

Ref. 802



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

EMERGENCIAS DENTALES

DIRIGI Y REVISÉ

E-I-fuj

11/11/80

C.D. JOSÉ ESCOBILLO P.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Andrea Gricelda Ramírez Palma

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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.- CONCEPTO	2
CAPITULO II.- EMERGENCIAS Y COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DENTAL CONSERVADOR.	4
A) En preparación de cavidades .	
B) Perforación de paredes en cavidad pulpar y conductos radiculares.	
C) Perforaciones mesiales y distales.	
D) Irritaciones químicas.	
CAPITULO III.-ACCIDENTES EN ENDODONCIA.	13
A) Instrumentos fracturados	
B) Accidentes en la obtención de la asepsia.	
C) Accidentes durante la obturación del conducto.	
CAPITULO IV.- EMERGENCIAS EN EXODONCIA.	28
A) Lesión a los dientes adyacentes	
B) Fractura a la corona clínica	
C) Fractura radicular	
D) Dientes móviles	
E) Dientes avulsionados	
F) Lesiones al maxilar	
G) Lesiones óseas.	

CAPITULO V.- EMERGENCIAS DE LA ANESTESIA LOCAL.	40
A) Las atribufdas a las solucio <u>nes</u> usadas.	
B) Las atribufdas a la inserción de la aguja.	
CAPITULO VI.- HISTORIA DE LOS BLOQUEADORES.	60
CAPITULO VII.-ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUE PUEDEN SUCEDER AL CIRUJANO DENTISTA.	65
A) Dermatitis	
B) Importancia del cuidado de los ojos.	
C) Efectos nocivos de los Rx	
D) Problemas posturales	
E) Infecciones respiratorias	
F) Hidrargirismo.	
G) Infecciones piógenas y virales.	
H) Sffilis.	
CONCLUSIONES	85
BIBLIOGRAFIA.	86

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

Muchas de las emergencias que se presentan en el consultorio dental no les damos la debida importancia; pero hay algunas que si no se toman en cuenta desde sus primeras manifestaciones y no se adoptan las medidas inmediatas adecuadas para combatir su evolución, pueden llegar a producir reacciones indeseables, e incluso, la muerte del paciente.

Siempre será mejor PREVEER los accidentes que tratarlos.

Se podrán evitar muchos de los accidentes si se hace una buena HISTORIA CLINICA y se valora con el estado físico del paciente. Pero aún así, debe uno de estar preparado para actuar adecuadamente si se presentan.

Para lograr esto es indispensable que el cirujano dentista tenga los conocimientos necesarios sobre las causas que producen un accidente, su sintomatología, diagnóstico, prevención y tratamiento.

En el presente trabajo, descubriré lo mejor que me sea posible, algunas de las emergencias que se presentan con mayor frecuencia en nuestra práctica diaria; de acuerdo a la importancia de cada una de las especialidades, pero siendo estas emergencias tan numerosas trataré los accidentes más importantes y de los que debemos tener siempre presentes, para que, en caso de que llegara a presentarse alguno de ellos, podemos tratarlos adecuadamente y asumir ante el paciente, la responsabilidad profesional y moral, por lo que, debemos de estar preparados para actuar con el debido cuidado, atención y juicio claro, y sobre todo, con la rapidez que el caso requiera, ya que en estas emergencias, el buen éxito de nuestro tratamiento depende principalmente de su diagnóstico precoz y del menor tiempo posible con que se aplique.

CAPITULO I

CONCEPTO

DEFINICION.

Del Lat. *emergens*, - *entis*, que emerge, acción y efecto del emerger. Ocurrencia, accidente que sobreviene, se usa en el sentido de provisional y urgente.

Se entiende por emergencia, al conjunto de circunstancias imprevistas que requieren la atención inmediata, sin perder de vista, que no todas ponen en peligro la vida, pero siempre existe la duda, en cuanto al resultado.

Las emergencias que se pueden presentar en el consultorio dental, pueden ser originadas por diversas causas, también se relacionan con procedimientos anestésicos regionales.

Haré una clasificación de los accidentes más frecuentes en preparación de cavidades, tratamientos endodónticos, en exodoncia, al inducir la anestesia.

CAPITULO II

EMERGENCIAS Y COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DENTAL CONSERVADOR

EN PREPARACION DE CAVIDADES

Recientes observaciones nos indican que son frecuentes las alteraciones pulpares ocasionadas -- por los diversos procedimientos operatorios y por los materiales de obturación. Estas alteraciones -- son provocadas por las intervenciones incorrectas -- o falta de técnica del cirujano dentista en la preparación de cavidades durante la cual, la pulpa recibe un gran número de agresiones y por los efectos dañinos de los materiales de obturación.

Constantemente nos encontramos con lesiones pulpares causadas por el calor generado durante el fresado violento y persistente, principalmente si se usan fresas gruesas y desgastadas durante la -- preparación de una cavidad, el calor generado puede ser suficiente para causar daños pulpares irreparables. Los aparatos de alta velocidad empleados sin prudencia, pueden reducir el tiempo operato---

rio, pero también puede acelerar la muerte pulpar. El calor generado al pulir una obturación, también puede producir una lesión pulpar. Se puede evitar el sobrecalentamiento del diente mediante dispositivos que van adaptados a la pieza de mano que proyectan agua o aire.

PERFORACION DE PAREDES EN LA CAVIDAD PULPAR Y CONDUCTOS RADICULARES.

Perforación de la base de la corona. Durante la búsqueda de la accesibilidad a la cámara pulpar y a la entrada de los conductos, si no se tiene un correcto conocimiento de la anatomía de los conductos, de la anatomía dentaria y de la radiografía del caso que se interviene, se corre el riesgo de desviarse con la fresa y llegar al periodonto por debajo del borde libre de la encía.

Resultan del frescado violento, y se evitan usando fresas redondas al abrir la cámara pulpar y dirigiendo la fresa hacia el orificio del canal más amplio que son el distal de los molares inferiores y el palatino de los molares superiores.

Cuando se produce la perforación se debe -- proceder inmediatamente a su protección, se limpia_ rá primero por irrigación preferentemente con una_ solución efervescente como peróxido de hidrógeno e hipoclorito de sodio, después se irrigara con agua esterilizada, se seca y se cubre con un antiséptico. En la próxima visita el área expuesta de la -- membrana se examinará y si su apariencia es satisfactoria se hace un sellado conveniente con óxido_ de zinc y augenol.

Hay que tener cuidado de que los instrumentos usados para sellar la perforación no estén en_ contacto con los conductos rediculares porque pueden contaminarlos. Si hay alguna duda sobre la --- asepsia de la parte expuesta de la membrana periodontal se hará un examen bacteriológico del área - y se pospondrá el sellado hasta nueva cita.

El pronóstico de estas perforaciones depende esencialmente de la presencia o ausencia de in_ fección.

PERFORACION DE LA PARED DEL CONDUCTO

DEL TERCIO SUPERIOR DEL CONDUCTO.

Estas perforaciones son visibles y generalmente son de fácil acceso. Básicamente se tratan igual, a las perforaciones de la base de la cámara pulpar.

Si fuese necesario para los efectos de visibilidad y acceso se hará una ampliación de la cámara pulpar y de la porción coronal. Siendo que el efecto está situado dentro del canal, la asepsia, medicación y el relleno del conducto radicular se hará conjuntamente. Para prevenir que el tejido de granulación de la membrana periodontal expuesta -- crezca hacia dentro del conducto durante los tratamientos e interfiera en el sellado, se pondrá un trocito de papel absorbente o algodón bien comprimido sobre el sitio después de cada curación que se le haga a la membrana periodontal.

Quando el acceso a la membrana periodontal está muy restringida es preferible obliterar el extremo apical antes de sellar la perforación. Se sellará el extremo apical mediante la técnica seccio

nal. Así el resto del conducto podrá ser llenado sin riesgo de una contaminación por el foramen apical. De esta manera se hará un adecuado sellado simultáneo de la perforación y del conducto.

DEL TERCIO MEDIO DEL CONDUCTO

A pesar de ser muy accesibles estas perforaciones generalmente no son visibles clínicamente. Para asegurar la correcta limpieza, y relleno de la perforación se hará un examen radiográfico para estimar la relación del margen incisal u oclusal del órgano dental con respecto a la perforación.

La posibilidad del éxito del tratamiento dependerá de la posición del defecto relacionado con la circunferencia y del eje longitudinal del conducto radicular.

PERFORACIONES MESIALES O DISTALES

En caso de perforación mesial o distal, la distancia de la corona a la superficie radicular de la perforación será medida radiográficamente de igual manera que se mide la longitud total de la cavidad pulpar.

Si la línea de perforación es favorable y sabiendo que esta distancia nos permitirá su limpieza y obturación, procederemos primeramente a obturar el defecto antes que la porción apical de la raíz, porque de otra manera el acceso a la perforación que en sí no es muy visible podría ser obstruida por exceso de material. Para evitar obstrucción del canal radicular, la perforación se obturará con cemento de fosfato y una sección de gutapercha o punta de plata.

La porción terminal del material de obturación no debe proyectarse fuera del conducto radicular.

IRRITACIONES QUIMICAS

Lesiones o muerte pulpar a consecuencia del tratamiento dental.

Cuando la pulpa padece un choque intenso, puede ocurrir que esto sea el principio de su degeneración, inflamación y muerte, aún en el momento en que aparentemente recupera su condición normal.

Con todas las precauciones tomadas durante

la preparación de una cavidad para evitar la irritación mecánica o térmica, queda el peligro de --- irritar la pulpa químicamente.

El irritante químico al cual queda expuesto la pulpa, más frecuentemente resulta de la mezcla defectuosa y uso inadecuado del cemento.

Esta irritación ocurre al cementar la restauración o cuando se coloca una base de cemento sobre la pared pulpar, como en el caso de caries profunda.

Por lo tanto, en las cavidades profundas es bueno tratar la dentina antes de la cementación ya sea aplicando a la cavidad, barniz de copalite o con hidróxido de calcio.

Para mayor protección a veces se coloca una capa, de una pasta espesa hecha con fosfato de calcio y eugenol, que no sólo obra como sedante y aislador, si no también, asegura el cierre de los canalículos dentinarios.

CEMENTOS DE OXIFOSFATO.

Los efectos deprimentes de los cementos fos

fóricos (cementos de fosfato de zinc, cemento de cobre, cemento de silicato) en la pulpa, han sido largamente conocidos, ya desde 1841 W.D. Miller descubrió los efectos perjudiciales del cemento de fosfato de zinc en pulpa.

CEMENTOS DE SILICATO

Todos los investigadores confirmaron los efectos nocivos de los cementos de silicato en la pulpa, los cambios son progresivos y acumulativos. Al principio hay aguda inflamación, misma que es pronto seguida por la degeneración de los odontoblastos, formación de abscesos y necrosis.

CEMENTOS DE FOSFATO DE ZINC

También causan severos daños a la pulpa. Sin embargo, los cambios producidos son algo menos severos que los observados bajo los cementos de silicato. Estos son en general más localizados y limitados, de tal forma que las defensas pulpares pueden restaurar la parte dentinaria y preservar la vitalidad de la pulpa restante.

La mejor evidencia que se puede conseguir -

en el presente indica que cuando los cementos de fosfato de zinc son usados en cavidades poco profundas como en una cavidad muy delgada, a una distancia considerable de la pulpa sana; ellos estimulan la formación de dentina secundaria.

Sin embargo, cuando el material usado en masa en una cavidad profunda, cerca de la pulpa y especialmente sobre una pulpa recientemente dañada por caries o por calor generado con la fresa, resulta una severa hiperemia con sus consiguientes cambios degenerativos.

CAPITULO III

ACCIDENTES EN ENDODONCIA

Como en cualquier rama de la odontología, en la endodoncia es necesario, cuidadosamente seguir las técnicas operatorias con nuestro instrumental, ya que en cualquier momento se puede sufrir un accidente y fracasar nuestro tratamiento. Por lo que es necesario, no solamente conocer y llevar a cabo nuestra técnica paso por paso, sino también conocer las causas de los accidentes, así como su prevención y tratamiento adecuado.

Las precauciones ayudarán a prevenirlas y eliminarlas en gran parte su producción.

Entre los accidentes que se pueden presentar en conductoterapia tenemos los producidos por instrumental, medicamentos y materiales así como de su manipulación y se clasifican como sigue:

A.- ACCIDENTES EN LA INSTRUMENTACION.

- 1) Instrumentos fracturados:
 - a) En cámara pulpar
 - b) En conductos radiculares.

2) Perforación:

- a) De piso de cámara pulpar.
- b) De conductos radiculares.

3) Formación de escalones.

B.- ACCIDENTES EN LA OBTENCION DE LA ASEPCIA QUIRUR
GICA:

- 1) Durante la irrigación.
- 2) Durante el secado:
 - a) Enfizema
 - b) Irritación periapical.

C.- ACCIDENTES DURANTE LA OBTURACION DEL CONDUCTO.

INSTRUMENTO FRACTURADO EN CAMARA PULPAR.

Frecuentemente el operador al tratar de perforar una incrustación o corona total o al tratar de localizar la entrada de los conductos para darle acceso a la instrumentación, forza de tal manera la fresa que provoca su fractura quedando su parte activa dentro de la cámara pulpar.

Para sacar esta parte de instrumento de la cámara pulpar se introduce un instrumento con algo de fuerza y se trata de jalar la fresa rota y si no es

posible sacarla por este medio emplearemos el electroimán.

INSTRUMENTO FRACTURADO EN CONDUCTO RADICULAR.

Es uno de los accidentes que con mayor frecuencia se presenta, siendo la causa más usual, el mal uso dado a cada instrumento endodóntico por -- que se debe conocer la forma en que se debe accio-- nar cada uno de ellos y el paso del tratamiento en que debe usarse. Los cuidados que se deben tener -- para evitarlos son insignificantes en relación con la pérdida de tiempo, molestia y dificultades que -- se presentan para retirar el instrumento fractura-- do. Estos accidentes se pueden prevenir siguiendo -- estas sugerencias:

1) Emplear una sonda o tiranervios cuyo diá-- metro le permita entrar y salir libremente sin que se doble, ya que si esto sucede, fácilmente se pue-- de fracturar.

2) Para la extripación del contenido radicu-- lar siempre usar tiranervios nuevos para que de és-- ta forma sea más seguro y no sea factible su frac-- tura.

3) Ya que, tanto los ensanchadores como las limas son diferentes en grosor aunque sean del mismo número, siempre el empleo de ensanchadores debe ir seguido del uso de la lima del mismo número y si ésta entra muy ajustada se vuelve a ensanchar con el mismo número hasta que la lima entre con facilidad.

4) Tanto los escariadores como las limas son flexibles hasta el número tres, y son más bien rígidos del cuatro en adelante. Donde existe un conducto curvo se realiza bastante escariado y limado con instrumentos número tres, con el fin de reducir su curvatura y de permitir la inserción de un escariador hasta el ápice.

Al forzar un instrumento, se invita a la fractura del mismo a la formación de un escalón o a la perforación de la raíz.

5) Todos los instrumentos antes de usarlos deben examinarse para asegurarse que conserven su filo y que sus hojas estén regularmente dispuestas, ya que si están defectuosas al darle vuelta en el conducto se verá sometido a una tensión y po

drá fracturarse.

6) Si se traba un instrumento no debe usarse, se debe sacar inmediatamente del conducto.

7) No deben usarse ensanchadores de máquina porque fácilmente se producen perforaciones o una sobreinstrumentación. Un instrumento fracturado -- dentro del conducto puede tratarse de sacar metiendo por su costado otro instrumento, para así poderlo aflojar y sacar. Si se trata de un tiranervios, unas hebras de algodón introducidas en otro instrumento podrán algunas veces engancharlo y sacarlo.

En la mayoría de los casos no habrá maniobra instrumental que pueda extraer el fragmento. Algunos emplean una solución solvente de acero, pero al parecer no han tenido mucha difusión debido a que pocas veces dan resultado satisfactorio. --- Existe una fórmula del Dr. Ostby llamada EDTAC que como es quelante desmineraliza las paredes del conducto reblandeciéndola y así facilitar la extirpación del fragmento. El edtac consta de etilen - - - diamino - tetra - acético - cotablón.

Cuando el fragmento está estéril al igual -

que el conducto, en una pulpectomia vital puede dejarse el instrumento y obturar el resto del conducto pero cuando, por el contrario el conducto está infectado deben intentarse antes que la extracción, la apicectomía, curetaje apical con obturación retrógrada.

PERFORACION DE PISO DE CAMARA PULPAR

Al efectuarse el acceso a la cámara pulpar puede producirse una perforación de su piso.

Puede resultar difícil prevenir la perforación de cámara pulpar, sobre todo cuando esté casi obliterada por tratarse de dientes viejos por la formación de dentina secundaria o en piezas jóvenes que hayan sufrido traumatismo. Un esfuerzo para entrar a la cámara puede ser infructuoso y provocar la perforación.

Esta perforación puede provocarse ya sea -- porque el diente se encuentra mal alineado o sus raíces, por lo que se podrá comprender la importancia de las radiografías de diagnóstico para percatarnos de ésta situación.

El abordaje coronario debe de hacerse con el acceso a los conductos en línea paralela con el eje mayor del diente, estableciendo la entrada a los conductos accesibles a la visión directa. El abordaje indirecto por caras proximales no debe hacerse; si es necesario se reconstruye la corona -- dándole el abordaje por su cara oclusal.

PERFORACION DE CONDUCTO RADICULAR

La perforación de conductos se observa quizá con más frecuencia en los molares inferiores o más o menos en los 2mm apicales de los laterales superiores a causa de su curvatura apical de estos dientes, sin embargo puede suceder en cualquier otra pieza que tenga obstrucción o curvatura de su conducto.

En endodoncia uno de los factores más importantes es el tacto para poder captar por medio de éste los accidentes que pudiera haber en la luz -- del conducto. Esta perforación puede prevenirse:

- a) Exploración primero con sonda lisa.
- b) usando enzanchadores antes que las limas y siempre en número ascendente.

c) En conductos estrechos y curvos no ensanchar más del número tres dándole la misma curvatura al instrumento y una vez formado un escalón, no forzar los instrumentos, si no volver a instrumentar desde el principio, haciendo que cada instrumento trabaje de acuerdo a la conductometría del diente en tratamiento.

Al hacer ésta perforación se puede lesionar el periodonto y, presentar hemorragia, la cual se detendrá con solución de epinefrina; también puede usarse peróxido de hidrógeno y cloruro de sodio combinados y llevados al conducto en una punta de papel absorbente.

Muchas veces ésta perforación provoca una parodontitis apical aguda que se caracteriza por dolor a la percusión, ligera extrusión del diente y radiográficamente se observa engrosamiento del parodonto.

Después de controlar la hemorragia del conducto puede obturarse temporalmente y no habiendo síntomas clínicos, hacer la obturación final del conducto falso haciendo pasar por él, cemento para

canales, cuando se hace la perforación y vemos que no es posible la regeneración del parodonto, recurrimos a la apicectomía teniendo en cuenta la altura de la perforación.

Si fué hecha en el tercio medio gingival será aconsejable la extracción.

FORMACION DE ESCALONES

Durante la instrumentación se crea a veces inadvertidamente un escalón, por lo que el instrumento no siguió el curso o luz del conducto. En algunos casos bastante avanzados es difícil, si no imposible volver a penetrar en los conductos hasta el ápice. Se recurre en estos casos a la apicectomía con obturación retrógrada de amalgama bloqueando tres milímetros, apicales de los conductos.

Cuando se vea un conducto curvo en la radiografía es preciso curvar el instrumento en forma que corresponda con la curvatura observada. La curva debe de ser suave y gradual, no acentuada. Los escalones se forman a menudo al pasar de un instrumento número tres al número cuatro, porque éste último no es muy flexible, o al brincarnos la instru

mentación con uno o más instrumentos.

En algunos casos en que se inicia la formación del escalón puede no ser posible volver atrás y retornar al trabajo en el conducto con el instrumento anterior; en tal caso es aconsejable volver a un instrumento más pequeño o comenzar el trabajo y así alcanzar el máximo de tamaño deseado y que nos permita la pieza dental.

ACCIDENTES DURANTE LA IRRIGACION,

Un aspecto demasiado descuidado en el tratamiento endodóncico es la remoción de los restos orgánicos y virutas dentinarias del conducto radicular. El debridamiento y limpieza son necesarios.

Es frecuente la irrigación de los conductos con peróxido de hidrógeno y solución de hipoclorito de sodio alternadas, utilizando al final zonite, según lo describe el Dr. Grossman ya que una solución actúa como catalizadora de la otra produciendo efervescencia de cloro y oxígeno naciente, que elimine del conducto toda substancia orgánica. No debe hacerse el último lavado con peróxido de hi--

drógeno porque se produce oxígeno, cuya presión -- que ejerce ocasionaría dolor, por lo que la última debe hacerse con hipoclorito de sodio.

A pesar de la precaución de que la aguja de la jeringa no quede ajustada dentro del conducto, - para permitir la salida de la solución, a veces se alza en el conducto, en tal forma que la solución resulta forzada a través del foramen apical, hacia los tejidos periapicales, dando por resultado la irritación marcada del periodonto. Si este accidente se produce bajo el efecto de un anestésico local, es decir en el curso de una extirpación vital del contenido pulpar, y luego se sella el conducto, se producirá un dolor considerable y edema. Si ocurre durante el tratamiento de un diente desulpado, el paciente reaccionará de modo inmediato al dolor. El tratamiento debe consistir en la evacuación de la solución irrigadora por tracción del émbolo de la jeringa, para producir succión. Deberá practicarse la succión de la solución irrigadora con puntas absorbentes, por lo menos, durante cinco minutos, a medida que lentamente drene hasta --

que el paciente se sienta cómodo. Puede ser necesario dejar el conducto abierto para su drenaje. Si el dolor no cede, está indicada la inyección de un anestésico local, no sólo para dominar el dolor, - si no también para diluir la solución irrigadora.

ACCIDENTES DURANTE EL SECADO.

ENFIZEMA.- Es la entrada de aire en los tejidos blandos. Algunos casos de enfizema han sido el resultado del uso de aire comprimido en el conducto radicular con el fin de secarlo.

La tumefacción resultante es alarmante y en algunos casos el diente ha sido extraído inmediatamente con la esperanza de obtener la regresión inmediata. Sin embargo, no es necesario ese tratamiento, pues el aire está atrapado en los tejidos blandos y no saldrá al exterior a menos que cuente con una salida mayor.

Se puede emplear aire comprimido para secar la corona de un diente si se orienta el chorro de aire en un ángulo recto con el eje mayor del diente y no hacia el interior del conducto. También --

puede utilizarse para secar la corona de un diente luego de haber irrigado el conducto, preferentemente si antes se introduce una punta de papel.

IRRITACION PERIAPICAL

Esta irritación puede producirse al uso de puntas de papel absorbentes durante el secado, por una sobre instrumentación durante el trabajo biomecánico, por falta de conocimientos y control en el uso de ciertos medicamentos y por una sobreobturación.

Habitualmente no se considera la posibilidad de accidentes por el empleo de puntas de papel absorbente. Sin embargo puede producirse, ya sea por haberlas forzado a través del foramen apical o por su empaquetamiento en el conducto radicular. En la mayoría de estos casos se produce una reacción aguda que, es necesario dejar el conducto abierto con fines de drenaje. En algunos casos se hace necesario el curetaje apical o apicectomía para eliminar las puntas absorbentes.

ACCIDENTES DEBIDOS A LOS MEDICAMENTOS

El resultado final de la administración de una droga depende del mecanismo fisiológico que se pone en juego y del sitio anatómico sobre el cual ejerce su acción y ambos dependen a su vez, de los síntomas enigmáticos activos o deprimidos por la substancia.

El efecto del antiséptico obedece principalmente a la capacidad de precipitar las proteínas, pero para que la molécula de proteína se precipite tienen que suceder dos cosas:

1) Debe perder su cubierta acuosa (acción astringente).

2) Debe de neutralizarse la carga eléctrica de la molécula.

Dentro de la conductoterapia se debe tener muy en cuenta no sólo su concentración si no la cantidad correcta del medicamento, ya que una sobredosis o uso incorrecto nos puede crear una parodontitis medicamentosa, así sea el medicamento menos tóxico o caústico tal como el paramonoclorofe-

nol alcanforado, el hipoclorito de sodio, etc.

ACCIDENTES DURANTE DE OBTURACION.

Puede producirse una sobre obturación del -
conducto radicular. Por lo general, si la sobre ob-
turación es reducida y los materiales empleados no
son irritantes y están estériles, no se producirá
reacción alguna. Pero en algunos casos la sobreob-
turación puede excederse lo suficiente como para -
causar irritación del tejido periapical. Esto es -
particularmente cierto cuando se ha practicado una
pulpectomía y el material obturador hace presión -
sobre tejido pulpar vivo. A veces será necesario -
recurrir al curetaje apical o a la resección radi-
cular para eliminar el material de obturación irri-
tante.

Cuando se emplea el método seccional de ob-
turación del conducto, es posible que un trozo de
gutapercha se pierda a través del foramen apical.
Como no es posible recuperar la gutapercha por la
vía del conducto, generalmente será necesario un -
curetaje periapical para eliminarla.

CAPITULO IV

EMERGENCIAS EN EXODONCIA

El odontólogo que realiza procedimientos quirúrgicos necesita poseer conocimiento absoluto de las técnicas quirúrgicas específicas.

El conocimiento de las posibles complicaciones y su manejo también deberá ser comprendido totalmente, para asegurar el máximo cuidado del paciente.

Veremos a continuación las causas, prevención y manejo de las complicaciones relacionadas con la extracción de los dientes y procedimientos relacionados.

LESIONES A LOS DIENTES ADYACENTES DURANTE LAS EXTRACCIONES DENTARIAS.

Las lesiones a los dientes adyacentes pueden ser causadas por instrumentos agudos y cortantes o fuerzas excesivas o mal dirigidas. La discusión sobre trauma a dientes adyacentes sería incompleta sin considerar brevemente la prevención.

El método más valioso para evitar lesiones

a los dientes adyacentes es la cuidadosa valoración preparatoria. Esta deberá incluir un examen clínico y radiográfico del diente que será extraído.

La elección correcta de los instrumentos es un paso importante que permitirá al facultativo suministrar fuerzas controladas durante la extracción del diente.

FRACTURA DE LA CORONA CLINICA

La fractura de la corona de los dientes puede afectar el esmalte del diente, dentina y pulpa.

El esmalte fracturado con frecuencia puede ser aislado y pulido, mientras que la dentina expuesta exige tratamiento con un material de restauración adecuado. Las fracturas extensas que expongan la pulpa de un diente exigen tratamientos con materiales de recubrimiento pulpar y de restauración adecuados.

FRACTURA RADICULAR

Una fractura en la unión del cemento y el -

esmalte, o más abajo, puede no ser visible clínicamente, aunque sí puede conservarse en la radiografía.

En el proceso de extracción de un diente incluido, o una cirugía periapical, es posible causar una fractura u otra lesión en el tercio apical de las raíces de dientes adyacentes. Si el tercio apical de la raíz está fracturado y no hay un desplazamiento o movilidad significativo en el diente sobrante, deberá extraer el ápice radicular fracturado. La herida deberá ser irrigada y cerrada. El diente deberá ser examinado periódicamente buscando movilidad, dolor a la percusión, vitalidad y cambios radiográficos. Si el diente pierde su vitalidad, deberá considerarse la obturación del conducto radicular.

DIENTES MOVILES

Los dientes en ocasiones son aflojados por fuerzas excesivas o mal dirigidas.

Los dientes ligeramente móviles con tejidos periodontales sanos no requieren tratamiento.

Los dientes muy desplazados y móviles sin pruebas de fractura alveolar segmentaria deberán ser alineados en su posición original e inmovilizarlos, fijándolos con dientes adyacentes estables mediante ligaduras de alambre, acrílico o ambos durante seis semanas aproximadamente. La férula no deberá permitir el movimiento de los dientes. Esto propicia la resolución del problema en el tejido óseo y en los tejidos periodontales. Si el diente llegará a perder su vitalidad, será necesario decidir si el diente puede ser salvado mediante tratamiento de endodoncia o si deberá ser extraído.

DIENTES AVULSIONADOS

En ocasiones, el trauma a un diente adyacente es suficiente para desalojarlo completamente de su alveolo de soporte. Esta situación generalmente es causada por el uso de fuerza excesiva o mal dirigida. Tal fuerza deberá ser evitada. El diente avulsionado deberá ser examinado buscando fracturas radicales. El diente deberá ser limpiado con solución salina estéril, cuidando de proteger las

fibras periodontales.

La manipulación excesiva y la contaminación de la superficie radicular deberán ser evitadas. El alveolo deberá ser irrigado completamente antes de la reimplantación. Una vez que el diente haya sido reimplantado, deberá ser inmovilizado durante seis semanas aproximadamente. Deberá considerarse la inmunización antitetánica y la profilaxia con antibióticos si el diente fue contaminado. El diente deberá ser examinado periódicamente, buscando movilidad y cambios radiográficos.

LESIONES AL MAXILAR INFERIOR

Los procedimientos quirúrgicos en la región del maxilar inferior son realizados tanto por facultativos de práctica general como por especialistas y pueden estar asociadas con un gran número de complicaciones quirúrgicas.

El conocimiento profundo del manejo apropiado de estos problemas es indispensable para reducir la posibilidad de daño permanente. La extensión y variedad, de las complicaciones quirúrgicas es-

tán relacionadas con la anatomía del sitio quirúrgico y su proximidad con estructuras y compartimientos importantes adyacentes.

LESIONES OSEAS.

Las lesiones óseas al maxilar inferior que se presentan como complicaciones quirúrgicas.

FRACTURA DE LA TABLA CORTICAL.

La fractura de la tabla cortical vestibular puede suceder, se hace la extracción de dientes -- con fórceps, especialmente los dientes anteriores inferiores. Aunque resulta desafortunadamente desde el punto de vista protético, no es considerado como una complicación de importancia. Más importante aunque menos frecuente, es la fractura de la -- placa o tabla cortical lingual en la región del -- tercer molar inferior.

Parece que con tales fracturas se lesiona -- al nervio lingual en el momento de retirar los -- fragmentos óseos. Si el fragmento posee una inserción muscular o perióstica en su superficie interna, habrá suficiente riego sanguíneo para que con-

serve su vitalidad. Se producirán menos deformaciones estructurales y menos posibilidades de lesionar el nervio lingual, si sale dejamos los fragmentos en su lugar y cerramos la herida. Si el fragmento ha sido desplazado, generalmente puede ser manipulado por presión digital y colocado en su posición antes de cerrar la herida. No es necesario utilizar otro método de estabilización.

FRACTURA COMPLETA DEL MAXILAR INFERIOR.

El maxilar inferior, aunque está bien adaptado a los esfuerzos funcionales, puede fracturarse cuando se le aplican fuerzas excesivas. Algunas de las formas en que esto sucede son: Traumatismo, accidentes automovilísticos y accidentes profesionales. Menos frecuente, aunque igualmente importantes, es la fractura que sucede como resultado de fuerza excesiva aplicada durante la extracción de un tercer molar inferior profundamente incluido. Esta parte del maxilar inferior ya se encuentra debilitada por la presencia del diente y durante la extracción el exceso de fuerza aplicada por un ele

vador puede dar como resultado la fractura completa del maxilar inferior. Esta misma lesión puede presentarse durante la cirugía para la extracción de caninos incluidos, extracción de un diente incluido en el maxilar inferior atrófico durante la extirpación quirúrgica de un quiste óseo de gran tamaño o tumor, aunque este es un hecho desafortunado, no deberá ser pasado por alto ni ignorado. El tratamiento oportuno y apropiado deberá proporcionar reparación completa sin daños permanentes. El tratamiento de elección es la inmovilización del maxilar inferior de dos a ocho semanas, dependiendo de la extensión de la fractura, grado de desplazamiento, edad del paciente y varios factores más. En algunos casos, no es necesaria la inmovilización; quizá todo lo que sea necesario es una dieta blanda y observaciones cuidadosas.

LESIONES DEL MAXILAR SUPERIOR

La cirugía que afecte a los dientes y estructuras relacionadas con el maxilar superior puede provocar complicaciones quirúrgicas de gran importancia. Estas complicaciones se relacionan fre-

cuentemente con el seno maxilar, la cavidad nasal, y la fosa intratemporal. La densidad del alveolo maxilar y la configuración radicular de los dientes superiores son factores importantes para prevenir estos problemas. La manipulación quirúrgica de los dientes superiores, alveolos, paladar o senos puede realizarse sin causar complicaciones significativas.

Sin embargo, existen ocasiones en que las complicaciones operatorias pueden conducir a lesiones significativas del maxilar superior.

FRACTURA DE LA TUBEROCIDAD.

La extracción quirúrgica de terceros molares incluidos situados en sentido palatino, puede dar como resultado la fractura de la tuberocidad.

Los molares que ya hicieron erupción con raíces amplias, planas o divergentes, especialmente asociadas con una placa vestibular gruesa, pueden resultar difíciles. La aplicación incorrecta de fuerzas puede fracturar la tuberocidad del maxilar. El trauma reciente a la porción posterior del

maxilar, posterior con fractura alveolar puede incluir fractura de la tuberosidad.

Para la tuberosidad fracturada que incluye el borde alveolar con dientes que no iban a ser extraídos deberán emplearse férulas o aparatos para fracturas. Si la movilidad de la tuberosidad es mínima, no es necesario recurrir a la fijación.

FRACTURAS DEL CONDILO

Cuando el examen clínico indica crepitación y dolor considerable en el lado de la lesión y las radiografías confirmen una fractura condilar, la preocupación inmediata deberá ser la comodidad del paciente y el tratamiento de la oclusión. Debemos aliviar la molestia del paciente utilizando los anestésicos apropiados, y si es necesario debemos emplear la fijación intermaxilar. La fijación intermaxilar también puede ser necesaria para volver a establecer la oclusión preexistente.

El período de inmovilización del maxilar inferior deberá ser supervisado cuidadosamente. Por lo general, cinco o diez días son suficientes para

aliviar las molestias del paciente y establecer --
nuevamente la oclusión. La fisioterapia y la vigi-
lancia a largo plazo, son necesarios para evitar -
el desarrollo de anquilosis en la articulación tem-
poro mandibular.

LACERACION DE LOS LABIOS Y TEJIDOS BLANDOS.

Una laceración es un desgarramiento de los_
tejidos blandos. La laceración de los labios y los
tejidos blandos puede ser causada durante la exo-
doncia. El área deberá ser tratada administrando_
anestesia local y limpiando la herida utilizando -
un detergente quirúrgico, solución salina estéril_
y torundas de gasa. Debemos proceder con cuidado -
para asegurarnos de la eliminación de los cuerpos_
extraños. La hemostacia en las laceraciones es in-
dispensable. En los vasos pequeños hay hemostacia-
por constricción y formación de pequeños trombos,-
pero los vasos mayores deben ser pinzados y atados
con ligaduras de sutura. Un proceso alterno para -
puntos sangrantes menores es tomar los vasos san-
grantes con una pinza hemostática y cautierzarlos_

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

con una unidad de coagulación de alta frecuencia.

A continuación, deberá cerrarse la herida con cuidado para asegurar la correcta aproximación de los tejidos y la eliminación de espacios muertos. El tejido deberá ser manipulado, cuidadosamente con fórceps especiales. Las laceraciones de la mucosa pueden ser saturadas con material sintético o absorbible.

CAPITULO V

EMERGENCIAS DE LA ANESTESIA LOCAL

Pacientes que representan un riesgo.

Aproximadamente, 2 ó 3% del público cae dentro de la categoría de caso problema por lo que se debe de estar alerta cuando se presenten estos pacientes y solicitar para poder atender sus necesidades especiales.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Los pacientes quizá reciban medicamentos especiales, como reserpina o serpasil, derivados de la digital y tranquilizantes que pudieran reaccionar entre si y con el anestésico que se ha empleado.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

Esto puede incluir absceso pulmonar y asma, así como otras afecciones que limitan el sistema de oxigenación.

ENFERMEDADES ALERGICAS

Este paciente puede presentar antecedentes

de fiebre de heno, asma, angioderma, ronchas, etc. Con frecuencia, habrá antecedentes familiares de hipersensibilidad.

Los tipos atópicos son muy sensibles a los antígenos y pueden presentar reacciones anafilácticas graves y morir debido a la inyección de pequeñas cantidades de alergen. Estos pacientes exigen un trato cuidadoso.

DISCRACIAS SANGUINEAS Y ENFERMEDADES HEMORRAGICAS.

En esta situación es necesario hacer una cuidadosa historia clínica. Se piensa que el 10% de la población se encuentra sometida a tratamientos anticoagulantes.

Tratamiento con corticoesteroide. Los pacientes que reciban o hayan recibido recientemente esteroides pueden no responder adecuadamente a situaciones de tensión.

HIPERTIROIDISMO.

El paciente con esta afección puede necesitar sedación y elección adecuada de la anestesia.

local.

DIABETICOS

Este grupo comprende 2% del público de 30 a 60 años de edad. Si el paciente no está controlado, no deberá ser sometido a tratamiento alguno. Aquí el problema es la cicatrización y las infecciones postoperatorias.

ENFERMEDADES DEL HIGADO

Aquí la elección del anestésico es muy importante y deberán emplearse los ésteres.

PACIENTES EMBARAZADAS

Esta paciente exige un manejo cuidadoso con uso limitado de agentes anestésicos locales. Los ésteres son los mejores agentes. Su reacción a la tensión puede ser exagerada. Hagámosla sentirse relajada. Recordemos que su posición en el sillón dental es muy importante en el último trimestre.

El uso de los bloqueadores para dominar el dolor, durante las operaciones dentales, es un procedimiento muy seguro y bien establecido, sin em-

bargo, puede originar fenómenos poco comunes que preocupan al cirujano dentista, si él no ha tenido experiencias en tales accidentes.

Durante la infiltración anestésica para un bloqueo, pueden ocurrir variedad de accidentes relacionados siempre con: el anestésico usado, el operador y el instrumental.

Algunos de ellos son de carácter previsible y evitable; mientras que otros ni siquiera presentan señal de síntoma alguno. Después del efecto tóxico provocado por la anestesia, pueden suscitarse derivados e imputables a la anestesia, a las que se les denomina como complicaciones de bloqueo.

Estas complicaciones pueden clasificarse de la siguiente manera:

- 1.- PRIMARIAS O SECUNDARIAS
- 2.- LIGERAS O GRAVES
- 3.- TRANSITORIAS O PERMANENTES,

COMPLICACIONES PRIMARIA.

Es la causada y manifestada en el momento de la anestesia.

COMPLICACION SECUNDARIA

Es la que se manifiesta después, aunque puede ser causada en el momento de inserción de la aguja e inyección de la solución.

COMPLICACION LIGERA

Es la que produce una pequeña variante en lo que se espera normalmente y desaparece sin tratamiento.

COMPLICACION GRAVE.

Se manifiesta con una pronunciada desviación de lo normal y requiere un plan de tratamiento definido.

COMPLICACION TRANSITORIA

Es aquella que, aunque grave cuando se presenta, no deja efectos residuales.

COMPLICACION PERMANENTE.

Los deja aunque sean ligeros.

Las complicaciones pueden dividirse en dos grupos:

- a) A LAS ATRIBUIBLES A LAS SOLUCIONES USADAS.
- b) LAS ATRIBUIBLES A LA INSERCIÓN DE LA AGUJA.

En el primer grupo las complicaciones resultantes de la absorción de la solución anestésica son las siguientes:

COMPLICACIONES O REACCIONES LOCALES Y GENERALES.

COMPLICACIONES LOCALES

ANESTESIA PROLONGADA.

Esto quizá se deba a la incorporación de la solución esterilizante, u otro material extraño, - el anestésico, también puede ser resultado de trauma directo al tejido nervioso.

ANESTESIA INCOMPLETA

Esto puede ser resultado de anestesia mal colocada en un músculo o tendón, o a distancia considerable del nervio. La infección y la hiperemia son también factores que disminuyen la concentración eficaz del anestésico. La falta de vasopresor puede dar como resultado la dispersión rápida de la anestesia. Dolor y trismus pueden ser el resul-

tado de la inyección muscular.

ENFIZEMA.

Este fenómeno comienza con una edematización alarmante, poco después de haber retirado la aguja, con que fué inyectado, al palparlo producirá una crepitación sobre la zona, que nos ayuda a diferenciar esta complicación de otro tipo de hinchazon. Este fenómeno generalmente desaparece sin ningún tratamiento. Todo lo que se necesita es dar seguridad al paciente.

ISQUEMIA.

Suele aparecer poco después de haber infiltrado el anestésico, se presenta una mancha de color paerduzco, sobre la región del carillo aneste-- siado, bién delimitado, se produce una zona de vaso constricción interna de origen reflejo y que desapa-- rece pocos minutos después, conforme se hace la ab-- sorción de la droga empleada.

PARALISIS FACIAL

Generalmente la parálisis facial se produce_

del mismo lado donde se infiltró el anestésico, -- porque al poco tiempo de haber retirado la aguja, el paciente presenta signos característicos de este accidente que es la negativa motilidad de esa zona.

Suele presentarse con párpado caído, el ala de la nariz comprimida, la mejilla flácida y la boca desviada, estas parálisis a veces van acompañadas de la anestesia del nervio dentario inferior. El cual desaparece horas después.

PARESTESIA

Después de una inyección mandibular o mentoniana, se presenta una sensación de cosquilleo en el labio inferior, que persiste durante mucho tiempo. Debiéndose a la lesión del tronco nervioso, el cual se produce frecuentemente durante las extracciones, cuando el nervio alveolar está en relación íntima con las raíces de los molares en la zona -- posterior o en su defecto cuando la aguja lesiona el nervio.

COMPLICACIONES GENERALES

TOXICIDAD

Este tipo de complicaciones son el resultado de una sobre dosis o de una concentración excesiva en torrente sanguíneo como para afectar el sistema nervioso central, el sistema respiratorio o el sistema circulatorio. Esto variará de un individuo a otro y en el mismo individuo de un día a otro.

Para llegar a una concentración sanguínea que provoque complicaciones, el anestésico usado debe ser absorbido por el fluido intravascular o plasma a mayor velocidad que los de su hidrólisis, desintoxicación o eliminación o bien en los casos en que la droga o anestésico se administrarán intravascular o inadvertidamente, la acumulación en el torrente sanguíneo, es tan rápido que la hidrólisis, desintoxicación y eliminación se realizan con dificultad.

Moore afirma que una concentración sanguínea lo bastante elevada para causar los síntomas

de sobredosis tóxica puede presentarse por una o más de las siguientes causas:

- 1.- Dosis excesiva del anestésico local.
- 2.- Absorción inusitadamente rápida del anestésico o inyección intravenosa.
- 3.- Desintoxicación demasiado lenta.
- 4.- Eliminación lenta.

La concentración sanguínea necesaria para crear una sobredosis tóxica es variable y dependerá de una variedad de factores algunos de los cuales son:

- a) Estado físico general del paciente en el momento de la inyección
- b) Rapidez de la inyección
- c) Estado emotivo del paciente.

TRATAMIENTO

Para las complicaciones causadas por una sobredosis o por una concentración excesiva del anestésico.

Debe observarse atentamente al paciente durante la inyección de la solución anestésica y si

manifiestan síntomas adversos, se interrumpe la inyección retirando la aguja. En dado caso que el paciente, pase de la fase del estímulo a la fase de depresión se debe proceder a reanimarlo, siendo la oxigenación adecuada, lo primero que se debe de hacer mientras se mantiene la respiración mediante la adecuada oxigenación debe controlarse el estado cardiovascular y cardiaco del paciente. En la mayoría de los casos una buena oxigenación mantenida hasta que el organismo pueda desintoxicarse de la droga es suficiente.

INTOLERANCIA

Cuando se va hacer uso de un anestésico local es importante que se elija la droga adecuada para el individuo aunque no hay duda que cualquier droga o anestésico pueda usarse en la mayoría de los pacientes, con poco o ningún efecto perjudicial si se emplea adecuadamente. Sin embargo cuando se presenta un paciente hipersensible a un anestésico o droga determinada ésta no se usará porque puede haber intolerancia. La intolerancia se puede

definir como una reacción a la droga o anestésico_ en la que se presentan todas las manifestaciones - de la sobredosis tóxica, cuando se ha usado una pe-
queña cantidad de dosis no tóxica, del anestésico, ¹¹

Esto significa que el paciente susceptible_ en reacciones adversamente a un volumen o concen-
tración del anestésico que no afectaría a un pa-
ciente normal.

TRATAMIENTO

A este tipo de concentración es muy sencill-
o, basta con elegir el agente bloqueador adecua-
do.

No debemos confundir nunca las reacciones - de la intolerancia a un anestésico con las manifes-
taciones de una sobredosis tóxica de una inyección
intravascular inadvertida.

ALERGIA Y REACCIONES ANAFILACTICAS

Este tipo de reacción no es muy común aún - cuando se ha escrito mucho acerca de ellas. Si se
calcula que sólo el 1% de las reacciones durante -
el bloqueo local son de origen alérgico.

La alergia a los anestésicos locales se puede definir como una hipersensibilidad específica a una droga o agente específico, como la piel, membrana, mucosa y vasos sanguíneos pueden ser los órganos del shock, las reacciones pueden manifestarse como: asma, rinitis, edema angineurótico, urticaria y otras erupciones subcutáneas.

La reacción alérgica implica un tipo de reacción, antígeno, anticuerpo y según Crieep puede ser adquirida o congénita. Los signos y síntomas de una reacción alérgica pueden ser ligeros o graves, inmediatos o secundarios, se presentan en el órgano afectado, piel, membrana mucosa o vasos sanguíneos.

En el caso de que hubiera una reacción alérgica ligera o grave, el dentista puede iniciar el tratamiento inmediato necesario para proteger la vida y la salud de su paciente.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento inmediato de las reacciones alérgicas se debe de administrar intraveno-

sa o intramuscular difenhidramina en dosis de 20 a 40 mg puede emplearse también clorhidrato de epinefrina 1:1000 intramuscular en dosis de 0.3 ml, o también puede administrarse por vía oral sulfato de epinefrina 0.25 mg.

LIPOTIMIA

Es la pérdida de conciencia, con el mantenimiento de la respiración y de la circulación, esto es el primer grado de un síncope.

En el período en que se infiltra un anestésico sobre la espina de Spix, se puede presentar los primeros estados emotivos, en que sin ser lipotimis si se acerca a ella. Esto principalmente se suscita en pacientes de temperamentos débiles, ya sea por ver la longitud de la aguja y la presencia de la jeringa, pacientes doloridos y sin haber podido conciliar el sueño por una o más noches atormentados por el dolor, aunado al temor de la técnica operatoria.

Cuando principiaron estos fenómenos o síntomas, pronto debemos evitarlos o, en su defecto combatirlos, primeramente con una posición cómoda y -

relajante que permita al paciente una franca y libre circulación principalmente la afluencia hacia el cerebro para evitar la anemia cerebral que es irreversible y de grandes consecuencias, aflojémosle las prendas de vestir. Posteriormente se colocará al paciente en posición de Trendelemburg.

SINCOPE

Esta es una de las complicaciones poco frecuentes en el consultorio dental, es una forma de Shock neurógeno causado por anemia cerebral secundaria a una vasodilatación con el correspondiente descenso de la tensión sanguínea.

El síncope no siempre se asocia con pérdida de conocimiento.

Esta complicación debe tratarse inmediatamente antes de que el paciente pierda el conocimiento, en la mayoría de los casos se puede advertir un cambio en el aspecto del paciente, como la palidez. Se administrará oxígeno, antes se recuesta al paciente en posición de Trendelemburg.

Quando el paciente pierde el conocimiento se

debe observar primeramente el pulso, la respira---
ción y el color para determinar su gravedad.

CONVULSIONES

Este trastorno comienza durante la inyec---
ción o después de ella, se caracteriza por las con
tracciones bruscas del cuerpo, al iniciarse este -
fenómeno, deberá recostarse al paciente en posi---
ción de trendelenburg y asegurarse que se encuen-
tren libres las vías aéreas y administrar oxígeno_
y asegurarse que las prendas de vestir no opriman_
la circulación.

COLAPSO Y SHOCK

La diferencia fundamental entre colapso y -
shock, es que el primero requiere la existencia de
una lesión cardiaca o enfermedades infecciosas agu-
das, en cambio el shock ocurre en individuos con -
sistema circulatorio sano.

La causa es la disminución del volúmen de -
sangre circulante, como resultado de una desorgani-
zación en la circulación periférica.

Los síntomas principales son: presión arterial baja, piel húmeda y fría, respiración superficial, indiferencia psíquica y progresivo debilitamiento corporal.

TRATAMIENTO

Posición de trendelenburg, tranquilizar al paciente y mantener calientes pies y manos.

Esto sucede en personas demasiado aprehensivas.

En el segundo grupo, las complicaciones atribuidas a la inserción de la aguja son las siguientes:

TRISMUS MUSCULAR

Es una complicación común de la analgesia o bloqueo regional, especialmente después de los bloques del nervio alveolar inferior.

Las causas más comunes del trismus son: el trauma a un músculo, durante la inserción de la aguja, las soluciones irritantes, la hemorragia o una infección en el músculo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento dependerá de la causa, en consecuencia el provocado por el trauma puede requerir ligeros ejercicios y terapia con drogas para aliviar el dolor si es muy intenso. La hemorragia o infección puede requerir colutorios de agua caliente. El uso de antibióticos depende del estado del individuo y a la intensidad de la infección.

El trismus se puede impedir usando agujas delgadas y bien afiladas, que estén estériles, la zona de punción debe limpiarse con una solución antiséptica.

DOLOR E HIPERALGESIA.

El dolor es muy común durante o después de la administración del anestésico. Para evitarse deben tomarse todas las precauciones necesarias para que las maniobras asociadas con el bloqueo sean lo menos doloroso posible.

Se usarán agujas afiladas y en las zonas de penetración de la aguja será lenta y lo menos traumática posible, las soluciones inyectadas de-

ben ser estériles y compatibles con los tejidos, se inyectará lentamente y se evitarán volúmenes -- en zonas limitadas.

EDEMA

El edema de los tejidos es generalmente un_ síntoma y no una entidad, puede ser causada por -- trauma, infección, alérgia, hemorragia y otros -- factores.

ROTURA DE AGUJA

La rotura de aguja pudiera ser factible --- cuando una aguja esté demasiado usada, flexible.

Si esto llega a ocurrir bastará palparla -- con el dedo índice, sobre la región donde fué in-- crustada y rota la aguja, haciendo sobre ella una_ incisión perpendicular y ayudándonos con unas pinzas especiales delgadas, se procede a extraer la - aguja, se cierra la herida con dos o tres puntos - aislados, que se retiran a los cuatro días, para - prevenir la infección se recetarán antibióticos.

HEMATOMA

Es un derrame sanguíneo intratisular, por lo general este accidente no produce complicaciones, es originado por la punción o desgarradura de los vasos, puede aparecer con inflamación cuando es más o menos superficial pero desaparece en pocos días.

TRATAMIENTO

Es a base de antibióticos para prevenir la infección, en un principio fomentos fríos para producir vasoconstricción en los días siguientes serán calientes para producir vasodilatación favoreciendo la reabsorción.

CAPITULO VI

HISTORIA DE LOS BLOQUEADORES

Desde el comienzo de la humanidad y a través de todos los tiempos, el hombre a tratado de alcanzar por todos los medios posibles, su bienestar físico y así como lo encontramos incansable en su lucha contra el dolor.

La primera forma de anestesia que se empleó sin fundamento para abolir al dolor, fué la anestesia local, siendo ésta muy satisfactoria y la más practicada desde el punto de vista operatorio.

Por lo que se refiere a los resultados obtenidos en el paciente, su origen se pierde en la más remota antigüedad:

Los orientales conocían ya las propiedades analgésicas del axis (canabis indica).

Hablando en sentido amplio la historia de la anestesia local principia, no con la inyección de los medios para aplicarle en el organismo, sino que ésta ya data de tiempos muy antiguos. La primera vez que se registra en la historia la analgesia

local, data desde 2250 años A.C., y a principios de nuestra era.

Dioscorides, Apuleyo y Plinio discutían el uso de un preparado de mandragora (alcaloides de belladona), y otras plantas de aplicación local para mitigar el dolor; durante la edad media, se abusó del uso local de ciertas sustancias narcóticas, con los fracasos que eran de esperarse; aunque en algunos casos se lograron éxitos se cree que fueron probablemente influenciados por la sugestión y la autosugestión.

El doctor HON HUNTER, de Londres, observó la aplicación del frío en animales de laboratorio, para comprobar la reducción del dolor en las intervenciones experimentales, y comprobar los resultados que dicese haber obtenido de las investigaciones hechas con anterioridad por Ambrosio Paré, que fué el primer hombre que hizo posible la anestesia por compresión de los troncos nerviosos.

El Barón Lorrey, lo empleó para hacer amputaciones en el año de 1807 y no obstante se concretaron a seguir experimentando esa única técnica, pues se siguió difundiendo por varias partes de to

da Europa, otros métodos para un resultado mejor. _
 pues en el año de 1858, Francis usó la corriente -
 eléctrica y en 1866 se usó el éter por aspiración,
 en 1884 Jacobo Arnot usó una mezcla congelante, --
 compuesta de hielo y sal que se aplicaba localmen-
 te. Por estas mismas fechas James More, cirujano -
 del Hospital de San Jorge en Londres, quien por me-
 dio de la compresión interrrmpia la circulación san-
 guínea y embotaba la sensibilidad de las regiones _
 que iba a intervenir quirúrgicamente,

No se sabe a ciencia cierta, pero parece --
 ser que en los tiempos antiguos, se uso el frío co-
 mo agente anestésico, es claro que la anestesia lo-
 cal producida por el frío fué conocida por los pri-
 meros hombres que sufrieron congelación en algunas
 partes de su cuerpo; sin embargo se le atribuye a _
 Thomás Bartolinus, la primacía de la inducción --
 del hielo y de las nieves como agentes anestésicos
 locales en curso de la Edad Media.

La pulveración con éter fué ideada por Ri--
 charson en el año de 1886 y en la última década --
 del siglo XIX, Rotleistein, utilizó el cloruro de _

etilo, para la anestesia, éste método substituído con la cocaína y sus derivados, el cual se dejó de usar, o su uso demasiado restringido por su alta toxicidad y su poca duración en las intervenciones quirúrgicas, los dolores que se producen postoperatorios son muy intensos.

Desde entonces se han multiplicado las experiencias pero su uso ha dado lugar, como ya mencioné a restricciones por los frecuentes accidentes.

Algunos de ellos mortales por los deficientes conocimientos de su farmacodinamia y su toxicidad, ésto siguió y perseverantes observaciones ha llegado a establecer la verdadera dosis vulgarizando así su empleo y técnicas, por tal motivo, hubo la necesidad de establecer nuevos compuestos sintéticos, como la novocaína para ser utilizada en intervenciones médico quirúrgicas.

Otras substancias que producen frío, usadas para la anestesia local, sin duda fué cuando la invención de la aguja hipodérmica quien posiblemente se le debió a Montejia, quien en el año de 1813 sugirió el uso de la cánula de diámetro capilar.

Einhorn, en el año de 1904 preparó un alcaloide por síntesis de novocaína que substituye con ventaja la cocaína, debido a su menor toxicidad y a su gran poder de duración anestésico, máximo cuando va acompañado de un vaso constrictor que es la epinefrina (adrenalina), la cual produce una isquemia local y pasajera, con el consiguiente retardo de la absorción, factor valioso, para la duración del efecto anestésico, Así como disminuye las probabilidades de intoxicación.

En 1905 Brown probó clínicamente las propiedades anestésicas de la novocaína, y a pesar de la gran cantidad de substancias descubiertas y ensayadas es difícil que pueda reemplazarla con ventaja en la cirugía odontomaxilar, Holstes, en el mismo año, consiguió la inestabilidad por la anestesia regional, por inyecciones sobre la mandíbula con una solución de cocaína al 4% en la espina de Spix.

CAPITULO VII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUE SUCEDEN AL CIRUJANO DENTISTA.

Siendo la odontología una ciencia, un arte, una profesión siempre el servicio de la salud. Es un hecho que siempre nuestras preocupaciones, nuestras actividades están dirigidas a la salud del paciente, descuidando la salud del dentista, que de ninguna manera puede estar desligada con el éxito del profesional. Para llegar a ese éxito no solo basta la aplicación practica de los conocimientos y los principios de la ética profesional; se necesita conocer también todos los factores que entran en las relaciones: paciente - dentista, el carácter y la personalidad, la salud física y la salud dental, porque un dentista que cuida la salud, a la larga recaerá este descuido en un mal carácter y en un trabajo deficiente, porque es un hecho conocido que nuestra profesión representa muchos sacrificios. El dentista afronta una serie de peligros en la profesión, el odontólogo debe conocer los posibles peligros correspondientes a su profe-

sión, para poder tomar las medidas preventivas adecuadas.

DERMATITIS

La dermatitis de las manos puede ser un problema grave; una dermatitis ligera puede agravarse a consecuencia de la exposición continua de las manos al medio de la cavidad oral, por su densa población microbiana. El dentista utiliza soluciones y medicamentos que pueden causar dermatitis.

DERMATITIS POR PROCAINA.

Puede producirse en cualquier parte de las manos del dentista, los tres primeros dedos de la mano izquierda suelen ser las más afectadas. La piel alrededor de los lechos ungueales, las puntas y las membranas interdigitales. Son los lugares más frecuentes de dermatitis.

Estas dermatitis suelen comenzar con ligero enrojecimiento, con prurito y descamación de los tejidos. Es posible la aparición de vesículas en las formas más graves de la enfermedad, puede haber formación de fisuras, infección secundaria, to

do ello suficientemente grave para impedir el trabajo del dentista.

Muchos de los anestésicos locales inyectables tienen una base común formada por un grupo anfmico sobre el anillo bencénico. Esta base parece ser el agente sensibilizante.

La dermatitis procafnica suele poderse diagnosticar por el aspecto y la distribución de las lesiones.

El dentista con sensibilidad para la procafna ahora puede disponer de varios agentes de mayor potencia, todavfa que ella, La lidocafna (xilocaina), uno de los anestésicos de estructura qufmica completamente diferente de la procafna. Este anestésico local tiene las ventajas de la procafna y las características adicionales de una mayor profundidad y duración de la anestesia. La carbocafna también puede utilizarse con poco peligro de sensibilización.

OTRAS CAUSAS DE DERMATITIS.

Las soluciones "esterilizantes" en frío que contienen formol, en un tiempo fueron causa fre---

cuenta de dermatitis, pero este agente ha sido substituido casi totalmente por el tipo de cloruro de alquilo (zephiran) como "solución esterilizante". - Esta última substancia rara vez o nunca produce -- sensibilización.

Cualquiera de los medicamentos o de los materiales, excepto los metales preciosos que se utilizan en la práctica dental suelen causar dermatitis en individuos sensibilizados. Eugenol, eucaliptol y otros aceites aromáticos, el fenol, la -- creosota y sus derivados, los preparados yodados, - el monómero de metilmetacrilato, los alginatos y - los materiales de revestimiento pueden provocar -- dermatitis. Las resinas epoxi, que ahora se utilizan como bases para dentaduras y para otros fines -- protésicos, son muy sensibilizantes de la piel, -- igual que las áminas líquidas utilizadas como agentes de curación o endurecedores.

Las dermatitis resultantes de hipersensibilidad para jabones muchas veces se pasan inadvertidas para los dentistas. El agua rica en cloro tam-

bién puede ser un agente irritante adicional. Este tipo de dermatitis suele aparecer por primera vez en forma de una fina erupción vesicular de los dedos, dorsos de las manos y en especial espacios interdigitales. Al principio hay ligero prurito, pero la piel pronto se vuelve gruesa y dura, todo ello seguido de fisuras profundas que se manifiestan secundariamente.

El lavado frecuente de las manos, tan necesaria en la práctica dental tiende a perpetuar y agravar las dermatitis. El dentista con dermatitis en las manos, debe consultar inmediatamente un buen dermatólogo para su tratamiento.

IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LOS OJOS.

Este punto es de suma importancia ya que la odontología como profesión, supone una exigencia grande de la visión y además aporta posibles riesgos de infecciones o inflamaciones oculares ocasionadas por cuerpos extraños, medicamentos o agentes químicos diversos, además de accidentes que presentan por motivo del trabajo, entre los cuales se pueden mencionar el exceso de trabajo diario, posi

ción incomoda del operador, mala iluminación del cuarto de operaciones y mala iluminación del campo operatorio, siendo por lo tanto; el cansancio muscular y las irritaciones de los ojos, las dos causas principales de las molestias oculares que afectan comunmente a los cirujanos dentistas, ya que los vicios de refracción, trastornos de acomodación y pérdidas de equilibrio muscular, hacen más fatigosa la visión próxima, por el esfuerzo exagerado, necesario para conservar ambos ojos dirigidos a un punto cercano y si a esto se añade la fijación por tiempo excesivo de la vista en un punto determinado, los ojos se irritan, pues se les está sometiendo a un esfuerzo excesivo por largos periodos de tiempo, debiéndose contar este tiempo no sólo por minutos, sino hasta por segundos, puesto que en los casos de irritación ocular bastan unos segundos para empeorar un ojo con un principio sencillo de enrojecimiento y si a esto se añade la mala costumbre, que afecta a casi todas las personas y que por dsgracia es incontrolable de restregarse

los ojos al sentir alguna molestia en ellos, lo --
único que se logrará será aumentar la irritación -
lastimando los delicados órganos oculares.

Es por eso que el dentista tiene necesidad_
de descansar lo suficiente después de cada día de_
trabajo y descansar especialmente la vista, pues -
la posición incomoda del operador durante su traba_
jo, es una causa que influye grandemente en cansan_
cio muscular, pues ya sea que trabaje de pie, sen-
tado, inclinado hacia un lado o hacia el otro, etc.
a veces esa postura muy forzadas y esto repetido -
varias veces al día, trae como consecuencia cansan_
cio muscular que lógico es suponer, se manifieste_
por las tardes después del trabajo, y así vemos --
que después de esta jornada, no sólo el cuerpo es-
tá cansado y la mente fatigada.

EFFECTOS NOCIVOS DE LOS Rx

Los rayos x por razón de su acción destructi_
va sobre los tejidos vivos, son un agente terapéu-
tico y un medio de diagnóstico muy valioso pero --
que no pueden manejarse sin tomar las debidas pre-
cauciones y por personas que no tengan preparación

y los conocimientos necesarios. Una negligencia, - una técnica defectuosa exponen al operador o al pa-
ciente a muy serios accidentes.

El dentista no suele recordar el grave pe-
ligro resultante del empleo poco cuidadoso de los_
rayos x dentales. El equipo moderno de rayos x, --
quizá proteja contra los choques pero no contra --
los errores, ni tampoco completamente contra la ra-
diación. El dentista presenta demasiada tendencia_
a creer que no tiene ningún peligro, porque no ---
siente nada, o por que no observa ninguna lesión -
ni en sí mismo ni en sus ayudantes. Las lesiones -
de los rayos x son incidiosos; cuando se observan_
cambios en los tejidos, suele ser demasiado tarde_
para tomar medidas eficaces de precaución.

Ennis ha llamado repetidamente hacia la ---
práctica de asegurar con los dedos la placa de Rx_
durante la exposición. El efecto acumulativo de es_
te hábito probablemente origine quemaduras radioló-
gicas de los dedos, sino origina un cambio maligno
Muchos dentistas han quedado incapacitados profe-
sionalmente por unos cuantos minutos cada día de

falta de cuidado. Incluso si las zonas quemadas -- son susceptibles de intervención quirúrgica, la cicatriz resultante, y las retracciones tisulares, dificultan seriamente el trabajo del odontólogo.

En quemaduras más extensas pueden perderse uno o más dedos, una mano o incluso la vida del -- dentista. Cinco de los ocho dentistas con quemaduras de Rx en las manos observados por Mohs desarrollaron carcionomas. Los efectos de la exposición a los rayos x son acumulativos y quizá no se manifiesten por largo tiempo. Puede transcurrir un período de 20 años antes de que aparezca los cambios malignos. Finalmente el 30%, más o menos de los individuos con dermatitis radiológica presentaron lesiones malignas.

MEDIDAS DE PREVENCION PARA EL OPERADOR

El operador no deberá colocarse nunca en el trayecto del haz primario, o sea que debe colocarse en dirección opuesta a donde apunta el cono.

El operador no deberá sostener nunca la película esto lo hará el paciente aleccionándolo de

bidamente, para que él sostenga la película.

En casos especiales de niños de corta edad, pacientes con parálisis, o personas que no están en uso de sus facultades. Como este tipo de pacientes casi nunca van solos, deberá ser el acompañante, debidamente aleccionado, quien sostenga la película. Solo en casos extremos en que el operador tiene necesidad de intervenir, lo hará procurando hacerlo con la ayuda de unas pinzas largas.

El operador deberá retirarse lo más posible del paciente para evitar recibir la radiación secundaria, que se desprende de la cara del paciente. Con este motivo los aparatos modernos están provistos de una cuerda del interruptor cronométrico suficientemente larga.

En locales reducidos, en el momento de la exposición deberá protegerse atrás de una mamparra recubierta de una lámina de plomo de 3 mm. de espesor, como mínima o bien en muro de concreto de 15 centímetros de espesor.

PROBLEMAS POSTURALES.

La práctica odontológica obliga al profesio

nista a permanecer en un espacio reducido encerrado en su gabinete de trabajo durante las horas de consulta y con frecuencia después determinada ésta es preciso concluir trabajos de laboratorio, la mayor parte del tiempo lo pasa en una postura anormal, junto al sillón en que está el paciente y soportando sobre un sólo pie casi todo el peso del cuerpo, distinguiéndose algunos dentistas por ligero encorvamiento de la columna vertebral y descenso característico del hombro derecho.

El campo de actividad del dentista se haya restringido a la silla de operaciones, pero puede lograr mantenerse en posición más recta, menos cansada y más fisiológica haciendo que el paciente adopte una posición apropiada, y trabajando con el espejo bucal. La permanencia en determinada postura durante largos períodos de tiempo es inconveniente. Para la buena circulación y evitar la fatiga, es necesario cambiar de posición de vez en cuando. Cuanto mayor sea la frecuencia de tales cambios, menor será el esfuerzo que deban realizar los órganos afectados. Gran parte del trabajo pue-

de ejecutarlo el dentista sentado en un taburete - para intervenciones, proporcionando de esta forma reposo a las extremidades inferiores y realizando a satisfacción muchas operaciones odontológicas -- con menor fatiga.

La postura correcta en pie requiere colocar ambos pies paralelos cargando el peso del cuerpo sobre el borde externo de los mismos.

El centro de gravedad del cuerpo deberá en contrarse frente a la articulación del tobillo de- biéndose mantener las rodillas rectas.

El trabajo odontológico requiere de colocar un pie delante del otro, inclinar el cuerpo, por - la cintura y flexionar los brazos por los codos. Mientras se espera, el peso del cuerpo debe cam--- biarse de un pie a otro. Los giros deberán hacerse con el tronco o la cintura, no con el cuello. Cuando las horas de trabajo del dentista sean excesi-- vas, deberá elegirse una distracción o recreo en - que adopte posturas diferentes a las de su labor - profesional, ya que la posición fija del dentista, junto al sillón de operaciones, además de ser fatigigosa, predispone a deformaciones del arco del pie,

várices y tal vez hemorroides. El soporte constante del peso, a menudo sobre una extremidad, puede predisponer a depresión del arco del pie. Aunque los síntomas inmediatos que acompañan al pie plano no suelen ser muy manifiestos, tal deformidad puede presentar neuralgias de origen oscuro y dolores diversos.

La dureza del piso puede agravar el dolor de los pies, así como las canalgias. Tales molestias pueden aliviarse por el uso de círculos de esponja de goma, adaptados al pie del sillón de operaciones o por plantilla de latex colocadas dentro del zapato sobre la parte del tacón.

La posición correcta sentado se basa en los ilíacos y requiere inclinar el cuerpo hacia adelante con el pecho saliente. Los dentistas con lesiones de columna vertebral, pelvis y rodillas, pueden usar con ventaja un taburete con el asiento en forma de sillín de bicicleta cubierta con esponja de goma. Los taburetes redondos no permiten que los músculos del muslo, den soporte correcto al cuerpo, aunque el taburete para operaciones supri-

men muchos de los problemas posturales referentes a las extremidades inferiores, alivia poco los que afectan a la columna vertebral. Los cambios frecuentes de posición son importantes en este caso. Con la edad, el espesor de los discos intervertebrales disminuye de manera gradual sobre todo en las zonas que soportan mayor peso. Scougall recomienda forzar el encorvamiento de la columna en dirección opuesta a la postura habitual del dentista durante dos o tres minutos, una o dos veces al día. Es por eso que los defectos de la posición de la columna vertebral y su relación con la posición del dentista ha dado lugar a una controversia entre la profesión dental tocante a si el dentista debe sentarse mientras le trabaja al paciente, ya que se sentirá más cansado si se sienta en el ángulo lumbosacral en un plano más horizontal, porque así el empuje del cuerpo es mínimo y al mismo tiempo el grupo de los músculos sacroespinales está sometido al menor grupo de tensión y no se cansará tan fácilmente.

Al quedarse sentado; sin embargo, tiene sus desventajas, aunque sea más cómoda, si se toma es-

ta posición por largos periodos de tiempo causará una relajación de los músculos abdominales que son tan importantes para el buen funcionamiento del cuerpo. Al parecer, si el dentista tiene alguna incapacidad en la parte inferior de la espalda, deberá permanecer sentado por algún tiempo, pero a veces en una posición recta.

Sin embargo, es muy esencial que el dentista aumente el tono muscular, de ambos grupos de músculos, mediante ejercicios que pueden aprenderse y hacerse a diario, durante unos pocos minutos.

INFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO.

La naturaleza de la práctica odontológica y el tipo de trabajo que deben realizarse, exigen una proximidad inmediata al aliento del paciente, incluso cuando se usa dique de goma. Ello supone una frecuente exposición a las infecciones corrientes del aparato respiratorio, así como las afecciones pulmonares más graves.

Los profesionales con predisposición a resfriarse, no deberán asistir a pacientes de infec-

ciones de las vías respiratorias superiores.

Cuando sea necesario atender a individuos con tuberculosis "abierta", el dentista deberá usar siempre una mascarilla.

El riesgo de adquirir infecciones graves es mayor para el dentista que para el médico, ya que este suele conocer el padecimiento general del sujeto, mientras que el odontólogo trata casi siempre a sus pacientes sin obtener una historia clínica resumida a conocer su estado de salud. Es deplorable que así suceda. Para su propia protección, el dentista debería conocer el estado general del paciente, cosa que además sería útil para planear el tratamiento apropiado.

HIDRARGIRISMO.

Mucho se ha discutido respecto a la conveniencia técnica y los peligros de intoxicación por "trabajar" o "amasar" la amalgama argéntica antes de usarla como material de obturación. Se han referido algunos casos de hidrargirismo en dentistas, que se han supuesto ocasionados por dicha práctica. La exposición a los vapores de mercurio es mucho

más grave aunque los peligros de vapores provienen, sobre todo, de calentar amalgama de cobre, modelos de amalgama o sustancias que contengan mercurio, - es conveniente mantener la amalgama sobre un recipiente cerrado.

Grossman y Dannenberg determinaron la concentración de vapores mercúricos en los gabinetes odontológicos; hay pequeñas cantidades en el aire pero no son tóxicas.

INFECCIONES PIOGENAS Y VIRALES.

Excepto cuando se emplea el dique de caucho, el dentista está trabajo que contiene gran número de microorganismos patógenos. El dentista tiene que tratar dientes careados o rotos con instrumentos cortantes.

La posibilidad de sufrir heridas por los dientes no debe olvidarse cuando se está trabajando con niños incorregibles, epilépticos, enfermos mentales o sometidos a anestesia general. La importancia de la acción antimicrobiana de la saliva, - como protectora contra tales infecciones, quizá no

se tenga suficientemente en cuenta. Es notable el hecho de que no se observe más frecuentemente infecciones piógenas de las manos en los dentistas.

Se sabe de dentistas que han sufrido hepatitis infecciosa adquirida después de tratar enfermos con esta infección.

INFECCIONES SIFILITICAS

Adquiridas accidentalmente, por fortuna son raras las infecciones sifilíticas por accidente, pero cuando se llega a presentar plantean un grave problema profesional y personal. La frecuencia de sífilis de este tipo es mayor en dentistas que en ninguna otra profesión.

La paroniquia en los dentistas debe considerarse posible infección luética mientras no se demuestre lo contrario. Algunos dentistas también se han infectado por instrumentos dentales.

Las lesiones sifilíticas que se desarrollan suelen ser menos dolorosas que las provocadas por una infección piógena que acompañan más tarde de adenopatía a nivel del codo o de la axila.

No resulta práctico, ni posible efectuar --

una prueba serologica para sfilis en todos los pa-
cientes, pero la posibilidad de una sfilis adqui-
rida se puede reducir bastante haciendo un examen_
bucal cuidadoso. Contrariamente a lo que suele ---
creerse, el dentista esté en peligro de infecci3n,
incluso en ausencia de lesiones bucales demostra-
bles si el paciente tiene sfilis en una etapa con
espiroquetemia.

Se recomiendan las medidas preventivas que_
a continuaci3n se exponen para evitar la sfilis -
accidental.

El dentista debe de estar familiarizado con
las lesiones luéticas. Si se sospechan lesiones si
filíticas hay que consultar al médico del enfermo-
antes de iniciar el tratamiento.

Se debe observar cuidadosamente con buena -
luz e instrumentos a los tejidos bucales antes de-
introducir los dedos en la cavidad bucal.

Cuando el paciente este en una etapa infec-
ciosa de la sfilis, el dentista debe de usar ---
guantes.

Las punciones de aguja o los cortes sufridos mientras está trabajando con un paciente que tiene sífilis conocida pueden dejarse abiertos; se pueden frótar de inmediato en ellos una pomada de cloruro mercurioso al 33%, por lo demás, esta y otras medidas profilácticas similares no tienen gran valor, pues sólo dejan una falsa sensación de seguridad. Si se desea puede emplearse la terapéutica penicilínica en plan profiláctico. Se debe efectuar cada semana una prueba serológica, por lo menos durante seis semanas, después de producida la herida, y mensualmente después, durante un año por lo menos.

Las manos no deben rascarse con un cepillo ni antes ni después del trabajo en tales pacientes, pues el cepillado puede producir pequeñas abrasiones que sirvan de entrada para *treponema pallidum*. Las lesiones sospechosas de las manos del dentista, en particular de la mano izquierda deben considerarse luéticas mientras no se pruebe lo contrario.

CONCLUSIONES

Mediante este trabajo sobre "EMERGENCIAS DENTALES", he tratado de tocar brevemente los puntos que creo son de mayor interés para el cirujano dentista, aunque no se dedique exclusivamente a la cirugía si debe tenerlos presente, ya que diariamente hacemos cirugía menor y éstos se pueden presentar en cualquier intervención que se practique en el consultorio por sencilla que esta sea.

Y aunque carentes de originalidad, deben ser planteados para tener los presentes en el ejercicio de nuestra profesión, para que en el caso, que se nos llegara a presentar cualquiera de ellos podemos tratarlos adecuadamente y prestarle al paciente la ayuda que requiera, según el caso que se presente, con un máximo de seguridad para su vida, ya que como mencioné anteriormente, algunos accidentes pueden llegar a ocasionar la muerte si no son tratados inmediatamente y con los elementos necesarios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ODONTOLOGIA OPERATORIA, Gilmore H. William, 1976.
- 2.- ODONTOLOGIA BIBLIOGRAFICA, Fastlicht Samuel, 1974.
- 3.- ENDODONCIA CLINICA, John Dawson, 1970.
- 4.- PRACTICA ENDODONTICA, Luis T. Grossman 2a. Edición 1963.
- 5.- CLINICA ODONTOLOGICA DE NTE. AMERICA, Dr. Charles C. Alling. Vol. XVII, 1973.
- 6.- CLINICA ODONTOLOGICA DE NTE. AMERICA, James R. Camerón. Emergencias en la práctica dental, 1959.
- 7.- ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR EN LA -- PRACTICA DENTAL. Leonard M. Monheim.
- 8.- LOS ACCIDENTES DE LA ANESTESIA, Tesis del Dr. Jaime Rangel Gómez.
- 9.- MEDICINA BUCAL de Lester W. Burket; 6a. edición 1971.
- 10.- COMPENDIO DE RADIOLOGIA Y FISIOTERAPIA, Dr. Juan Alberto Aguirre.