



2ej 558

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

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

EMERGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

DIRIGI Y REVISÉ

7 - XII - 81
11/11/81

C.D. ESCAMILLA PEREZ JOSÉ T

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

BLANCA ALICIA LOPEZ AGUADO RODRIGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I.- CONCEPTO

CAPITULO II.- FRACTURAS DE MAXILAR Y MANDIBULA

CAPITULO III.- COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA

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

COMPLICACIONES QUE CONCIERNEN AL CAMPO OPERATORIO SOBRE EL QUE VAMOS A ACTUAR

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

CAPITULO IV.- ACCIDENTES EN ENDODONCIA

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

CAPITULO V.- STOCK

- a) Concepto y definición

- b) Causas
- c) Clasificación
- d) Tratamiento.

CAPITULO VI.- DESORDENES HEREDITARIOS DE SANGRADO

- a) Hemofilia
- b) Enfermedad de Christmas
- c) Enfermedad de Von Willebrand's.

CAPITULO VII.- RIESGOS DE LOS RAYOS X Y SU PROTECCION

CAPITULO VIII.- HIDRARGIRISMO

CONCLUSIONES Y BIBLIOGRAFIA.

PROLOGO

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

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

Aunque las drogas nos proporcionan una valiosa ayuda, solo deben usarse cuando sean necesarias.

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

Una historia clínica elaborada cuidadosamente será el mejor seguro en casos de emergencia. Un plan de tratamiento bien organizado y ensayado, así como una lista de personas con quienes podemos contar para la resolución de tales problemas. Una actitud de calma y seguridad en la manipulación del equipo y medicamentos que proporcionen al paciente, confianza para cooperar con el médico, para lograr esto, es necesario poseer conocimientos adecuados, manteniéndose al corriente

en la literatura profesional, conservando un diálogo continuo con sus colegas, esto se logra mejor en una práctica de grupo.

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

CAPITULO I

CONCEPTO DE EMERGENCIA

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

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

El Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de utilizar sus conocimientos en beneficio de la salud. También debe tener conciencia de la importancia del conocimiento del hombre en su integridad biosicosocial, deberá reconocer los síntomas de una enfermedad antes de su aparición, para actuar en los primeros niveles de prevención, esto sólo se logra cuando el Cirujano está lo suficientemente capacitado para aplicar las medidas y recursos específicos para llevar al individuo al estado de normalidad lo antes posible.

CAPITULO II

FRACTURAS DE MAXILAR Y MANDIBULA

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

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

Clasificación

Las fracturas pueden ser clasificadas de acuerdo a su gravedad y de sí son simples, compuestas o comminutas. En la fractura simple la piel permanece intacta, el hueso ha sido fracturado pero no está expuesto.

En la fractura de tallo verde un lado del hueso está fracturado y el otro solamente doblado; los tejidos blandos están intactos. Son de difícil diagnóstico y deben diferenciarse en la radiografía de las líneas de sutura anatómicas normales. Requieren tratamiento para evitar la remodelación ósea de los extremos del hueso durante el proceso de cicatrización, el tiempo requerido para la cicatrización es mínimo y se reconstruye casi por completo la arquitectura ósea.

En las fracturas comminutas simples el hueso se rompe en varios fragmentos. Las fracturas comminutas compuestas son producidas generalmente por armas de fuego con pérdida de hueso y consolidan con

mayor lentitud, las astillas del hueso desvitalizado crea dificultades para la reparación.

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

Fracturas del maxilar

Las fracturas del maxilar son traumatismos graves ya que están complicadas importantes estructuras como son la cavidad nasal, órbitas, senos y cerebro los cuales pueden ser afectados primeramente por el traumatismo y posteriormente por la infección.

Clasificación

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

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

Fractura Transversa.- En la fractura transversa (Lefort III) se debe palpar el borde infra orbitario en busca de un desnivel en el hueso. Los bordes de la órbita son fáciles de identificar en la radiografía por lo tanto puede diagnosticarse con seguridad la presencia o ausencia de fractura en esta región.

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

Fracturas de Mandíbula

Causas

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

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

Signos y Sintomas

- 1.- Siempre hay el antecedente de un traumatismo
- 2.- La equimosis de la encía o de las mucosas pueden sugerir el sitio de fractura.
- 3.- El dolor al mover la mandíbula o a la palpación.
- 4.- La incapacidad funcional se manifiesta porque el paciente no puede masticar.
- 5.- La laceración de la encía puede verse en la región de la fractura.
- 6.- El paciente presenta salivación y alitosis.

Factores de desplazamiento en las fracturas

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

Cuando la atracción muscular tiende a conservar los fragmentos unidos en la línea de fractura, se le considera como fractura favora-

ble. Si la atracción muscular causa el desplazamiento de los fragmentos se considera el trazo de fractura como desfavorable.

Tratamiento

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

Principios básicos para el tratamiento oportuno de fracturas.

- 1.- Establecer y conservar una vía aérea franca.
- 2.- Control de la hemorragia.
- 3.- Conocer la respiración, pulso y presión arterial del paciente.
- 4.- Averiguar la posibilidad de lesiones craneales.
- 5.- Establecer nuevamente la función oclusal y las relaciones entre las arcadas.
- 6.- lograr la reducción y fijación de la fractura tan pronto como el juicio lo permita.
- 7.- Conservar el trauma quirúrgico a un mínimo.
- 8.- Conservar y proteger la dentición.
- 9.- Recordar la necesidad de antibióticos y antitoxina tetánica.
- 10.- Conservar en mente las cualidades estéticas, el bienestar general y la comodidad del paciente.
- 11.- Tratar primero al paciente y a la fractura después.
- 12.- Estar alerta a las responsabilidades legales.

FRACASO EN ASEGURAR LA ANESTESIA

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

VISUALIZACION INSUFICIENTE

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

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

FALTA DE CONTROL DEL INSTRUMENTAL

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

APOYO INCORRECTO DEL OPERADOR

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

Otro tipo de complicaciones que se pueden presentar son las que conciernen al campo operatorio sobre el que vamos a actuar, y entre

éstas se encuentran las siguientes:

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

DISLOCACION DE DIENTES ADYACENTES

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

FRACTURA DE LA CORONA DEL DIENTE AL SER EXTRAIDO

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

FRACTURA DE LAS RAICES DEL DIENTE AL SER EXTRAIDO

Los factores que causan la fractura radicular son parecidos a los que causan una fractura coronaria, por lo tanto al evitar estas fallas se reducirá la incidencia de dichas fracturas.

La extracción de una raíz recién fracturada se intenta siguiendo el

método cerrado si hay probabilidades de éxito. Sin embargo, si la técnica no es favorable después de cinco minutos, tendrá que llevarse a cabo la extracción por procedimiento abierto (técnica con colgajo quirúrgico).

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

FRACTURA DE MANDIBULA

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

DIENTES MOVILES

La movilidad dental debe volvernos prudentes puesto que puede deberse a la presencia de un tumor, estar ubicados en un trozo de fractura.

DAÑO A ENCIAS

El daño a la encía puede ser evitado por medio del manejo cuidadoso del instrumental y una buena técnica. Si se adhiere la encía al diente que se está avulsionando, ésta deberá ser retirada con un bisturí o con tijeras antes de proseguir con la extracción.

DAÑO A LABIOS

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

DAÑO A LENGUA Y PISO DE LA BOCA.

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

DOLOR POSTOPERATORIO DEHIDO A TRAUMATISMO DE LOS TEJIDOS BLANDOS O DUREOS

Estas complicaciones pueden presentarse por el machacamiento del hueso durante la instrumentación o por el sobrecalentamiento del mismo al cortarlo con una fresa, por falta de limpieza del alvéolo. Los tejidos blandos pueden ser dañados por la falta de protección en el momento de usar una fresa. La mayoría de estos errores pueden ser evitados actuando con técnicas adecuadas, pero existen complicaciones que desafortunadamente no pueden prevenirse, entre estas se puede mencionar a la osteitis alveolar.

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

Etiología

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

Cuadro clínico

La osteitis alveolar se desarrolla durante el tercero o el cuarto día posoperatorio, se caracteriza por dolor grave y continuo, mal olor en el sitio de la extracción y pérdida del coágulo. El hueso expuesto esta necrótico.

Tratamiento

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

CAPITULO IV

ACCIDENTES EN ENDODONCIA

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

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

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

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

DOLOR PERSISTENTE

Una de las complicaciones que se pueden presentar durante el tratamiento endodóntico es un dolor persistente, la causa principal de éste es la extirpación incompleta de la pulpa. Los fragmentos de tejido pulpar sufren una inflamación aguda y se vuelven hipersensibles. El dolor no cederá hasta ser eliminado por completo el tejido pulpar.

PERICEMENTITIS

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

El tratamiento consiste en quitar la obturación temporal, irri-

gar y secar los canales, poner una torunda de algodón en la cámara, volver a cerrar la cavidad y ajustar la oclusión.

SUPURACION PERSISTENTE

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

ROTURA DE INSTRUMENTOS DENTRO DEL CONDUCTO

La rotura de instrumentos en el interior del conducto es un riesgo constante si no se utilizan instrumentos en buenas condiciones o son manejados adecuadamente.

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

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

Técnica quirúrgica

Examen radiográfico.— En el examen radiográfico prequirúrgico observaremos cuidadosamente la clase y extensión del proceso; las relaciones con las fosas nasales, con los dientes vecinos y con los conductos y orificios osceos.

Radiográficamente podremos determinar el lugar y el tamaño del fragmento.

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

Incisión

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

Desprendimiento del colgajo

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

Osteotomía con fresas

Se usa una fresa redonda del No. 3 o 5, con la cual se hacen pequeñas perforaciones en círculo con el ápice como centro.

Amputación del ápice radicular

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

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

Seccionada la raíz se pulen sus aristas y se biselan.

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

SUTURA

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

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

CAPITULO V

SHOCK

CONCEPTO Y DEFINICION

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

b) Etiología.

Son numerosas las causas que lo producen. Destacan entre estas;

1) los trastornos cardíacos; 2) las hemorragias; 3) los traumatismos; 4) las infecciones; 5) los procedimientos quirúrgicos; 6) y los cuadros dolorosos extremos y prolongados.

c) Cuadro clínico del shock

Existe un cuadro clínico general que permite hacer el diagnóstico sindromático del estado de shock, independientemente de la causa. El dato principal es la hipotensión arterial. El cuadro se complementa con taquicardia, pulso filiforme, cianosis discreta, adinamia extrema, sudoración profusa característicamente fría, acentuada palidez, oliguria, sed, aspecto de ansiedad, angustia y gran inquietud.

d) Tratamiento

El tratamiento del shock deberá estar encaminado a corregir la causa y ayudar a los mecanismos fisiológicos de compensación a restaurar un nivel adecuado de perfusión tisular.

Debemos establecer las siguientes medidas al reconocer los síntomas del shock:

1.- Eliminar los factores causales.

2.- Registrar y vigilar sistemáticamente la presión arterial y el pulso.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

19

3.- Colocar al paciente en posición supina.

4.- Conservar una vía aérea adecuada.

5.- Proporcionar una oxigenación adecuada.

6.- Conservar al paciente a una temperatura ligeramente por encima de lo normal.

7.- Apoyar la circulación administrando agentes vasopresores.

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

CAPITULO VI

DESORDENES HEREDITARIOS DE SANGRADO

A) Hemofilia

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

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

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

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

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

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

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

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

En cuanto al manejo de los episodios hemorrágicos intervienen medidas locales y generales. Localmente se procederá a la compresión, aplicación de frío o trombina bovina. Las extracciones dentarias serán efectuadas en centros hospitalarios con breve administración

del factor deficiente. El tratamiento general requiere la administración del factor deficiente en la cantidad que se precisa para lograr la hemostasis.

B) Enfermedad de Christmas.

La enfermedad de Christmas se hereda como carácter recesivo ligado al sexo. Difiere de la hemofilia en que el defecto hemostático esta en la carencia del factor IX o es funcionalmente anormal llamado componente de tromboplastina del plasma, afecta a la producción de tromboplastina, sin la cual hay una anomalía en el mecanismo de coagulación.

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

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

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

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

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

C) Enfermedad de Von Willebrand's.

La enfermedad de Von Willebrand's es heredada como un autosómico dominante y esta caracterizada por un tiempo prolongado de sangrado y en muchos casos, por una reducción variable en el factor de coagulabilidad del plasma VIII y adecuado factor VIII - relacionado con

niveles de antígeno y también por anomalías de la función plaquetaria. Los pacientes que sufren de la enfermedad de Von Willebrand's comúnmente buscan ayuda siguiente a una hemorragia prolongada de los vasos superficiales de la piel o membranas mucosas o después de una hemorragia excesiva por extracción dental.

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

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

Los objetivos de las medidas locales son: 1) evitar el trauma innecesario en el momento de la extracción; 2) aplicación de hilos hemostáticos en los alveolos; y 3) protección del coágulo cicatrizal. Los objetivos de la terapia sistémica son: 1) la restauración y 2) el mantenimiento de un estado hemostático normal. El valor de las infusiones de plasma fresco congelado en la corrección de los defectos hemostáticos está bien establecido en la enfermedad de Von Willebrand's.

CAPITULO VII

RIESGOS DE LOS RAYOS X Y SU PROTECCION

Efectos generales de la radiación en los tejidos

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

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

Efectos sobre la piel

Después de la administración terapéutica de radiación en la piel se observa eritema que es la manifestación más temprana y visible comenzando pocos días después de la irradiación.

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

Efectos sobre la mucosa bucal

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

Efectos sobre las glándulas salivales

La xerostomía, o sequedad de la boca, es una de las molestias más

comunes que se presentan. Después de dos semanas de haberse iniciado la irradiación se originan alteraciones en las glándulas salivales, estas se caracterizan por disminución o pérdida total de la secreción.

Efectos sobre los dientes

Con frecuencia los dientes de pacientes que han recibido radiación terapéutica en cabeza y cuello son afectados, apareciendo las lesiones hasta varios años después. Clínicamente se observa una peculiar destrucción de la sustancia dentaria, parecida a la caries, que comienza en la zona cervical de los dientes. Los dientes son más frágiles y se desprenden trozos de esmalte fracturado.

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

MEDIDAS DE PROTECCION

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

Protección del operador

- a) No debe colocarse en dirección del haz primario.
- b) No debe sostener la película en la boca del paciente.
- c) No debe sostener el bastidor del tubo de rayos x.
- d) Debe colocarse atrás del haz de rayos x a una distancia de cuando menos 2 metros o atrás de un blindaje de plomo de 0.5 milímetros.
- e) Siempre deberá portar una placa de vigilancia de películas radiográficas.

Cuidado del equipo de rayos x

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

Protección del paciente de la radiación secundaria.

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

Limitación y ejecución de las técnicas radiográficas.

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

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

CAPITULO VIII

HIDRARGIRISMO

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

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

CUADRO CLINICO

Signos y síntomas que caracterizan la intoxicación

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

MEDIDAS PREVENTIVAS

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

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en el abandono de la fuente de intoxicación y en la administración de BAL (dimercaprol) el cual se administra a dosis de 5mg/Kg por vía intra muscular profunda cada 4 horas, si bien este producto promueve la eliminación del mercurio, raras veces mejorará el cuadro clínico, por lo demás, es sintomático.

CONCLUSIONES

27

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

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

El paciente dental que ha estado tomando tranquilizantes prescritos por su médico es más susceptible a un síncope. Esto solo puede averiguarse mediante una historia clínica cuidadosa.

La Historia Clínica es un elemento indispensable en todo paciente y tiene como finalidad atender y servir mejor al paciente. La elaboración de la historia clínica le permitirá al Cirujano Dentista averiguar si el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente; si la presencia de alguna enfermedad general o la administración de determinados medicamentos pueden interferir con el éxito del tratamiento aplicado; para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; para conservar un documento escrito que puede resultar útil en caso de reclamación judicial.

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

HIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvin L. Morris.
Harry M. Bohannon.
IAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL
Editorial Labor, S.A.
Segunda edición: 1976
- 2.- Ciril Rozman
P. Farreras Valentí
MEDICINA INTERNA
Editorial Marin, S.A. 1978
- 3.- Chávez Rivera
COMA, SINCOPE Y SHOCK.
Editor y Distribuidor.- Francisco Mendez Oteo.
Primera edición: 1977
- 4.-
DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS.
Editorial Salvat
Undécima edición: 1977
- 5.- E. Waite Daniel
CIRUGIA BUCAL PRÁCTICA.
Compañía editorial Continental, S.A.
Primera edición: 1978
- 6.- Glickman Irving
PERIODONTOLOGIA CLINICA
Editorial Interamericana.
Cuarta edición.
- 7.- Gilmore H. William
Melvin R. Lund.
ODONTOLOGIA OPERATORIA
Editorial Interamericana
Segunda edición
- 8.- Kruger O. Gustav.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Editorial Interamericana
Cuarta edición
- 9.- Martín - Abreu Luis
FUNDAMENTOS DEL DIAGNOSTICO.
Editor .- Francisco Mendez Cervantes.
Cuarta edición
- 10.- McCarthy Frank M.
EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA.
Editorial El Ateneo
Segunda edición
- 11.- Ralph E. Mc Donald
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
Editorial Mundí
Se terminó de imprimir el 10 de enero de 1971

12.- Stanley L. Robbins

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
Primera edición en 1975
Editorial Interamericana.

13.- Shafer Hine Levy

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Tercera edición
Editorial Interamericana.