pueda aplicarse bajo presión positiva, y una charola de emergencias con todos los medicamentos necesarios en un lugar accesible y se examinará su contenido periódicamente para comprobar su buen estado.

CAPITULO I .

CONCEPTO DE EMERGENCIA .

Se entiende por emergencia, al padecimiento o accidente que pone en peligro la vida del paciente. También podemos definirla como el requerimiento de una acción inmediata para la preservación de la vida o de la salud.

La actuación del Cirujano Dentista siempre supone un riesgo, pero éste puede ser disminuído mediante la elaboración de una historia clínica cuidadosa, analizando los padecimientos que resulten desfavorables para operar en ellos la solución, decidirse con seguridad entre varios métodos de tratamiento, los cuales ofrecen ventajas e inconvenientes; escoger aquel cuya aplicación permite mayor celeridad y más certeza en el éxito.

El Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de utilizar sus conocimientos en beneficio de la salud. También debe tener conciencia de la importancia del conocimiento del hombre en su integridad biosicosocial, deberá reconocer los síntomas de una enfermedad antes de su aparición para actuar en los primeros niveles de prevención: ésto sólo se logra cuando el Cirujano - -

está lo suficientemente capacitado para aplicar las medidas y --
recursos específicos para llevar al individuo al estado de norma
lidad lo antes posible.

CAPITULO II.

FRACTURAS DE MAXILAR Y MANDIBULA.

Las estadísticas actuales nos revelan que la cabeza es el sitio que con mayor frecuencia es dañado, tanto en accidentes automovilísticos como por peleas, accidentes industriales y durante la práctica de algún deporte.

Uno de los mayores peligros para la vida del paciente con lesiones mandibulares es la falta de una vía aérea adecuada. La fractura del cuerpo de la mandíbula puede originar que la lengua se desplace hacia atrás, dificultando la respiración; la sangre, dientes, prótesis, hueso u otros objetos extraños dentro de la faringe también impiden que el paciente tenga una vía aérea adecuada; por lo tanto deberán ser retirados a la mayor brevedad posible y el sangrado controlado temporalmente por apósitos a presión.

CLASIFICACION.

Las fracturas pueden ser clasificadas de acuerdo a su gravedad y de sí son simples, compuestas o conminutas. En la -

fractura simple la piel permanece intacta, el hueso ha sido - -
fracturado pero no está expuesto.

En la fractura de tallo verde, un lado del hueso está_
fracturado y el otro solamente doblado; los tejidos están intac-
tos. Son de difícil diagnóstico y deben diferenciarse en la --
radiografía de las líneas de sutura anatómicas normales. Re- -
quieren tratamiento para evitar la resorción ósea de los extre--
mos del hueso durante el proceso de cicatrización; el tiempo re-
querido para la cicatrización es mínimo y se reconstruye casi --
por completo la arquitectura ósea.

En las fracturas conminutas simples el hueso se rompe_
en varios fragmentos. Las fracturas conminutas compuestas son_
producidas generalmente por armas de fuego con pérdida de hueso_
y consolidan con mayor lentitud, las astillas del hueso desvita-
lizado crean dificultades para la reparación.

En la fractura compuesta el foco de fractura comunica_
con el exterior provocando la infección del hueso, dificulta el_
riego sanguíneo y se produce fibrosis que retrasa la curación --
ósea.

FRACTURAS DEL MAXILAR.

Las fracturas del maxilar son traumatismos graves ya -

que están complicadas importantes estructuras como son la cavidad nasal, órbitas, senos y cerebro; los cuales pueden ser afectados primeramente por el traumatismo y posteriormente por la infección.

CLASIFICACION.

Fractura Horizontal.- En la fractura horizontal (Le Fort I) el diagnóstico radiográfico es de suma importancia, así como también la observación de la oclusión del paciente. El tratamiento consiste en colocar al maxilar en relación correcta con la mandíbula y con la base del cráneo e inmovilizarlo mediante férulas.

Fractura Piramidal.- En la fractura piramidal (Le Fort II) es difícil el diagnóstico, la palpación de los huesos a través del edema de los tejidos faciales es confusa. La interpretación radiográfica es difícil por la superposición de numerosas estructuras. El tratamiento está dirigido a la reducción del desplazamiento hacia abajo del maxilar y al tratamiento de las fracturas nasales. Se colocan alambres intermaxilares, la tracción elástica ayuda a la reducción de las fracturas.

Fractura Transversa.- En la fractura transversa (Le Fort III) se debe palpar el borde infra orbitario en busca de un desnivel en el hueso. Los orbes de la órbita son fáciles de

identificar en la radiografía, por lo tanto puede diagnosticarse con seguridad la presencia o ausencia de fractura en esta región.

La fractura reciente no complicada por fractura de - - cráneo, evita la utilización del gorro de yeso, puede suspenderse por medio de alambres que atraviesan los carrillos.

FRACTURAS DE MANDIBULA.

CAUSAS.

Existen dos factores que intervienen en la producción de una fractura: el factor dinámico (el traumatismo) y el factor estacionario (la mandíbula en sí).

El factor dinámico está representado por la intensidad del golpe. El factor estacionario está relacionado con la edad fisiológica del paciente, su estado psicológico, tumores o quistes, enfermedades que debilitan los huesos, por ejemplo hiperparatiroidismo, osteoporosis.

SIGNOS Y SINTOMAS.

1. Siempre hay el antecedente de un traumatismo.
2. La equimosis de la encía o de las mucosas pueden

sugerir el sitio de fractura.

3. El dolor al mover la mandíbula o a la palpación.
4. La incapacidad funcional se manifiesta porque el paciente no puede masticar.
5. La laceración de la encía puede verse en la región de la fractura.
6. El paciente presenta salivación y alitosis.

FACTORES DE DESPLAZAMIENTO EN LAS FRACTURAS.

Las fracturas pueden ser desplazadas por la violencia de la fuerza que provoca la fractura y con mayor frecuencia es el resultado de las fuerzas musculares y ligamentosas adheridas a los fragmentos.

Cuando la atracción muscular tiende a conservar los fragmentos unidos en la línea de fractura, se le considera como fractura favorable. Si la atracción muscular causa el desplazamiento de los fragmentos se considera el trazo de fractura como desfavorable.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de las fracturas consiste en su reduc-

ción y fijación. En las fracturas mandibulares simples la reducción y fijación se hacen a la vez. Si se coloca gran cantidad de alambres, la reducción de la fractura se hace hasta que se ha terminado su colocación en las dos arcadas y posteriormente se coloca la tracción intermaxilar elástica. Los principales métodos para la fijación son los alambres, barras para arcada y férulas.

PRINCIPIOS BASICOS PARA EL TRATAMIENTO OPORTUNO DE FRACTURAS.

1. Establecer y conservar una vía aérea franca.
2. Control de la hemorragia.
3. Conocer la respiración, pulso y presión arterial del paciente.
4. Averiguar la posibilidad de lesiones craneales.
5. Establecer nuevamente la función oclusal y las relaciones entre las arcadas.
6. Lograr la reducción y fijación de la fractura -- tan pronto como el juicio lo permita.
7. Conservar el trauma quirúrgico a un mínimo.
8. Conservar y proteger la dentición.

9. Recordar la necesidad de antibióticos y antitoxina tetánica.
10. Conservar en mente las cualidades estéticas, el bienestar general y la comodidad del paciente.
11. Tratar primero al paciente y a la fractura después.
12. Estar alerta a las responsabilidades legales.

C A P I T U L O I I I .

COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA.

Muchos de los fracasos y complicaciones de diversa gravedad, algunos de ellos muy serios, se debe a una mala ejecución de la técnica, al mal uso de los instrumentos o a fallas básicas en el momento de realizar la extracción. Entre estas fallas -- podemos mencionar las siguientes:

- a). Insuficiente estudio del caso.
- b). Fracaso en asegurar la anestesia.
- c). Visualización Insuficiente.
- d). Falta de control del instrumental.
- e). Apoyo incorrecto del operador.

INSUFICIENTE ESTUDIO DEL CASO.

Debemos realizar siempre un minucioso análisis clínico y radiográfico con el objeto de recoger todos los datos posibles sobre el estado emocional del paciente, antecedentes de exodoncia y salud en general.

En pacientes nerviosos, temerosos o inquietos, recurriremos a la medicación adecuada, con el objeto de atenuar o eliminar los inconvenientes que su conducta pueda producir.

ANTECEDENTES DE EXODONCIA.

Cuando el paciente manifieste que en extracciones anteriores las maniobras han sido accidentadas o muy laboriosas, es conveniente hacer un análisis exhaustivo del caso, para utilizar así la técnica más adecuada.

Cuando se deba tratar a pacientes epilépticos o impedidos, se requerirán manejos especiales, estando indicada la anestesia general.

FRACASO EN ASEGURAR LA ANESTESIA.

El fracaso en asegurar la anestesia, es debido generalmente a una técnica deficiente o a dosis insuficientes del agente anestésico. Se le explicará al paciente que aún cuando pueda sentir presión no debe sentir ninguna sensación táctil. Si siente presión pero no dolor la analgesia se ha obtenido, pero el dolor indica que se requiere otra inyección del anestésico local.

VISUALIZACION INSUFICIENTE.

El Cirujano Dentista no consigue visualizar correctamente los dientes a extraer por las siguientes causas:

- 1). Posición incorrecta del sillón, altura incorrecta, ángulo del respaldo incorrecto, brazos del sillón muy abiertos.
- 2). Foco luminoso insuficiente o mal orientado.
- 3). Posición inadecuada de la cabeza del paciente.
- 4). Hemorragia en el campo operatorio.
- 5). Posición inadecuada del operador: alejado o inclinado lateralmente, parado con los pies muy juntos, apoyado sobre el paciente o el sillón.

FALTA DE CONTROL DEL INSTRUMENTAL.

Es debido al uso inadecuado del instrumental, mala posición del operador, aplicación de fuerza excesiva en el momento de manobrar.

APOYO INCORRECTO DEL OPERADOR.

El apoyo incorrecto ocurre debido a vicios de posición o cuando sus manos se encuentran en posiciones forzadas, cuando mantiene el equilibrio apoyándose sobre el sillón o el paciente.

Otro tipo de complicaciones que se pueden presentar -- son las que conciernen al campo operatorio sobre el que vamos a actuar y entre éstas se encuentran las siguientes:

- a). Dislocación de dientes adyacentes.
- b). Fractura de la corona del diente al ser extraído.
- c). Fractura de las raíces del diente al ser extraído.
- d). Fractura de la mandíbula.
- e). Dientes móviles.
- f). Daño a encías.
- g). Daño a labios.
- h). Daño a lengua y piso de la boca.
- i). Dolor postoperatorio debido a daño a los tejidos blandos o duros.

a). Dislocación de dientes adyacentes.- Esta complicación se presenta por la aplicación de fuerzas excesivas

en las caras proximales de los dientes. Por esta razón no debe emplearse un elevador a la superficie mesial del primer molar permanente, porque puede desalojar el segundo premolar por ser más pequeño.

b). Fractura de la corona del diente al ser extraído. La fractura de la corona del diente durante la extracción puede ser inevitable cuando éste se encuentra debilitado debido a caries u obturaciones voluminosas, especialmente en el cuello. Sin embargo, casi siempre es debido a la aplicación inadecuada del fórceps al diente, colocando los bocados de éste sobre la corona en lugar de la raíz o cuerpo radicular. El empleo de fuerza excesiva no es recomendable y puede ser una causa de fractura a la corona.

c). Fractura de las raíces del diente al ser extraído.- Los factores que causan la fractura radicular son parecidos a los que causan una fractura coronaria. por lo tanto, al evitar estas fallas se reducirá la incidencia de dichas fracturas.

La extracción de una raíz recién fracturada se intenta siguiendo el método cerrado si hay probabilidades de éxito. Sin embargo, si la técnica no es favorable después de cinco minutos, tendrá que llevarse a cabo la extracción por procedimiento abierto (técnica con colgajo quirúrgico).

Las raíces residuales se decidirá extraerlas o no dependiendo del examen radiológico. En ocasiones aparecen en la radiografía circunscritas por una línea de cemento y una línea periodontal, ésto nos demuestra que la raíz no está infectada.

d). Fractura de Mandíbula.- La fractura de la mandíbula puede ocurrir cuando se utiliza una fuerza excesiva para extraer un diente o cuando existen cambios patológicos que han debilitado a la mandíbula. Otros factores predisponentes a la fractura pueden ser dientes no erupcionados, quistes, hiperparatiroidismo o tumores. Cuando se presenten cualquiera de los factores antes mencionados, la extracción debe ser int^entada únicamente después de un estudio clínico cuidadoso y ayuda radiográfica, además de una construcción preoperatoria de férulas. Se le informará al paciente de la posibilidad de fractura mandibular, y si esta complicación ocurriese, debe efectuarse el tratamiento de inmediato.

e). Dientes móviles.- La movilidad dental debe volvern^os prudentes puesto que puede deberse a la presencia de un tumor, o estar ubicados en un trozo de fractura.

f). Daño a encías.- El daño a la encía puede ser evitado por medio del manejo cuidadoso del instrumental y una buena técnica. Si se adhiere la encía al diente que se está

avulsionando, ésta deberá ser retirada con un bisturí o con tijeras antes de proseguir con la extracción.

g). Daño a Labios.- El labio inferior puede ser comprimido entre los mangos del fórceps y los dientes anteriores si no se tiene suficiente cuidado. Los dedos de la mano izquierda deben asegurar que el labio esté fuera del área de trabajo para evitar dañarlo.

h). Daño a Lengua y piso de la Boca.- La lengua y el piso de la boca no deben ser dañados durante la extracción dentaria si se tiene cuidado en el momento de usar el fórceps y los elevadores. Estos accidentes pueden ocurrir también cuando no se usa la mano izquierda en forma efectiva para retraer los tejidos blandos y protegerlos. La lengua está muy vascularizada y puede presentar sangrado abundante si se le llegara a lesionar. Esta hemorragia puede ser controlada jalando la lengua hacia adelante y colocándole unas suturas.

i). Dolor postoperatorio debido a traumatismo de los tejidos blandos o duros.- Estas complicaciones pueden presentarse por el machacamiento del hueso durante la instrumentación o por el sobrecalentamiento del mismo al cortarlo con una fresa, por falta de limpieza del alvéolo. Los tejidos blandos pueden ser dañados por la falta de protección en el momento de usar una fresa. La mayoría de estos errores pueden ser evitados actuan-

do con técnicas adecuadas, pero existen complicaciones que desafortunadamente no pueden prevenirse, entre éstas se puede mencionar a la osteitis alveolar.

La osteitis alveolar es una de las complicaciones postoperatorias más problemáticas. Es una lesión conocida también como alveolo seco, en la cual el coágulo se ha desintegrado con producción de mal olor y dolor intenso.

Etiología.- Su etiología es desconocida, pero existen factores que aumentan su frecuencia, entre éstos podemos mencionar a los siguientes: extracciones difíciles o traumáticas, desplazamiento del coágulo con la consiguiente infección del hueso expuesto, dientes que tengan paredes alveolares osteoscleróticas debido a infección crónica, la utilización de anestésicos locales de larga duración en la zona pueden causar anoxia tisular local y enfermedad generalizada.

Cuadro Clínico.- La osteitis alveolar se desarrolla al tercero o cuarto día postoperatorio, se caracteriza por dolor grave o continuo, mal olor en el sitio de la extracción y pérdida del coágulo. El hueso expuesto está necrótico.

Tratamiento.- El tratamiento deberá ser paliativo. Suele ser tratado mediante la inserción de un apósito que

contiene un obturante. Este apósito deberá ser colocado cuidadosamente dentro del alveolo y cambiado con la frecuencia necesaria para controlar el dolor hasta que el tejido de granulación haya cubierto las paredes del alveolo. El tratamiento estará encaminado a corregir las molestias, frenar la infección y promover la cicatrización. Se prescriben al paciente tabletas analgésicas y colutorios.

C A P I T U L O I V .

ACCIDENTES EN ENDODONCIA .

Gracias a las investigaciones en el campo biológico y a los continuos perfeccionamientos de las técnicas ha sido posible salvar cada día un mayor número de órganos dentarios.

Actualmente el tratamiento endodóntico ha adquirido -- gran importancia como parte integral de la asistencia completa -- del paciente.

Durante la terapéutica endodóntica pueden surgir complicaciones técnicas que requerirán su eliminación en forma adecuada, entre ellas podemos mencionar a las siguientes:

- a). Dolor persistente.
- b). Pericementitis.
- c). Supuración persistente.
- d). Rotura de instrumentos dentro del conducto.

a). Dolor persistente.- Una de las complicaciones que se pueden presentar durante el tratamiento endodóntico es un dolor persistente, la causa principal de éste es la extracción

incompleta de la pulpa, Los fragmentos de tejido pulpar sufren una inflamación aguda y se vuelven hipersensibles. El dolor no cederá hasta ser eliminado el tejido pulpar.

b). Pericementitis.- La pericementitis, se produce algunas veces después de la manipulación excesiva en un conducto no infectado. La inflamación periapical que se produce origina sensibilidad a la presión; cuando es intensa, también puede ser causa de dolor espontáneo. La pericementitis va acompañada de una supraoclusión del diente o de la obturación temporal.

El tratamiento consiste en quitar la obturación temporal, irrigar y secar los canales, poner una torunda de algodón en la cámara, volver a cerrar la cavidad y ajustar la oclusión.

c). Supuración persistente.- La supuración persistente se presenta cuando no se ha utilizado el instrumental en forma adecuada y la irrigación no fue suficiente. También suele presentarse cuando existe un canal supernumerario o un quiste radicular periapical. El tratamiento en dientes anteriores consiste en una intervención quirúrgica periapical y en dientes posteriores una curación con formocresol durante 24 horas sellada en la cámara pulpar, pudiendo terminar de esta forma la supuración.

d). Rotura de Instrumentos dentro del conducto.- La rotura de instrumentos en el interior del conducto es un riesgo constante si no se utilizan instrumentos en buenas condiciones o son manejados inadecuadamente.

Cualquier instrumento se podrá extraer siempre y cuando no haya quedado demasiado encajado dentro del conducto. - Cuando ésto no sea posible, se recurrirá a la cirugía periapical y a la retro-obturación. Si el fragmento del instrumento se encuentra en un diente posterior se podrá efectuar el reimplante intencional.

El procedimiento quirúrgico o apicectomía para la extracción de un instrumento fracturado, es la siguiente:

TECNICA QUIRURGICA.

Examen radiográfico.- En el examen radiográfico pre-quirúrgico observaremos cuidadosamente la clase y extensión del proceso; las relaciones con las fosas nasales, con los dientes vecinos y con los conductos y orificios óseos.

Radiográficamente podremos determinar el lugar y el tamaño del fragmento.

ANESTESIA.

La anestesia es de vital importancia para tener éxito en la intervención. Esta deberá ser suficiente para realizar con pulcritud los tiempos operatorios; infiltramos con anestesia una región de un diámetro de cuatro centímetros aproximadamente, introducimos la aguja a nivel del surco vestibular paralela al hueso y cerca de un centímetro por encima del surco; ahí depositamos el líquido, se repite esta maniobra en tres o cuatro puntos diferentes.

INCISION.

Con un bisturí de hoja corta se inicia la incisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, profundizando hasta el hueso para seccionar mucosa y periostio, descendiendo hasta medio centímetro del borde gingival y evitando hacer ángulos agudos, se dirige paralelamente a la arcada dentaria y asciende nuevamente hasta el surco vestibular, terminando a nivel del ápice del diente vecino del otro lado.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Con una legra, periostotomo o con una espátula de Freer, se separa la mucosa y el periostio subyacente.

OSTECTOMIA CON FRESAS.

Se usa una fresa redonda del No. 3 ó 5, con la

cual se hacen pequeñas perforaciones en círculo con el ápice como centro.

AMPUTACION DEL APICE RADICULAR.

Estando hecha la osteotomía, se introduce una sonda por el conducto radicular, lo que nos permitirá la fijación del ápice.

Con una fresa de fisura No. 558 efectuamos la sección de la raíz, que deberá ser biselada hacia el lado labial. Esto proporciona fácil acceso al conducto apical para su observación y para extraer el fragmento encajado.

Seccionada la raíz se pulen sus aristas y se biselan.

Para controlar la hemorragia dentro de la cavidad hacemos presión en los puntos sangrantes en el hueso o con torundas de algodón empapadas en adrenalina. A continuación se limpia el canal, se irriga y se seca antes de rellenarlo definitivamente, se coloca una gasa hemostática en la zona apical, para evitar la hemorragia. Se introduce una punta de gutapercha a través del forámen apical, de manera que quede totalmente sellado. Se completa la obturación del canal según la técnica habitual y se corta la gutapercha sobrante con un instrumento caliente y se retira del campo.

SUTURA.

Hacemos la sutura con pequeñas agujas atraumáticas, las que manejamos ayudados por el porta agujas. Como material de sutura empleamos hilo de seda o nylon.

Los cuidados postoperatorios son importantes: se reducen a compresas frías, bolsas de hielo y enjuagatorios suaves; los puntos se retiran a los cinco días.

C A P I T U L O V .

SHOCK.CONCEPTO Y DEFINICION.

a). El shock es un proceso patológico de alta gravedad que puede evolucionar en minutos u horas, pudiendo llegar -- cuando no es tratado adecuadamente a una etapa de absoluta irreversibilidad, que si se alcanza, desemboca necesariamente en la muerte del paciente.

b). Etiología.- Son numerosas las causas que lo -- producen. Destacan entre éstas:

- 1). Los trastornos cardiacos,
- 2). Las hemorragias,
- 3). Los traumatismos,
- 4). Las infecciones,
- 5). Los procedimientos quirúrgicos, y
- 6). Los cuadros dolorosos extremos y prolonga
dos.

c). Cuadro clínico del Shock.- Existe un cuadro -- clínico general que permite hacer el diagnóstico sindromático -- del estado de shock, independientemente de la causa. El dato --

principal es la hipotensión arterial. El cuadro se completa -- con taquicardia, pulso filiforme, cianosis discreta, adinamia ex tr e m a, sudoración profusa característicamente fría, acentuada pa l i d e z, oliguria, sed, aspecto de ansiedad, angustia y gran in- q u i e t u d.

d). Tratamiento.- El tratamiento del shock deberá de b e r á u estar encaminado a corregir la causa y ayudar a los mecanismos - fisiológicos de compensación a restaurar un nivel adecuado de -- perfusión tisular.

Debemos establecer las siguientes medidas al re- conocer los síntomas del shock:

- 1). Eliminar los factores causales.
- 2). Registrar y vigilar sistemáticamente la - presión arterial y el pulso.
- 3). Colocar al paciente en posición supina.
- 4). Conservar una vía aérea adecuada.
- 5). Proporcionar una oxigenación adecuada.
- 6). Conservar al paciente a una temperatura - ligeramente por encima de lo normal.
- 7). Apoyar la circulación administrando agen-

tes vasopresadores.

Si estas medidas han sido empleadas y el paciente no ha reaccionado en forma satisfactoria, será necesario pedir ayuda a un médico.

CAPITULO VI.

DESORDENES HEREDITARIAS DE SANGRADO.

A). HEMOFILIA.

La hemofilia es una enfermedad hereditaria ligada al sexo, que ataca únicamente a los hombres y es transmitida por las mujeres.

La hemofilia se caracteriza por hemorragia prolongada de heridas incluso leves y por sangrado espontáneo en la piel.

El tiempo de coagulación es muy largo, pero el tiempo de sangrado permanece normal. El tiempo de coagulación se debe a la deficiencia de globulina antihemofílica de la seroproteína (Factor VIII).

La intensidad y gravedad de la hemorragia es muy similar dentro de los miembros de una misma familia, se hallan relacionados con el déficit del factor de la coagulación.

El síntoma fundamental es la aparición de hemorragias difíciles de cohibir, posteriores a traumatismos que por lo común no guardan relación con la consiguiente grave pérdida hemática.

La enfermedad se manifiesta en la infancia, generalmente al empezar a caminar el niño y recibir sus primeras caídas o con motivo de la erupción de los primeros dientes.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y en la demostración fidedigna del déficit de la actividad del Factor -- VIII.

El tratamiento debe enfocarse tanto al aspecto orgánico, preventivo y tratando las hemorragias como al Psicológico.

En cuanto al manejo de los episodios hemorrágicos intervienen medidas locales y generales. Localmente se procederá a la compresión, aplicación de frío o trombina bovina. Las extracciones dentarias serán efectuadas en centros hospitalarios con previa administración del factor deficiente. El tratamiento general requiere la administración del factor deficiente en la cantidad que se precisa para lograr la hemostasis.

B). ENFERMEDAD DE CHRISTMAS.

La enfermedad de Christmas se hereda como carácter -- recesivo ligado al sexo. Difiere de la hemofilia en que el defecto hemostático está en la carencia del factor IX o sea funcionamiento anormal llamado componente de tromboplastina del plasma,

afecta a la producción de tromboplastina, sin la cual no hay normalidad en el mecanismo de coagulación.

Etiología.- La etiología de la enfermedad de Christmas y la de la hemofilia son similares y clínicamente indiferenciables.

El tratamiento médico para cada paciente, debe ser tratado por el hematólogo. El Odontólogo junto con el Médico procederán a una revisión de la historia clínica, antes de planificar la atención odontológica.

El tratamiento odontológico de rutina será efectuado con suma precaución para evitar la laceración de los tejidos por el trauma.

Cuando sea posible, se considerará una terapéutica endodóntica en vez de la extracción.

La terapéutica más importante en personas con trastornos hemorrágicos es la atención preventiva con insistencia en el cepillado correcto para mantener sano el tejido gingival, evitando así los episodios hemorrágicos.

C). ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND'S.

La enfermedad de Von Willebrand's es heredada como un

autosómico dominante y está caracterizado por un tiempo prolongado de sangrado y en muchos casos, por una reducción variable en el factor de coagulabilidad del plasma VIII y adecuado factor VIII relacionado con niveles de antígeno y también por anomalías de la función plaquetaria. Los pacientes que sufren de la enfermedad de Von Willebrand's comunmente buscan ayuda siiente a una hemorragia prolongada de los vasos superficiales de la piel o membranas mucosas o después de una hemorragia excesiva por extracción dental.

Debemos enfatizar la importancia de obtener una adecuada historia clínica familiar de sangrado e informarnos si tuvo el paciente un sangrado excesivo, si ha tenido intervenciones quirúrgicas mayores o extracciones dentales anteriores y si así fué ¿ hubo algún sangrado anormal ?. Estas preguntas pueden ser propuestas a todos los pacientes antes de cualquier procedimiento operatorio y el pequeño número de pacientes que tienen una historia sugestiva de un desorden de sangrado, puede ser referido al departamento de hematología para su investigación.

Cuando la extracción sea necesaria, el paciente debe ser hospitalizado; este tipo de intervención deberá ser realizada con la ayuda de personal médico para asegurar adecuadas medidas locales y sistemáticas para la prevención de la hemorragia dental.

Los objetivos de las medidas locales son:

1. Evitar el trauma innecesario en el momento de la extracción;
2. Aplicación de hilos hemostáticos en los alveolos; y
3. Protección del coágulo cicatrizal.

Los objetivos de la terapia sistémica son:

1. La restauración y
2. El mantenimiento de un estado hemostático normal.

El valor de las infusiones de plasma fresco congelado en la corrección de los defectos hemostáticos están bien establecidos en la enfermedad de Von Willenbrand's.

C A P I T U L O V I I .

RIESGOS DE LOS RAYOS X Y SU PROTECCION.

Efectos generales de la radiación en los tejidos.

Generalmente las células embrionarias inmaduras son -- más fácilmente lesionadas. Cuando son irradiadas durante la fase de reposo, la mitosis se retarda e inhibe.

La radiación ionizante puede provocar mutaciones que - están asociadas con el aborto, prematuridad o alguna invalidez - física o mental en el vástago. Es por lo tanto deseable el mantener las gónadas protegidas al máximo contra la radiación y - - aumentar las medidas de protección durante el embarazo, ya que - los genes del feto son particularmente sensibles a la radiación.

EFECTOS SOBRE LA PIEL.

Después de la administración terapéutica de radiación_ en la piel, se observa eritema que es la manifestación más tem-prana y visible comenzando pocos días después de la radiación.

A una semana de iniciada la irradiación, aparecen alte

raciones de la actividad de las glándulas sebáceas, dando como resultado una reducción de secreción y sequedad en la piel. Los folículos pilosos también pueden ser afectados por la radiación, originando depilación temporal o permanente.

EFECTOS SOBRE LA MUCOSA BUCAL.

En la mucosa bucal al igual que en la piel aparecen alteraciones con dosis inferiores de radiación y la mucositis que se presenta después de la irradiación suele desaparecer al cabo de 14 días.

EFECTOS SOBRE LAS GLANDULAS SALIVALES.

La Xerostomía o sequedad de la boca, es una de las molestias más comunes que se presentan. Después de dos semanas de haberse iniciado la irradiación se originan alteraciones en las glándulas salivales, éstas se caracterizan por disminución o pérdida total de la secreción.

EFECTOS SOBRE LOS DIENTES.

Con frecuencia los dientes de pacientes que han recibido radiación terapéutica en cabeza y cuello son afectados, apareciendo las lesiones hasta varios años después. Clínicamente se observa una peculiar destrucción de la substancia dentaria, pare

cida a la caries, que comienza en la zona cervical de los dientes. Los dientes son más frágiles y se desprenden trozos de esmalte fracturado.

La irradiación de los dientes en formación a una edad muy temprana trae como consecuencia el cese completo de la odontogénesis, resultando el acortamiento de uno de los dientes o anodoncia en la zona afectada.

MEDIDAS DE PROTECCION.

Las medidas adoptadas para la protección del paciente también lo serán para el operador.

Protección del Operador:

- a). No debe colocarse en dirección del haz primario.
- b). No debe sostener la película en la boca del paciente.
- c). No debe sostener el bastidor del tubo de Rayos X
- d). Debe colocarse atrás del haz de rayos X a una distancia de cuanto menos dos metros o atrás de un blindaje de plomo de 0.5 milímetros.
- e). Siempre deberá portar una placa de vigilancia de películas radiográficas.

Cuidado del Equipo de Rayos X.

El aparato de Rayos X deberá tener un buen mantenimiento eléctrico y mecánico. Se inspeccionará regularmente para verificar cualquier fuga de radiación proveniente del tubo de Rayos X y de su bastidor.

Protección del paciente de la Radiación Secundaria:

Las embarazadas, los niños y todas las personas en edad fértil deberán portar un delantal protector de plomo.

Limitación y ejecución de las Técnicas Radiográficas:

Cada examen debe estar limitado al menor número de radiografías. Las técnicas radiográficas deberán estar bien seleccionadas y ser ejecutadas con propiedad.

La intensidad de la radiación sobre la piel deberá ser limitada.

C A P I T U L O V I I I .

HIDRARGIRISMO.

Tanto el Odontólogo como sus ayudantes están expuestos diariamente al riesgo de la intoxicación con mercurio, ya que se calcula que el 80 por 100 de las restauraciones están hechas con amalgamas de plata, donde uno de los componentes es el mercurio.

Investigaciones recientes nos muestran que la inhalación de vapor de mercurio durante la mezcla de la amalgama es peligroso, puesto que produce un efecto tóxico acumulativo.

CUADRO CLINICO.SIGNOS Y SINTOMAS QUE CARACTERIZAN
LA INTOXICACION.

En las primeras etapas son: temblor, insomnio y eretismo; en las siguientes: gingivitis, estomatitis, aflojamiento de los dientes, salivación excesiva, sabor metálico, colitis, lesión renal progresiva, anemia y diarreas profusas que llevan a la - - deshidratación.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

El consultorio dental debe estar bien ventilado, el - -

exceso de mercurio y los restos de amalgama eliminados durante la condensación deben ser guardados en frascos bien cerrados, el mercurio que entra en contacto con la piel hay que eliminarlo con agua y jabón, la cápsula del amalgamador mecánico debe ajustarse perfectamente para evitar la liberación del mercurio.

TRATAMIENTO.

El tratamiento se basa en el abandono de la fuente de intoxicación y en la administración de BAL (dimercaprol) el cual se administra a dosis de 5 mg./kg. por vía intramuscular profunda cada cuatro horas, si bien este producto promueve la eliminación del mercurio, raras veces mejorará el cuadro clínico, por lo demás, es sintomático.

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

Desde el nacimiento de la Odontología como profesión - se han logrado grandes progresos. El práctico se preocupaba -- por aliviar el dolor dental por medio de la extracción, así como también por la restauración de la función y la estética. Desde aquella época se determinó la relación que existe entre la salud oral y la general.

La existencia de una enfermedad general se tomará en - cuenta para determinar el tratamiento y los cuidados dentales, - también es importante tener en cuenta el estado emocional del pa-ciente, puesto que forma parte del estado de salud general.

El paciente dental que ha estado tomando tranquilizan-tes prescritos por su médico es más susceptible a un síncope. - Esto sólo puede averiguarse mediante una historia clínica cuida-dada.

La Historia Clínica es un elemento indispensable en todo paciente y tiene como finalidad atender y servir mejor al pa-ciente. La elaboración de la Historia Clínica le permitirá al Cirujano Dentista averiguar si el tratamiento dental no perjudi-cará el estado general del paciente; si la presencia de alguna -

enfermedad general o la administración de determinados medicamentos pueden interferir con el éxito del tratamiento aplicado; para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; para conservar un documento escrito que puede resultar útil en caso de reclamación judicial.

Es por lo tanto, responsabilidad del Odontólogo aumentar el campo de sus conocimientos, ya que conforme el tiempo pasa la Odontología se hace más compleja, y sólo mediante un estudio más profundo y actualizado podrá enfrentarse a las responsabilidades y riesgos a los que todo Dentista está expuesto en su práctica diaria y consecuentemente elevará el aspecto técnico en el ejercicio de su profesión.

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

- 1.- Alvin L. Morris
Harry M. Bohannon. LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN -
LA PRÁCTICA GENERAL.
Editorial Labor, S.A.
Segunda Edición: 1976.
- 2.- Ciril Rozman
P.Farreras Valentí MEDICINA INTERNA
Editorial Marín, S.A. 1978
- 3.- Chávez Rivera COMA, SINCOPE Y SHOCK.
Editor y Distribuidor.- Francisco Méndez Otes.
Primera Edición: 1977
- 4.- DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS
MÉDICAS.
Editorial Salvat.
Undécima Edición: 1977
- 5.- E. Waite Daniel CIRUJIA BUCAL PRÁCTICA
Compañía Editorial Continental, S.A.
Primera Edición: 1978
- 6.- Glickman Irving PERIODONTOLOGIA CLÍNICA.
Editorial Interamericana.
Cuarta Edición.
- 7.- Gilmore H. William
Melvin R. Lund ODONTOLOGIA OPERATORIA.
Editorial Interamericana.
Segunda Edición.
- 8.- Kruger O. Gustav TRATADO DE CIRUJIA BUCAL.
Editorial Interamericana.
Cuarta Edición.
- 9.- Martín - Abreu Luis FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO
Editor.- Francisco Méndez Cervantes.
Cuarta Edición.

- 10.- Mckarthy Frank M. EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA.
Editorial El Ateneo.
Segunda Edición.
- 11.- Ralph E. Mc Donald ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLES-
CENTE.
Editorial Mundi.
Se terminó de imprimir el 10-01-71.
- 12.- Stanley L. Robbins PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.
Primera Edición en 1975.
Editorial Interamericana.
- 13.- Shafer Hine Levy TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
Tercera Edición.
Editorial Interamericana.