

20/ 405
Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**ACCIDENTES Y TRAUMATISMOS
EN EXODONCIA**

110 Bº
St. S. S. S.
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

ANTONIO JANET Y MORAN

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Es muy frecuente la presencia de accidentes en exodoncia, siendo una mayor parte de ellos evitables y otros no lo son; pero se puede disminuir su gravedad si se logra un diagnóstico correcto y de inmediato se le instituye un tratamiento apropiado. Y para esto, es de absoluta necesidad que desde el inicio de la profesión odontológica tengamos los conocimientos necesarios para lograr un diagnóstico preciso sobre las causas que produce un accidente. Con esto tendremos presente la prevención y el tratamiento que el caso requiera.

La forma en que realicé el texto de éste trabajo fué agrupar los accidentes en la especialidad de exodoncia en que mas se llegan a presentar.

ASPECTOS CLINICOS SOBRE ACCIDENTES EN EXODONIA

SUMARIO

INTRODUCCION

CAPITULO I. Accidentes que se pueden presentar en anestesia.

- Reacciones toxicas con los anestésicos locales
- Lipotimia
- Sincope
- Shock
- Colapso
- Hematoma
- Nauseas y vomito
- Trastornos de la vision
- Puncion en vasos
- Dolor en zona de puncion
- Contraccion brusca de los musculos masticatorios
- Fractura de agujas
- Xerostomia
- Parestesia y parálisis facial
- Lesiones en las regiones anestesiadas
- Accidentes del aparato respiratorio
- Lesion por anestesia local.

CAPITULO II. Accidentes que se pueden presentar en exodoncia.

- Fractura o luxacion de piezas contiguas
- Extraccion erronea de una pieza
- Luxacion o expulsion del germen permanente
- Luxacion temporomandibular
- Accidentes en partes blandas de la cavidad oral
- Penetracion de un cuerpo dentario a vias digestivas o respiratorias
- Fractura de las laminas maxilares
- Fractura de la tuberosidad del maxilar
- Fractura mandibular
- Abertura o penetracion a seno maxilar
- Paso de raices al seno maxilar
- Abertura del seno maxilar en la intervencion exodoncia
- Hemorragia posoperatoria.

CAPITULO I

ACCIDENTES QUE SE PUEDEN PRODUCIR EN ANESTESIA

REACCIONES TÓXICAS CON LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

Una reacción tóxica, que puede terminar con la muerte, se observa después de usar cualquier anestésico local en dosis mayores que las señaladas como límite de seguridad. Un pequeño porcentaje de personas también presentan idiosincrasia o hipersensibilidad a los efectos generales de los anestésicos locales. En tales personas sensibles, una intoxicación aguda pueden causarlas incluso cantidades mínimas de anestésico.

Los síntomas pueden empezar por ansiedad, risa, locuacidad, confusión mental, histeria, excitación motora, pulso rápido, palpitaciones y respiraciones irregulares. Los pacientes quizá también se quejan de tener repelción en la cabeza; la garganta está seca y a veces hay náuseas y vómitos. La intoxicación más grave se origina con palidez, escalofríos, tos, aumento de temperatura, pupilas dilatadas y exoftalmia, ansiedad intensa, trastornos de sensibilidad cutánea; finalmente existe delirio, pupilas muy dilatadas, disnea, temblores musculares inusuales que se convierten en convulsiones, pérdida del conocimiento y muerte por colapso y asfixia. Si el paciente sobrevive 10 a 15 minutos, el restablecimiento es casi seguro.

El tratamiento será sistemático o sea, mediante barbitúricos, como el Pentobarbital, para dominar las convulsiones a dosis de 2 a 4 tabletas de 100 Mgr., si es necesario; estimulantes respiratorios como la Lobelina a dosis de una ampollita de 1 Ml con 10 Mgr., del Clorhidrato de esta substancia por vía intramuscular o intravenosa y respiración artificial, así como estimulantes del aparato cardiovascular.

LIPOTIMIA

Es un estancamiento central de la sangre que origina isquemia cerebral por la vasodilatación espasmodica debida a impulsos nerviosos o psicicos.

Perdiendo los vasos sanguineos, el tono vasomotor, su diametro puede aumentar tanto que la sangre se acumula en las venas. En consecuencia, la presión en el circuito mayor disminuye mucho y la presión para hacer retorner la sangre al corazón es muy baja haciendo el retorno venoso muy escaso produciéndose en el paciente un desvanecimiento.

Se caracteriza por un atollondramiento pasajero, palidez, respiración lenta y pulso lento o muy rápido. La presión sanguínea suele bajar de manera pasajera.

El ataque es desencadenado por factores nerviosos o psicicos; como son: el dolor, ver sangre, la espera de una inyección ... etc., pudiendo lograr en el paciente un desvanecimiento. Este trastorno suele ser de poca duración y cede poco después de acostar al paciente y ponerlo en posición de Trendelenburg, (con la cabeza

a nivel más bajo que los pies) y, darle un estimulante suave (oler-alcohol, o sales amoniacales, tomar una taza de café, aconsejándole al paciente la respiración profunda.

SINCOPE

En la primeras etapas, son semejantes los signos a la Lipotimia. Pero el síncope es una forma más grave de Lipotimia. Es -- una manifestación de hipoxia cerebral debida a disminución de la -- anortación de sangre al cerebro. Puede haber signos de excitación o depresión cerebral. La pérdida de conciencia va precedida por mayor palidez y sudación; luego disminuyen repentinamente la frecuencia - del pulso y la presión sanguínea. Como en cualquier oxigenación de- ciente en cerebro, pueden producirse contracciones musculares in- voluntarias.

El síncope no es peligroso en una persona normal; suelen- vencerlo los mecanismos de control del enfermo, que logran compensa- ción automática, y vuelta al estado normal. Sin embargo cuando exig- te hipotensión, arteriosclerosis o hipertensión, el síncope puede - tener consecuencias serias, puesto que en estos individuos los meca- nismos compensativos pueden no funcionar. Por lo tanto, es importan- te conocer el estado fisiológico del enfermo antes de emprender el- tratamiento odontológico.

Al amenazar el síncope, hay que poner la cabeza en situa- ción baja, inclinando el sillón hacia atrás, un poco más allá de la posición horizontal (posición de Trendelenburg). Se aflojará la ro- pre apretada que pueda impedir la respiración; resultando a veces ve- liosa también la inhalación de amoniaco aromático.

Si se presenta pérdida de conciencia se administra oxígeno con mascarilla hasta que la cara recobre su color. De cuando en cuando se puede hacer inhalar espíritu aromático de amoníaco en este estado. Después de recobrar la conciencia, el paciente debe quedar acostado durante 10 a 30 minutos; el sillón se volverá por etapas a su posición normal antes de permitir que el paciente se ponga de pie.

Si al volver en sí persiste en su malestar le administramos estimulantes cardíacos.

SHOCK

El Shock puede definirse como una urgencia médica grave - grave común caracterizada de manera principal por disminución del volumen sanguíneo circulante efectivo y de la presión sanguínea. Entre las causas de Shock tenemos las manipulaciones quirúrgicas, los trastornos psíquicos y los anestésicos.

El fenómeno fundamental del Shock es la reducción rápida de la tensión sanguínea. El temor exagerado a la operación o al anestésico estimula indirectamente los nervios eferentes.

El Shock de la anestesia es causado por la administración de dosis excesivas, por la susceptibilidad del paciente, por la toxicidad de la substancia química o por la restricción de la respiración. La alteración característica de la circulación en el shock leve es la vaso dilatación, que acarrea sudación, calor relativo de la piel, hipotensión, debilidad y generalmente, lentitud del pulso. El tratamiento de urgencia aplicable a las personas en este estado comprende la conservación del calor corporal, el alivio del estado neu

rótico y la posición de Trendelemburg.

En el Shock profundo que hace su presencia más lentamente aparecen como síntomas: aprensión e inquietud primero, después el paciente suele tener palidez de muerte, acaso algo de cianosis, - siente debilidad, fatiga, frío; tiene la piel sudorosa y fría, apatía mental, a menudo sed intensa, hipotensión, pulso rápido y débil.

El tratamiento de este estado se realiza mediante la suspensión de la intervención; se coloca al paciente en posición de -- Trendelemburg; es útil la administración de oxígeno al 100%. Se inyectará por vía intravenosa 2 ml. al 1:1000 de clorhidrato de neosinafrina, disolviendo 2 mgr., de sulfato de atropina en la solución.

COLAPSO

El colapso es la depresión intensa de las funciones orgánicas, consecutiva a lesiones graves, operaciones quirúrgicas, grandes trastornos mentales, o causada por la acción de los anestésicos. Es la consecuencia de una impresión violenta originada en el sistema nervioso central. No es fácil hacer la distinción entre el colapso y el shock, ni tampoco es preciso hacer aquí la diferencia exacta. Solamente nos baste saber que el colapso es la consecuencia final del avotamiento continuo.

El colapso causado por impresiones mentales es el más frecuente y el más intenso, particularmente en las personas nerviosas. El estado físico de los pacientes en el colapso no varía notablemente, la excitación decrece paulatinamente y se va perdiendo el color corporal, la respiración se vuelve cada vez más superficial, se

acelera el pulso, debilitanse más y más las contracciones cardíacas, hasta que desaparece todo signo de actividad orgánica, tal es el final, inesperado algunas veces, de depresiones nerviosas que parecen insuficientes para causar tal estado. Este, puede sobrevenir por la sola vista de los instrumentos dentales, el trato inepto del operador, o a menudo después de operaciones dentales que no fueron de carácter grave, pero tuvieron larga duración.

A los pacientes en este estado se coloca el sillón dental en posición de Trendelenburg, se afloja la ropa que impide la respiración y circulación. Se administra de inmediato oxígeno, se inyectan 2 ml., al 1:1000 de clorhidrato de neosinefrina por vía endovenosa, disolviendo 2 mgr., de sulfato de atropina en la solución, -- además el masaje cardíaco con torax cerrado. El tratamiento debe iniciarse antes de tres minutos para evitar daño permanente en los centros nerviosos superiores.

HEMATOMA

Es un accidente frecuente, que escapa la mayor parte de las veces a nuestras mejores previsiones, consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El tumor sanguíneo puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

La encía que cubre la región operatoria se pone tangente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio. El hematoma puede llegar a supurar, dando en estas ocasiones repercusión ganglionar,

escalofríos y fiebre.

El hematoma puede originarse por desgarrro, ruptura o punción de un vaso, en las maniobras de anestesia.

En esta complicación no es muy frecuente, pues los vasos se desplazan y no son puncionados. El derrame sangüíneo es instantáneo, y tarda varios días para su resolución y su tratamiento consistente en la aplicación de bolsas de hielo, sobre el lugar de inyección.

En caso de que el lugar a supurar se trata como un absceso incidiéndolo con bisturí. Algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía líquida, del hematoma.

NAUSEAS Y VOMITOS

Algunas veces, después de la inyección para hacer el bloque alvéolo-lingual inferior, el paciente experimenta náuseas, arcadas o disfagia, pero las más de las veces se presenta cualquiera de éstas después de la inyección del nervio palatino posterior para extraer molares superiores, sobre todo, los terceros molares. - Para ello debemos tener presente que solo se requieren unas cuantas gotas de solución, lo que ocasiona sensación manifiesta de insensibilidad.

TRASTORNOS DE LA VISION

La inyección en la órbita, durante la anestesia del nervio maxilar superior y los nervios dentarios anteriores, puede acarrear diplopia, exoforia o isoforias, que duran lo que el efecto-

anestésico. No requiere ningún tratamiento.

PUNCIÓN EN VASOS

En algunas oportunidades, a raíz de cualquier anestesia, se nota sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez, debidas a isquemias sobre esta región. Está originada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina, en la luz de una vena. La adrenalina ocasiona la vasoconstricción, a la cual se debe la isquemia. No requiere ningún tratamiento.

DOLOR EN ZONA DE PUNCIÓN

Al realizar una inyección, la aguja puede tocar un nervio originándose por este motivo dolor de distinta índole, intensidad, localización o irradiación, dolor que puede persistir horas o días.

El dolor post-inyección se puede deber a inyecciones con agujas sin filo, que desgarran los tejidos, y la introducción de las soluciones anestésicas muy calientes o muy frías, no isotónicas, o demasiado rápidas. El desgarrar del periostio y los tejidos gingivales, es causa de molestias post operatorias de intensidad variable. Lo mismo sucede con la inyección anestésica en los músculos. La lesión de los troncos nerviosos, por la punta de la aguja, origina también neuritis persistentes.

El tratamiento puede realizarse con ultrasonido, rayos infrarrojos, vitamina B y Enzimas.

CONTRACCION BRUSCA DE LOS MUSCULOS MASTICATORIOS

La inyección del anestésico en un músculo puede ocasionar trismus, sobre todo cuando se hace la inyección pterigomandibular. Por regla general es de corta duración, y en pocas horas o, cuando mucho, en unos cuantos días se restablece la función normal.

En estos casos de trismus son buenas las sesiones de fisioterapia a base de ultrasonido y la administración de relajantes musculares. También puede producirse esta contracción por exceso de labor operatoria.

FRACTURA DE AGUJAS

la causa más común de este accidente, es algún movimiento súbito y brusco que hace el paciente, y esto es netamente cierto, - pues no debemos pasar por alto el temor del paciente al ver que se le va a introducir una aguja más o menos larga en sus tejidos bucales, lo cual cree le ocasionará dolor intenso.

Al efectuar la anestesia de conducción, no debe haber resistencia de los tejidos a la inyección; y el Dentista no debe de hacer fuerza con la aguja, ni dejará que está se atore en el peritio, ni que se doble.

Cuando el tratamiento es inmediato se reduce a una incisión a nivel del lugar de la inyección y dirección de los tejidos - con un instrumento romo, hasta encontrar el trozo fracturado y extracción del mismo con una pinza de disección o de Kocher. Cuando -

ha pasado un tiempo después del accidente, deberá investigarse radiográficamente la ubicación de la aguja, empleando para ello puntos de referencia, sobre todo en maxilares dentados.

La extracción de la aguja para anestesia troncular, rotas a nivel de la cara interna del maxilar, requiere un procedimiento más complicado. Cuando el instrumento ha desaparecido en los tejidos, no es fácil encontrarlo y ubicarlo y por lo tanto extraerlo. Para su localización debe hacerse una radiografía de perfil y otra de frente, con una aguja de guía colocada según la misma técnica que la empleada para la inyección troncular, aguja que también puede usarse para realizar la anestesia con el fin de extraer el trozo fracturado.

Guiados por el examen radiográfico y la aguja-guía, tendremos una clara idea de su ubicación. A nivel de donde presumimos se encuentra el extremo interior de la aguja fracturada, se traza una incisión vertical que llegue hasta el objeto y se diseca con un instrumento como los tejidos vecinos, cuidando de no profundizar más la aguja rota. Localizada y visible el extremo anterior se toma una pinza de Kocher y se le retira. Si se ha llegado con la disección más atrás de la punta, y se localiza la aguja, se prende con una pinza de Kocher y se trata de llevarla en dirección anterior, permitiendo que salga a través de la mucosa en la cara interna del maxilar. Cuando aparece el extremo, se toma éste con otra pinza, soltando la primera, y se retira el cuerpo fracturado. La herida se cierra con uno o dos puntos de sutura.

XEROSTOMIA

La resequeidad morbosa de la boca es bastante común después de la inyección de los nervios alveolar inferior y lingual; es causada por la inyección de la solución anestésica en la región del nervio lingual, de donde se difunde a la cuerda del tímpano, rama del nervio facial, con lo que interrumpe los impulsos a las glándulas submandibular y sublingual y reduce la secreción de saliva. La secreción se suele normalizar al cabo de dos o tres horas.

Es estado nervioso del paciente de cuando en cuando altera la secreción salival y de la sensación de resequeidad de la boca.

PARESTESIA Y PARALISIS FACIAL

La parestesia es la perturbación de la sensibilidad, y se puede presentar como consecuencia de la infección o del traumatismo quirúrgico, lo mismo que de secuelas de la inyección de algún anestésico local. La anestesia prolongada puede ser hasta de un año o aún más, que es el tiempo que puede requerirse para que se efectúe la total regeneración del nervio. Esta complicación se debe, cuando no es de origen quirúrgico, al desgarrar del nervio por agujas con rebabas, o la inyección del alcohol junto con el anestésico local; este alcohol puede ser el residuo de aquellos casos en que se acostumbra conservar las jeringas en este material. No hay tratamiento más efectivo para este trastorno que el tiempo. El nervio regenera lentamente y después de un período variable se recupera la sensibilidad.

Le parálisis facial ocurre principalmente en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotideo del hueso inyectando la solución en la glándula parótida. Tiene todos los síntomas de la parálisis de Bell: caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular y proyección hacia arriba del globo ocular, además de la cual el paciente por lo general no se percibe, pero lo advierte el profesional. Este trastorno, para bien, es transitorio y dura el tiempo que persiste la anestesia.

También la inyección infra orbital con bastante frecuencia origina señalada blefaroptosis en el lado correspondiente, en virtud de que se anestesia el plexo infraorbital y, por consiguiente, la rama terminal del tronco cérico temporal del nervio facial, que también inerva el párpado superior.

Este trastorno no requiere por lo tanto, ningún tratamiento.

LESIONES EN LAS REGIONES ANESTESIASIAS

Estas no son muy comunes, pero puede suceder en niños como en adultos cuando se trabaja sobre el dentario inferior, el cual al administrar nuestra infiltración anestésica buscan el fin de la extensión anestesiada y al observar que no sienten molestia alguna muerden con fuerza, lesionándose.

Esto suele ocurrir también en los adultos que se lesionan regiones anestesiadas tales como lengua, labio o los carrillos al tratar de hablar. Este accidente es previsible con una explicación a los pacientes del peligro que corren las regiones anestesiadas.- En los pacientes infantiles conviene usar anestésicos de duración un poco más corta.

El tratamiento se hace como cualquier lesión traumática, es decir, a base de onzinas para contrarrestar la inflamación, - analgésicas y toques locales con alcohol antiséptico.

ACCIDENTES DEL APARATO RESPIRATORIO

Entre estos tenemos los que sobrevienen en el centro respiratorio bulbar y los accidentes que ocasionan paro respiratorio de un origen periférico.

De los primeros el más común es la excesiva dosificación de drogas que actúan sobre el centro respiratorio como son los -- hipnóticos y los sedantes. Esto da lugar a una disminución brusca y total de los movimientos respiratorios, no alterándose la circulación por espacio de tres minutos por lo máximo, en el cual se consume la reserva de oxígeno que se encuentra en el miocardio. Después sobreviene la anoxemia cardíaca produciéndose el paro de las funciones del corazón. En el momento de comenzar el síncope respiratorio es necesario administrar al enfermo respiración artificial, pues el individuo no sobre pesará éste estado si no hay ayuda o tratamiento que contrarreste ésta anomalía.

El paciente presenta como síntomas característicos: cianosis, pupilas dilatadas, pulso irregular y disminución de este hasta presentarse el paro del corazón.

Entre los accidentes respiratorios de un origen peristáltico tenemos a los que en general, son producidos por una obstrucción de las vías respiratorias. Podemos enumerar una gran cantidad de accidentes de este tipo, pero todos están localizados en una misma región: impidiendo el paso del aire natural por el conducto respiratorio.

En estos accidentes a veces dramáticos, a veces discretos, aunque por lo general casi siempre regresivos, sucede una fase caracterizada por síntomas diversos: empieza con una tos seca, a veces ronca, acompañada muchas veces de verdaderas crisis de ahogo. -- Más tarde el individuo empieza a asfixiarse, se presenta un tono -- cianótico en su cara, aumentan las pulsaciones y la presión arterial hasta el paro del centro respiratorio bulbar.

El tratamiento a seguir es liberando las vías respiratorias, desalojando las causas de la obstrucción, colocando en posición correcta la cabeza del paciente y administrando respiración -- artificial.

A continuación describiré un método de respiración artificial adecuado al consultorio dental:

Se coloca al enfermo boca arriba y en posición horizontal. El cirujano Dentista se coloca por detrás tomando fuertemente, por los muñecas, los brazos del paciente llevándolos hacia atrás y afuera con lo que penetra el aire a los pulmones. Paso siguiente es bajarlos y cruzarlos sobre la parte inferior del tórax y comprimiendo se logra que salga el aire. Esto se hace con la misma frecuencia de

la respiración normal hasta que el enfermo salga del síncope respiratorio.

Podemos ayudarnos también con el empleo de excitantes del centro respiratorio como las ampollitas de Lobelina a dosis de 1 ó 2 ampollitas de .01 gr., por vía intravenosa.

La traqueotomía solo presenta indicaciones especiales y fundamentalmente como tratamiento de urgencia como sería el caso de enclavamiento laríngeo traumático y del cuerpo extraño; así como en el caso de que haya trismus y el obstáculo laríngeo sea la lengua.

LESION POR ANESTESIA LOCAL

Si la anestesia local es administrada bajo fuerte presión en el tejido conectivo denso, la compresión tisular que sigue puede conducir a una necrosis y ulceración por isquemia local y causar necrosis. Suelen producirse, en el lugar de la infiltración, úlceras irregulares y superficiales. Estas suelen aparecer a las 24 ó 48 horas después de la inyección, como una lesión blanquecina con márgenes muy bien definidos. No existe la posibilidad de que aumenten de tamaño.

La prevención, más que un tratamiento, es la forma de evitar esta clase de lesión. Esta prevención está encaminada a evitar inyecciones de alta presión con el tejido conectivo firmemente adherido; no se deberá aplicar drogas cáusticas.

En caso de presentarse la lesión, el paciente deberá hacer enjuagatorios suaves como el del bicarbonato de sodio (una cucharada pequeña) en un vaso de agua tibia; y el uso de pastillas de benzocainas aliviará el dolor, si existe.

CAPITULO II

ACCIDENTES QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN EXODONCIA.

FRACTURA O LUXACION DE PIEZAS CONTIGUAS

La fractura o luxación de piezas contiguas pueden deberse al mal uso de la técnica en la aplicación de forceps o al apoyo incorrecto del botador. Puede suceder que en la aplicación del forceps el diámetro mesio distal de la pieza por extraer sea menor al ancho de los bocados y puede abarcar la pieza contigua y al llevarse a cabo la extracción dentaria, se producirá la luxación de la pieza contigua; puede suceder también que la pieza por extraer haya perdido sus puntos de contacto de tal manera que el diámetro mesio-distal se encuentre reducido y la aplicación del forceps pueda ingresar más allá de la pieza por extraer; así también se puede dar el caso de que los bocados no sigan la dirección axial de las piezas en tal forma que parte de los bocados puedan causar en la pieza mesial y llevarse a cabo la luxación de ella. La falta de protección y el exceso de la aplicación de la fuerza puede proyectar el cuerpo del forceps a la arcada contraria en el momento de la avulsión y -- llevarse consigo la luxación o fractura de la pieza de esa arcada -- antagonica. En el uso del botador es muy frecuente el apoyo en piezas contiguas y la luxación siempre se lleva a cabo en dirección -- lingual.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.- Cuando se ha llevado a cabo la luxación se recomienda el uso de revulsivos y el descenso de esa zona.

EXTRACCION ERRONEA DE UNA PIEZA

No es muy frecuente, pero los pacientes con caries múltiples establecen una sistematología bastante compleja y aunque la caries no haya destruido la totalidad de la corona resulta bastante difícil diagnosticar la pieza que está produciendo la odontalgia ya que pueden encontrarse involucrados el nervio del maxilar o el tronco mandibular, también puede suceder que las pequeñas anastomosis nos dan odontalgias antagonicas, para ello es indispensable una muy buena explicación y si es necesaria la ayuda radiográfica recurriremos a ella ya que podemos caer en el resultado desagradable de la extracción errónea. Pero la equivocación más frecuente sucede en la arcada inferior ya que la anestesia es hasta la parte media y aunque tenemos un diagnóstico catagórico, la posición del fórceps puede cambiar a la pieza contigua sobre todo cuando el paciente no coopera con la abertura necesaria para la facilidad del acceso del fórceps; es por eso que en las piezas inferiores posteriores no debemos de perder de vista la pieza por extraer hasta que no se haya logrado la extracción. En caso de que la extracción sea errónea nos es conveniente salir con la verdad ya que la odontalgia no cedería por la permanencia de la pieza lesionada, es importante que en ese mismo momento solucionemos el problema haciéndole ver al paciente -

nuestro error y que el costo de la prótesis correrá por nuestra --
cuenta, pues la única manera de salvar nuestro prestigio profesio--
nal o lograr en ese mismo instante el reimplante de la misma siem--
pre y cuando las condiciones generales del paciente nos garanticen
el éxito.

LUXACION O EXPULSION DEL GERMEN PERMANENTE

Es muy frecuente la luxación y en otras ocasiones la ex--
pulsión del gérmen permanente y sobre todo si se lleva a cabo en --
los primeros o segundos molares ya que las raíces de estos pequeños
molares albergan al gérmen de los premolares, en tales condiciones
el manejo de estos pacientes debe ser con sumo cuidado en relación--
a la cronología dentaria ya que ello lleva consigo la resolisis ló--
gica de los pequeños molares y es muy común que por la falta de ha--
bilidad confundir la resolisis con fracturas consecuentes, lo cual--
no es y el empeño en la búsqueda de los segmentos radiculares oca--
siona la movilización del gérmen al encontrarse con la o las cúspi--
des del premolar pudiendo luxarse o extraerse si el empeño persiste.
Es conveniente recordar la cronología dental, como lo es también ex--
plorar la topografía gingival para calcular la posición del gérmen--
permanente; en esas condiciones no debemos profundizar demasiado --
los bocados del fórceps, o la hoja del botador para no perjudicar--
al gérmen permanente.

LUXACION TEMPOROMANDIBULAR

La falta de protección durante la extracción dentaria en la arcada inferior y consecutiva a lesiones articulares con varios años de evolución, traen consigo la luxación temporo mandibular. Esta puede ser uni o bilateral: los signos clínicos de la luxación -- unilateral son:

- 1.- Proyección del cóndilo ocupando una posición antero - inferior.
- 2.- Pérdida de la oclusión.
- 3.- Se despierta la excitación sialorreica.
- 4.- Tersura de la región geniana.
- 5.- Dislalia.
- 6.- Depresión de la región geniana del lado contrario.
- 7.- Dolor en la articulación del lado contrario por presión exagerada.

MANERA DE REUCIRIA.- Protegemos con gasas nuestros dedos pulgares, los llevamos a zona de molares inferiores y aplicamos una fuerza en dirección inferior y posterior principalmente del lado afectado con el propósito de que el cóndilo llegue a la cavidad glenoidea.

La luxación bilateral presenta los siguientes signos clínicos.

- 1.- Proyección mandibular en dirección antero inferior.
- 2.- Imposibilidad para lograr la oclusión.

- 3.- Se despierta el reflejo saliváreo.
- 4.- Tensión de las regiones genianas.
- 5.- No existe el síntoma dolor a menos que la afección-- persista por varios días.
- 6.- Imposibilidad para lograr la masticación y fonación.
- 7.- Depresión en la zona glenohilea localizada a 13 mm., del tragus, la posición de los cóndilos sobresale a la topografía.

MANERA DE REDUCIRLA.- Previa protección de nuestros pulgares y descansando sobre las superficies oclusales o en el triángulo retromolar, llevamos la mandíbula en dirección inferior y después hacia región posterior hasta que libre el cóndilo del temporal, jamás debemos de ejercer presión en dirección posterior si los cóndilos mandibulares no han librado a los cóndilos temporales y mucho menos en personas jóvenes ya que podemos provocar la fractura de la cabeza del cóndilo. Otro método de reducirla consiste en colocar unos taquetes de caucho en la zona oclusal y apoyándonos en el mentón haremos presión hacia atrás.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.- Alimentación líquida por ese día, los días siguientes procurar no abitar demasiado su mandíbula y si es necesario, hacer ejercicios de coordinación muscular.

ACCIDENTES EN PARTES BLANCAS DE LA CAVIDAD ORAL.

Dentro de ellos tenemos desgarraduras de la mucosa y este tipo de accidentes se logra por una falsa debridación y se experimenta en la zona distal del tercer molar inferior principalmente, -

ya que en este sitio la mucosa retromolar es exageradamente fibrótica y durante los movimientos de luxación puede llevarse consigo el desprendimiento de la misma y si éste hecho pasa desapercibido podemos llegar al desgarre de esta mucosa en proyección hacia la base del pilar anterior. Si solamente se ha logrado el desprendimiento, libraremos la pieza de la zona de inserción por medio de unas tijeras curvas y haremos comprimir una gasa para lograr la reinsertión, pero si la mucosa ha sido desgarrada será necesario la hemostasis y sutura de la zona con puntos aislados con hilo de seda de tres cerros o Catgut del mismo calibre.

De la misma manera, durante la extracción de piezas inferiores la insensibilidad establecida en el orticular del lado anestesiado así como de los dos tercios anteriores del órgano lingual y consecuentemente al mal uso de su botador podemos, con mucha facilidad contufr el labio si no se protege debidamente al paciente; o puede suceder, que con el uso del fórceps podemos lesionar el labio inferior cuando hacemos descansar las ramas en la arcada contraria, dicha contusión puede evolucionar con un hematoma de bastante importancia. En igual forma podemos lesionar la mucosa del carrillo en el viraje de un botador así como la lengua o el piso de la boca. Si se tratara de una penetración del instrumento en el piso de la boca debemos de cerciorarnos de una estabilidad del coágulo, en caso contrario es indispensable la hemostasis de la zona y sutura de la misma; si el caso evoluciona con un hematoma la corrección fisiológica es tardía, su aspecto es desagradable y por tal motivo

debemos de favorecer al paciente con administración de proteolíticos como son: perlas de Prensine 1c/4 hs., deglutibles; perlas de Ananase 1c/4 hs., tabletas de Tromesin 2 c/2 hs., sublinguales; perlas de Quimar 1c/4 hs; Varidasa 1c/2 hs.

La demasiada presión de la hoja del botador en contra de un resto radicular puede traer consigo la proyección de éste hacia mucosa labial o lingual. Comprobamos clínicamente al hacer la explicación del alveolo en que éste se encuentra totalmente vacío y por medio de manipulación digital regresamos el resto por la ventana o septum. Con nuestra yema del dedo logramos el reten para que el resto radicular no vuelva a la mucosa y poder extraerlo por el alveolo

PENETRACION DE UN CUERPO DENTARIO A VIAS DIGESTIVAS O RESPIRATORIAS.

Nunca debemos dejar en libertad un resto dentro de la cavidad oral ni soltarlo de los mordientes del fórceps, sobre todo -- cuando el paciente se encuentra en posición para el manejo de extracción en la arceasuperior ya que la misma posición favorece que la pieza librada en ese momento caiga al istmo de las fauces. La pieza puede seguir dos vías: de la faringe puede pasar al esófago y ser -- deglutida completamente sin ninguna consecuencia posterior. Los comentarios ante el paciente salen sobrando. Si la pieza pasa a la faringe el peligro es inminente pues puede haber parálisis de la glotis y asfixia espontánea; puede pasar a los bronquios, quedará alojada en las ramificaciones bronquiales y provocar una pulmonía. -- Si en el momento de la proyección de la pieza contamos con el acceso debido y visibilidad completa para poder retirarlo no debemos de

tarde en hacerlo; si la vía que se usa la pieza es hacia los pulmones el reflejo tucígeno se despierta de inmediato, dejaremos al paciente en libertad de escupir la pieza dentaria.

Durante la exodoncia, a veces se desplazan inadvertidamente los dientes a bucofaringe, laringe, tráquea y esófago. Los dientes en estas posiciones pueden provocar graves problemas que podrían haberse evitado observando precauciones sencillas. Siempre deberá colocarse una pantalla de gasa para bloquear la bucofaringe de la boca. Esto se verifica cuando el procedimiento de exodoncia se lleva a cabo bajo anestesia general o local.

Los dientes desplazados o bucofaringe no representan problema, siempre que puedan recuperarse antes de descender a estructuras más profundas. Cuando un diente se desplaza a bucofaringe con el paciente bajo anestesia local, se le pide al paciente mantenerse totalmente quieto y no tragar o tomar aire hasta haber recuperado el diente. Si el caso se produce bajo anestesia general, todo procedimiento habrá de detenerse hasta recuperar el diente. Deberá prevenirse al ayudante para que no mueva el retractor y la punta de aspiración, ya que cualquier movimiento podría causar la pérdida del diente en laringe o esófago.

Cuando el diente se desplaza a porción posterior de la boca, el reflejo natural del paciente es toser o tragar. En la mayor parte de los casos, el paciente tragará, llevando el diente al esófago. Independientemente de las reacciones del paciente, deberán tomarse radiografías para determinar la localización exacta del diente. Si se encuentra que el diente está en el aparato gastrointestinal.

mal, deberá recetarse una dieta con mucha masa, y el paciente deberá ponerse en contacto con el dentista en caso de producirse cualquier tipo de síntoma gastrointestinal. Generalmente, el diente se defecará sin incidentes.

Al toser, el paciente puede toser el diente y escupirlo o alojarlo en la laringe, o aspirarlo en el árbol traqueobronquial. En el caso de dientes en laringe, puede producirse un espasmo en ella, bloqueando el intercambio de aire. El diente puede extraerse con laringoscopio y pinzas Magill. Si el diente no puede extraerse rápidamente, habrá que establecer una vía aérea. Esto puede lograrse por medio de una cricotiroidectomía a través de la membrana cricotiroides de forma triangular, y la tráquea. La membrana cricotiroides se localiza entre el cartilago tiroideo (nuez), el más grande de los cartilagos traqueales, y el cartilago cricoideo, el siguiente cartilago traqueal inferior. Deberá entonces administrarse oxígeno por la vía aérea establecida hasta extraer el diente e interrumpir el espasmo de la laringe.

Los dientes que son aspirados en el árbol traqueobronquial constituyen un grave problema. Sólo una persona enterada en los métodos de broncoscopia puede extraer el diente en esta posición. El paciente toserá continuamente y podría producirse cianosis. Deberá administrarse oxígeno hasta que el paciente pueda ser transferido a un área donde puedan tomarse radiografías del tórax y hacerse broncoscopia directa. Se ha asociado la aspiración de dientes y otros desechos durante operaciones dentales a alta frecuencia parti-

cular de abscesos pulmonares.

Bajo toda circunstancia deberá tomarse una radiografía del tórax y posiblemente de abdomen, para establecer la localización -- exacta de cualquier diente desplazado.

FRACTURA DE LAS LÁMINAS MAXILARES

Puede abarcar lámina externa e interna o al proceso de la pieza contigua. Es muy frecuente en la zona de caninos dado a la extrema delgadez y es infalible en todas aquellas piezas que se encuentran con anquilosis; siempre que nos encontremos ante este caso procuraremos desprender todos aquellos segmentos que se encuentran fuera del medio sistémico o sea que se encuentran sin la circulación necesaria sin tomar en cuenta la amplitud de la fractura protegiendo las zonas que nos puedan reaccionar, en forma adversa, con una lima para hueso redondearemos las aristas cortantes, retiraremos las esquirlas por medio de un lavado con suero fisiológico a 37° C. Nos cercioraremos de que no hallan quedado esquirlas y barnizamos con tintura de Merthiolate, Recortamos con unas tijeras la mucosa sobrante demarcando o limitado por el reborde de la tabla y haremos comprimir una gasa para la formación del coágulo y la quitamos excediendo el tiempo de coagulación. Ya que se haya formado el coágulo la retiramos y citamos al paciente para una visita de inspección.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR

Es frecuente este accidente en el manejo del botador. Si la fractura es de amplitud importante sin que se lleve a cabo el desprendimiento de la tuberosidad dejaremos que el organismo enmende nuestro error, pero también hay que tomar en cuenta los elementos nobles que podemos lesionar como son: la maxilar interna, el plexo pterigoideo y el dentario posterior; si el segmento de fractura ha quedado libre lo retiraremos y hacemos hemostasis, suturamos previa colocación de un segmento de Gelfoam, y le administramos un hemostático.

FRACTURA MANDIBULAR.

Los procesos patológicos tales como osteomielitis, procesos parodontales, focos tuberculosos son factores predisponentes a la fractura mandibular. También puede suceder que en el momento de la extracción dentaria sobre todo molares, presentan excesiva longitud radicular y en el momento operatorio debe ser bastante intensa la dosificación de la fuerza llevando consigo la fractura del cuerpo de la mandíbula; en ocasiones es bastante perceptible el momento de la fractura y aún más si después de lograda la avulsión hacemos ocluir al paciente y obtenemos por resultado la pérdida de la interdigitación dentaria así como la asimetría y la crepitación de los segmentos. El tratamiento será la reducción de la fractura mediante la ferulización e inmovilización.

APERTURA O PENETRACION A SENO MAXILAR

Las relaciones que guardan las raíces, principalmente del canino hasta el segundo premolar, con el piso del seno separados -- por una delgada lámina ósea y cuyo segmento óseo puede destruirse -- por la presión de un absceso en estado agudizante, pudiendo infiltrarse, a través de la membrana sinusal, la recolección exudativa y en el momento de lograr la avulsión dentaria queda expuesto el seno a la cavidad bucal canalizada por el alveolo el pus recolectado; pero es necesario proteger al seno y lo hacemos mediante segmentos de Gelfoam previo lavado con suero fisiológico. Hay que tener en cuenta el poder diagnosticar la comunicación buco-sinusal y lo haremos tapando las narinas del enfermo y pidiéndole que trate de expulsar el aire por fosas nasales, al llevarse a cabo esta operación manteniendo la boca abierta del paciente la sangre saldrá por el alveolo en forma burbujeante y expidiendo el aire el cual produce un ligero silbido. El cono de Gelfoam se coloca en toda la longitud del alveolo y no importa que exceda el piso del seno ya que es sabida la propiedad de éste como material reabsorbible.

Necesitamos proteger al paciente de una posible sinusitis para ello le administramos un antibiótico de amplio espectro.

INDICACIONES.- Evitar sonarse la nariz, evitar hacer buches y necesidad de retorno para el control radiográfico.

La penetración de restos radiculares a seno o fosas nasales es frecuente por la proximidad de la raíces con dichas partes anatómicas, sobre todo de tercios radiculares anclados así hacen imprescindible la penetración del cuerpo al seno y solamente nos librará de ello el adiestramiento del operador. Si de antemano contamos con una radiografía, en la que el seno, por su amplitud o por la longitud radicular descanza en la luz del seno, el uso del botador debe evitarse y solamente tratar de retirar el resto por medio de un ensanchador de mayor calibre que a la luz del canal pulpar y hasta que sintamos el suficiente apoyo para hacer la extracción lo retiraremos; en caso contrario intentaremos nuevamente la colocación del ensanchador, pero si la raíz se proyecta al seno y nuestra experiencia es buena trataremos de realizar la operación de Cadwell Luc, si lo permiten las condiciones físicas y mentales de nuestro paciente.

PASO DE RAÍCES AL SENO MAXILAR

Si la radiografía preoperatoria muestra que los ápices de las raíces de los dientes por extraerse penetran en el piso del seno, y si se sospecha este estado después de la extracción, se indica al paciente que cierre las narinas con los dedos y trate de expulsar aire suavemente por la nariz. Si se atravesó la membrana del seno, la sangre en el alveolo hará burbujas.

Si la penetración es pequeña y se ha tenido cuidado, evitando lavados, colutorios enérgicos y sonidos de nariz frecuente y fuertemente, en la mayor parte de los casos se forma un buen coágulo, se organizará y ocurrirá cicatrización normal. Estos alveolos nunca deben empujarse con gasa, algodón, etcétera, porque estos procedimientos casi siempre perpetuarán la abertura en vez de servir para cerrarla. La exploración instrumental de los alveolos debe evitarse lo más posible, para no llevar la infección a regiones no contaminadas.

Si el piso del antro está completamente destruido y quedan fragmentos del hueso en las raíces de los dientes, después de la extracción, y si la inspección muestra una abertura grande, debe hacerse sutura inmediatamente. El cierre primario reduce la posibilidad de contaminación del seno por las infecciones bucales; evita los cambios patológicos del seno que pueden persistir durante algún tiempo y requerirán más esfuerzos terapéuticos y muchas veces evita la formación de fístula bucoanal que exigirá cirugía ulterior, de naturaleza más difícil y extensa.

Un procedimiento sencillo que da buenos resultados para cerrar una penetración accidental en el seno es el siguiente: Se levanta el mucoperiostio del lado bucal y del lingual, y se reduce y disminuye bastante la altura de la cresta alveolar a nivel de la penetración. Los bordes del tejido blando que van a ser aproximados se reavivan para que las superficies cruentas pueden en contacto.

Las incisiones de relajación se hacen como se ve en la figura 15-7. Entonces puede hacerse sutura sin tensión. Los bordes se aproximan puntos de colchonero y se refuerzan con puntos separados múltiples de seda negra 3-0 (Fig.15-8). Conviene más este material que el absorbible (catgut), porque evita la posibilidad de que los puntos se salean demasiado pronto, lo cual podría limitar el éxito de la cicatrización. Los puntos se dejan de cinco a siete días, se prescriben rotas nasales para contraer la mucosa nasal y favorecer el drenaje.

La proximidad anatómica de las raíces de molares y premolares y el piso del seno facilita la infección del antro, por extensión directa de un absceso apical o por perforación accidental durante la extracción. El ápice fracturado de una raíz, separado del piso del seno por una lámina muy delgada de hueso, fácilmente puede ser empujado hacia el antro, y lo contamina con bacterias virulentas. Si el cirujano no tiene pericia para extraer estos ápices desplazados accidentalmente, la manipulación y el traumatismo generalmente causan infección aguda. Si fracasa el intento de quitar el fragmento radicular, la operación debe suspenderse y se estimulará la curación de la herida. Si ésta es grande, debe aproximarse el mucoerriostio bucal y palatino.

Al paciente se le hará saber que quedó el fragmento de raíz. El acceso quirúrgico para la remoción de una raíz en el seno maxilar no debe hacerse a través del alveolo después que se ha intentado extraerla. Se empleará una incisión de Caldwell-luc, que --

permite visualizar adecuadamente todo el seno. A veces, durante el procedimiento para extraer un tercer molar impactado superior, éste desaparece repentinamente. El diente podía haber estado residiendo en el piso o en la porción distal del seno maxilar, o podría haber formado parte de la pared. Puede haber sido desalojado de su cripta en el hueso maxilar y haberse deslizado a la fosa cigomática.

No deberán realizarse esfuerzos por recuperarlo hasta precisar la localización exacta del diente con un examen cuidadoso clínico y radiográfico. Es traumático para el paciente, si está bajo anestesia general, y también para el operador, darse cuenta de pronto de que está trabajando en el área equivocada.

El uso de radiografías estereoscópicas y panorámicas ayudará definitivamente a localizar el diente desviado. Si al explorar con sonda el área donde estaba el diente anteriormente, el instrumento va directamente hacia la cavidad del antro, y si se produce hemorragia nasal inmediatamente después de perder el diente (producido por sangre escapándose del seno a través de la abertura natural hacia la nariz) entonces el diente está seguramente en el seno maxilar. La intervención para extraerlo es el procedimiento Caldwell Luc.

Si el diente no se encontrara en la cavidad del seno ni tampoco en los tejidos blandos, entonces es de esencial importancia practicar una intervención cuidadosa y práctica. La causa de la pérdida puede haber sido exposición inadecuada por no haber separado un colgajo adecuado. Por ejemplo, cuando aplicó presión por medio de un elevador para extraer el diente de su alveolo, la tensión y la elasticidad del colgajo mucoperióstico empujó el diente fuera de la vista y hacia los tejidos blandos. En este momento debería extenderse, más el colgajo y elevarse, a manera de poder explorar

el tejido en busca del diente perdido. Frecuentemente se abrirá y -
expondrá el cojín de grasa bucal, y esto contribuirá aún más a es-
conder el diente. No se insista en explorar y sondear con el instru-
mento después de varios minutos de cuidadoso esfuerzo.

Deberá informarse al paciente sobre el problema y abando-
nar la búsqueda durante un periodo de cinco a seis semanas. La mayo-
ría de los pacientes reaccionará favorablemente a una explicación -
completa y acertada de la situación.

La ley de gravedad no puede violarse. Se producirá algún-
movimiento hacia una posición de declive, y mientras tanto el dien-
te se volverá fibrótico y no se moverá en diversas direcciones al -
tratar de extraerlo. Se puede hacer la incisión directamente hacia
el diente y se puede recuperar éste con esfuerzo mínimo.

ABERTURA DEL SENO MAXILAR EN LA INTERCENCIÓN PRODNONCICA.

Debido a la anatomía del seno maxilar o antro y a su pro-
ximidad al premolar superior y a las raíces molares, deberá siempre
tomarse en consideración al extraer dientes en esta área.

En la sección sobre extracciones radiculares se han des-
crito métodos para extraer raíces superiores.

Una fuerza excesiva aplicada a los molares superiores pug-
den dar por resultado la extracción del diente molar junto con todo
el borde alveolar superior y el piso del antro. En ciertos casos, -
se han extraído primero, segundo y tercer molares junto con la tubu-
rosidad en un segmento, por uso inapropiado de fuerza en el maxilar

superior. Si durante una extracción el cirujano siente que existen grandes segmentos óseos moviéndose con el diente al aplicar presión, deberá dejar a un lado las pinzas de extracción y elevar un colgajo. Si la extirpación atinada de parte del hueso alveolar permite extraer el diente, entonces el hueso restante, que está adherido al periostio, podrá ser retenido y curará. Esto reducirá el defecto óseo. Si el hueso no puede retirarse del diente, deberá cortarse la mucosa y reflejarse de manera que no se desgaste al extraer diente y -- hueso. La laceración es mucho más difícil de reparar que la incisión bien planeada.

Las grandes perforaciones del antro, resultado de exodoncia, deberán cerrarse en el momento de la extracción. El hueso en el área deberá alisarse con pinzas de gubia o con lima para hueso.

El colgajo mucoperiostico se revuelve a su posición original y se deberá hacer cierre a prueba de agua sin ejercer presión -- indebida sobre el colgajo. Si esto no puede lograrse, el colgajo deberá liberarse por medio de una incisión que se extienda verticalmente hacia el pliegue mucobucal y socavarse la mucosa del colgajo para permitir que avance sobre el defecto.

Cuando se penetra en el antro durante un procedimiento de exodoncia, deberá informarse al paciente sobre la situación y pedirle que no se suene la nariz y que tampoco, si es posible, tosa o estornude. Se recetan antibióticos y gotas nasales vasoconstrictoras para evitar infección en el seno y permitir que salga el líquido que se acumulará en su interior.

En ocasiones, las raíces bucales de los premolares y molares son empujadas lateralmente a través de la pared del maxilar superior y quedan sobre la inserción del músculo bucinador. Cuando el operador usa palancas elevadoras radiculares en esta área, un dedo de su mano izquierda deberá mantenerse contra la placa bucal, de modo que pueda darse cuenta de cualquier movimiento de la nariz en esta dirección. Si la raíz es desalojada hacia estos tejidos, se hace una incisión en la mucosa por debajo de la punta radicular, y la punta radicular se quita con unas pequeñas pinzas de hemostasia o un instrumento similar.

El espacio infratemporal queda directamente por detrás y por encima de la tuberosidad del maxilar superior. En este espacio se encuentran importantes estructuras neurovasculares. Al elevar los terceros molares o las puntas de terceros molares, y al extraer molares supernumerarios, deberá tenerse especial cuidado de no desalojarlos hacia atrás. Si va a extraerse un objeto del espacio infratemporal, son necesarias visualización adecuada y disección cuidadosa. La incisión deberá incluir toda la tuberosidad y extenderse posteriormente al pilar anterior de las fauces.

Disecar a ciegas y buscar objetos a tientas en esta área puede complicarse con hemorragia masiva o daño nervioso.

En la región del tercer molar del maxilar inferior, la superficie lingual de éste se curva lateralmente, cerca de las puntas de este diente. Por lo tanto no es difícil desalojar una punta radicular hacia abajo en este espacio, cuando se fractura la placa lin-

gual. Cuando se desplaza la punta radicular en esta área, deberá colocarse un dedo por debajo de la punta radicular (en la boca) para estabilizar la punta contra la placa lingual del maxilar inferior. Se logra acceso a esta área haciendo un colgajo mucoperiostico sobre el lado lingual del maxilar inferior y extendiéndolo hacia adelante lo suficiente para que los tejidos puedan retraerse lingualmente logrando así buena visualización.

La recuperación de una punta radicular en el conducto dentario inferior es principalmente un problema de acceso y visualización. Generalmente, es difícil extirpar el hueso que queda sobre el conducto desde las profundidades de la herida, que generalmente es el alveolo del tercer molar. Puede generarse absceso extirpando cuidadosamente el hueso localizado sobre el conducto. Si uno de los componentes vasculares del conducto ha sido lesionado, puede ser necesario taponar el alveolo con gasa durante 10 minutos, para controlar la hemorragia. Si la hemorragia no puede controlarse de esta manera, deberá seccionarse completamente el vaso lesionado y dejar que se retraiga en el conducto. En ese momento se vuelve a taponar el alveolo y generalmente se logra así el control de la hemorragia.

HEMORRAGIA POSOPERATORIA

La hemorragia posoperatoria es una de las complicaciones más comunes después de exodoncia. Si el paciente llama desde su casa para informar que ha vuelto a iniciarse la hemorragia, deberá instruírsele para que primero se limpie la boca de cualquier coágulo sanguíneo con una compresa de gasa. La boca se enjuaga con agua-

solada caliente. Todos los coágulos sanguíneos excesivos deberán ser retirados de la vecindad del alveolo, pero el coágulo en el alveolo no deberá eliminarse. Se instruye al paciente para que muerda firmemente una compresa de gasa estéril doblada, para poder ejercer presión sobre el área de cirugía. Si no existe disponible una compresa de gasa estéril, el paciente puede usar una bolsita de té colocada previamente en agua fría para ablandar las hojas. Se aconseja que el paciente muerda (Yno mastique) la bolsita o la compresa durante 20 minutos. Si persiste la hemorragia al final de este periodo, el dentista deberá examinar al paciente.

En casos de hemorragia persistente, pueden ser útiles compresas de gasa y agentes hemostáticos como Gelfoam, trombina tóptica y celulosa oxidada para el control local de la hemorragia, además del armamentario adecuado (fig. 13-11).

Se siente al paciente y se le administra anestesia local. Se elimina el coágulo formado dentro del alveolo. Después se localiza el área de hemorragia. Si la hemorragia viene de un vaso óseo -- proveniente del interior del alveolo, se usa el lado sin filo de una cureta para pulir el hueso en el área de la hemorragia. Si existe hemorragia ósea generalizada, se taponea el alveolo con un agente hemostático, como Gelfoam empapado en trombina, y se aplica sutura en bolsa de tabaco para sostener el agente hemostático en su lugar. Se pide al paciente que muerda una compresa de gasa húmeda. Si la hemorragia proviene del tejido blando circundante, se coloca una sutura bajo tensión para aplicar presión al área.

En pacientes con enfermedades periodontales avanzadas, se producirá hemorragia posoperatoria si se deja el tejido de granulación después de haber extraído los dientes afectados. En el momento de operar, unos minutos dedicados a eliminar el tejido de granulación y suturar la mucosa alveolar, asegurarán el control adecuado de la hemorragia.

Puede producirse infección como complicación posoperatoria. El alveolo seco (osteítis localizada) es una de las complicaciones posoperatorias más problemáticas. Se desconoce la etiología del alveolo seco, pero los siguientes factores aumentan la frecuencia de esta secuela tan dolorosa de la extracción: traumatismo, infección, aporte vascular del hueso circundante y enfermedad generalizada.

Esta afección se produce rara vez al emplear métodos que reduzcan el traumatismo al mínimo durante extracciones simples o difíciles. Debe hacerse desbridamiento meticuloso de todas las heridas por extracción en forma sistemática. La etiología puede estar relacionada con factores que dificultan o impiden la llegada de los nutrientes adecuados al coágulo sanguíneo recién formado dentro del alveolo. Los pacientes con hueso osteosclerótico denso o con dientes que tengan paredes alveolares osteoscleróticas debido a infección crónica, están predispuestos a tener alveolos secos.

El alveolo seco se desarrolla más comúnmente durante el tercero o el cuarto día posoperatorio y se caracteriza por dolor grave y continuo y olor necrótico. Clínicamente, la afección puede describirse como un alveolo en el que el coágulo sanguíneo prima-

rio ha pasado a ser necrótico y permanece dentro del alveolo como un cuerno extraño séptico hasta ser eliminado por irrigación. Esto generalmente se produce unos días después de la extracción, dejando las paredes alveolares desprovistas de su cubierta protectora.

El hueso denudado se acompaña de dolor grave, que sólo -- puede controlarse por aplicación local de analgésicos potentes y empleo de analgésicos o narcóticos por vía bucal o parenteral.

Para tratar adecuadamente un alveolo séptico, debe comprenderse la fisiología de la reparación ósea. Si la pérdida del coágulo sanguíneo primario se debe a que las paredes alveolares están esclerosadas y a que no hay vasos nutritivos, entonces la superficie resultante de hueso denudado debe considerarse como cualquier otra superficie de hueso denudado, y el dentista deberá confiar en los métodos de preparación ósea naturales para lograr la recuperación final y no usar ningún otro método que pudiera ofender el proceso de curación.

El alveolo séptico es una superficie ósea denudada. El hueso denudado es antinatural, por lo que se produce su reparación. Detrás de esta superficie denudada y traumatizada se establece inmediatamente un mecanismo para corregir fisiológicamente el defecto. Todo hueso denudado se vuelve necrótico, y debe extirparse antes de poder ser reemplazado por hueso normal. Durante este periodo la región continua detrás del alveolo está protegida contra la invasión de microorganismos piógenos dentro del alveolo séptico, si nada se

hace para atravesar o violar esta pared hasta que el mecanismo de - de reparación esté listo para reemplazar la estructura desvitalizada. Este proceso generalmente toma de dos a tres semanas, según la capacidad de regeneración del individuo. Al terminar este ciclo, la pared alveolar desvitalizada está secuestrada molecularmente o en - masa, e inmediatamente detrás de ella se encuentra una capa de defensa regeneradora de tejido correctivo joven, que en última instancia llena el vacío y experimenta substitución ósea. Durante este periodo, el tratamiento deberá dirigirse sólo a mantener higiene en la - herida, usando apósitos antisépticos y analgésicos dentro del alveo lo, con suficiente potencia para mantener cómodo al paciente. La na turaleza tiene que realizar la reparación. El raspado está contra indicado, porque éste no sólo retrasa la curación fisiológica y la re paración sino que también puede permitir que la infección invada el área de defensa inmediatamente por detrás del alveolo desnudo y la sobrepase.

Naturalmente, prevenir es el mejor tratamiento. Con este fin, es importante hacer cirugía atraumática, evitar contaminación, y mantener buen nivel de salud general.

Cuando se desarrolle un alveolo seco, el tratamiento debe rá ser paliativo. El alveolo se irrija delicadamente con solución - salina normal y tibia para eliminar todos los desechos. Después de haber secado cuidadosamente el alveolo, se coloca un ligero apósito

de gase simple de 6 mm., saturado de una pasta obtundente, como partes iguales de polvo de yoduro de timol y de cristales de benzocaína disueltos en eugenol. El apósito puede cambiarse según sea necesario, hasta que ceda el dolor y el tejido de granulación haya cubierto las paredes del alveolo.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los datos de la historia clínica podemos prevenir tres tipos de accidentes como lo son el Shock - lipotimia y comunicación al seno maxilar, pero también estos - datos (estudio radiológico) nos pueden ayudar a prevenir otro - tipo de accidentes anatómicos y teniendo presente no obstruir - funciones o sentidos adyacentes a la cavidad bucal.

Por último, si se llegara a presentar cualquier accidente contaremos con la mayor experiencia lograda por el ejercio profesional y teniendo siempre a la mano los medios indis - pensables como son medicamentos e instrumentos necesarios resolveremos el trastorno o complicación que se presente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Remedios Odontológicos Aceptados.
- 2.- BOYD WILLIAM. Tratado de Patología.
- 3.- GUYTON C. ARTHUR. Fisiología Humana.
- 4.- HOPPS C. HOWARD. Patología.
- 5.- KRUGER D. GUSTAV. Cirugía Bucal.
- 6.- LANDERO IGNACIO. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas.
- 7.- MAYOR H. RALPH. Exploración y Diagnóstico Clínico.
- 8.- MEAD V. STERLING. Cirugía Bucal.
- 9.- MILLER CH. SAMUEL. Diagnóstico y tratamiento Bucal.
- 10.- OMAR. Apuntes de Exodoncia.
- 11.- OSBAN J. BALINT - WENTZ - M. FRAN. Atlas de Patología Clínica de la Mucosa Bucal.
- 12.- PARDO G. EFRAIN. Manual de Farmacología Terapéutica.
- 13.- PRAXIS MEDICA. Tomos I, II, VII.
- 14.- QUIROZ FERNANDO. Conocimientos de Patología Médico Quirúrgica.
- 15.- RIES CENTENO GUILLERMO A. Cirugía Bucal.
- 16.- RITACCO ARALDO ANGEL. Operatoria Dental.
- 17.- ROBBINS L. STANLEY. Tratado de Patología con Aplicación Clínica.
- 18.- ROBINSON H. B. G. Serie II, Vol. No. 5. Odontología - Clínica de Norte América.
- 19.- THOMA H. KURT. Cirugía Bucal
- 20.- THOMA H. KURT. Patología Bucal
- 21.- THOREK PHILIP. Pre y Postoperatorio Ilustrado.
- 22.- TIEKE W. RICHARD. Fisiopatología Bucal.
- 23.- WRIGHT N. HAROLD. Tratado de Farmacología y Terapéutica.