

*L. Guzmán*  
*(761)*

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Odontología**

**Principios Básicos en Cirugía Bucal para el  
Dentista en su Práctica Clínica**

**T E S I S**

Que para obtener el título de :

**CIRUJANO DENTISTA**

**p r e s e n t a :**

**JOSE GUADALUPE ORTEGA FIGUEROA**

---

México, D. F.

1979

15147



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 .

### INTRODUCCION.

### CAPITULO I.

#### HISTORIA CLINICA.

1. Relación Dentista-Paciente.
2. Interrogatorio Odontológico.
3. Diagnóstico en Odontología.
4. Responsabilidad del C.D. en el diagnóstico.
5. Exploración Física.
6. Antecedentes hereditarios y familiares.
7. Antecedentes personales NO patológicos.
8. Antecedentes personales patológicos.
9. Antecedentes Odontológicos.
10. Padecimiento Actual.

### CAPITULO II.

#### PREOPERATORIO.

1. Terapéutica Antibiótica.
2. Profilaxis en cirugía bucal.
3. Medicación Preanestésica y preoperatoria.

### CAPITULO III.

#### ANESTESIA.

1. Anestesia General.
2. Anestesia Local.

## CAPITULO IV.

### TRANSOPERATORIO.

1. Operación o intervención propiamente dicha.
2. Tratamiento de la cavidad ósea.
3. Osteotomía.
4. Incisión.
5. Sutura.

## CAPITULO V.

### POSTOPERATORIO.

1. Ordenes postoperatorias.
2. Tratamiento local postoperatorio.
3. Fisioterapia postoperatoria.
4. Cuidados de la herida.
5. Extracción de los puntos de sutura, cambio de ap-  
sito.
6. Alimentación.
7. Instrucciones postoperatorias.
8. Complicaciones locales.
9. Complicaciones generales.
10. Exámenes postoperatorios subsecuentes.

### CONCLUSIONES.

### BIBLIOGRAFIA.

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

La cirugía bucal en el campo de la odontología es objeto de una atención especial por parte del público y de los -- profesionistas que ejercemos alguna disciplina odontológica.

El diagnóstico bucal y la medicina bucal son los ci--- mientos que sirven de base, tanto al dentista en su práctica diaria, como al especialista en cirugía bucal, ya que representan la aplicación básica para cualquier intervención quirúrgica.

Dentro de la odontología, existen diversas ramas de -- bastante interés para el dentista y en especial para todo estudiante. Extraordinaria es la amplitud de la cirugía bucal, que comprende desde una extracción dentaria, considerándose a esta como una intervención quirúrgica, hasta llegar a realizar una resección mandibular.

A muchos compañeros estudiantes esto puede parecer extraño, pero es cierto, que tanta satisfacción se deriva de una buena extracción dentaria o que de una corrección de prognatismo bien realizada. Cualquier intervención que se realice en la cavidad bucal, será motivo de muchas satisfacciones personales.

El objeto de presentar esta tesis, tiene como finalidad, el proporcionar los conocimientos básicos en cirugía bucal para el dentista en su práctica diaria. Y deseo que esta sea de utilidad práctica a los compañeros estudiantes, ya que son ellos los lectores más inquisitivos y exigentes que existen, además que contribuya en algo a las múltiples incógnitas que nos plantean nuestros maestros y los pacientes en la práctica diaria, espero que la forma sencilla de tratar el tema sea práctico. Lo dejo a juicio y criterio del H. jurado, así

como de maestros y de ustedes compañeros estudiantes de odontología.

La evolución del hombre en sus distintos aspectos es - cada día más apegada a la realidad, a lo que más nos interesa y por eso creo conveniente de que este trabajo adolesca de capítulos dedicados a temas que no tienen una utilidad en el conocimiento de los principios básicos en cirugía bucal para el dentista en su práctica diaria.

El escribir sobre historia de la cirugía bucal, instrumental quirúrgico, reconocimiento y tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal, diagnóstico bucal, mobiliario, - cubículos, etc., etc., carece absolutamente de criterio y desentido común, hasta que se sabe que nos lo proporcionan como apoyo en las materias de la misma carrera en la Facultad, así como también lo ejercitamos en la práctica diaria de nuestra profesión y la observamos.

Tengo un enorme respeto por los pioneros de la cirugía bucal, por sus observaciones, por sus experimentos, por sus técnicas, y por lo que hayan aportado a la misma cirugía, pero pienso que es de más utilidad conocer y poder contar con un criterio bien establecido e insistir siempre en la importancia que representa un buen interrogatorio en el estudio de nuestros pacientes, por esta razón debemos de insistir en la forma de obtener una buena historia clínica a través del interrogatorio. Cuando se conjunta con la exploración física, el interrogatorio permitirá tener una impresión bastante exacta de las causas posibles de cualquier enfermedad de la cavidad bucal.

Se puede perpetuar y rendirles homenajes a los nombres de quienes hayan aportado sus conocimientos, sus observaciones, sus experiencias, sus ideas, inclusive que hayan dado su propia vida por dedicarse a la cirugía bucal. Les deberemos bastante, por lo que hicieron y por lo que dieron a la medicina, a la odontología, etc., estos datos podemos encontrarlos y leerlos en sus biografías, en los libros dedicados a la historia de la cirugía bucal, y por tal motivo no escribo datos históricos, preferible ser más parco, e ir a lo que nos interesa que son los conocimientos de la cirugía bucal para el dentista en su práctica diaria y considero que los enunciados en que he sintetizado mi tesis se los podrá proporcionar.

## C A P I T U L O   I .

### HISTORIA CLINICA.

1. Relación dentista-paciente.
2. Interrogatorio odontológico.
3. Diagnóstico en odontología.
4. Responsabilidad del C.D. en el diagnóstico.
5. Exploración Física.
6. Antecedentes hereditarios y familiares.
7. Antecedentes personales NO patológicos.
8. Antecedentes personales patológicos.
9. Antecedentes odontológicos.
10. Padecimiento actual.

### HISTORIA CLINICA.

Es documento, donde se anota toda la información que se recibe del paciente, debiendo esta, constituir un registro cronológico del desarrollo de los síntomas, desde su nacimiento hasta el momento en que se presenta al C.D.

Acudimos al C.D. porque deseamos que nos examine la boca, por que sabemos que estamos padeciendo de alguna molestia en la cavidad bucal o en sus regiones, o porque tenemos una variedad de temores que nos afligen. Le consultamos por sensaciones y acontecimientos anormales o desagradables que sentimos en la boca. Estos son los síntomas que alteran el bienestar o la armonía. Las enfermedades y los padecimientos nos causan trastornos en el funcionamiento o en la estructura y estos son los signos.

Los síntomas que son subjetivos los describe el paciente o se obtienen por medio del interrogatorio.

Los signos en cambio, son objetivos y los descubre el-

C.D. mediante el examen físico, del laboratorio o a través de los rayos X, por medio de radiografías.

A través de los síntomas y de los signos que el paciente refiere y con el interrogatorio a base de preguntas que el mismo C.D. le va haciendo al paciente y anotándolas en la hoja personal, es así como se va elaborando la historia clínica odontológica personal. Una de las características que distinguen al C.D. es la capacidad que tiene de buscar síntomas y adjudicarlos casi con exactitud a un cuadro nosológico dado, -- llegar al diagnóstico y al pronóstico, así como instituir un tratamiento adecuado e indicado para cada paciente en particular.

En la historia clínica no únicamente basaremos o enfocaremos nuestra atención a la cavidad bucal y al padecimiento que lo aqueja no solamente al relato de la enfermedad actual o al padecimiento momentáneo, sino también a enfermedades padecidas, lesiones o intervenciones quirúrgicas pasadas, todas las cuales tienen un nexo con el padecimiento actual.

En la historia clínica, el paciente deberá suministrar los datos de mayor importancia que el C.D. le solicite, estableciendo una relación con la molestia que lo aqueja, una enfermedad o un padecimiento bucal, deberá el C.D. inquirir en el motivo que obligó al paciente a solicitar una consulta, ya que muchos no reconocen una razón válida tan simple como vengo a que me haga un chequeo, o que me revise mis dientes, estas razones no deben aceptarse, porque en un interrogatorio más detallado revelará que el motivo principal de dicho chequeo o de la simple revisión de los dientes o de la boca, fue la aparición reciente de un dolor indefinido, o de algún otro síntoma o signo que impulsó al paciente a adelantar la visita al C.D. y las causas principales que obligaron a asistir a una consulta dental de emergencia.

Existen diversas formas de historias clínicas, pero todas están encaminadas hacia la misma finalidad, que es la obtención de datos que el paciente refiere al C.D. y este en un momento dado, tiene las suficientes bases para apoyarse en el diagnóstico y precisar un buen tratamiento. Los mayores datos los encontramos en la historia clínica que se va elaborando cuando se le pregunta al paciente en un momento dado.

### 1. RELACION DENTISTA-PACIENTE.

La relación dentista-paciente es uno de los más importantes factores, al interrogar a un paciente, ya que debe establecerse una confianza y respeto mutuo entre ambos, es la base primordial para la elaboración de una buena historia clínica.

**HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA.****DATOS PERSONALES.**

REG. No. \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE. \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO. \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL. \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_ Z.P. \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONYUGE \_\_\_\_\_ VIVE SI O NO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ VIVE SI O NO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ VIVE SI O NO \_\_\_\_\_

SI HA FALLECIDO DE QUE FALLECIO \_\_\_\_\_

EN CASO DE GRAVEDAD AVISAR A: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_ Z.P. \_\_\_\_\_

PERSONA RESPOSANBLE ECONOMICAMENTE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ COL. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MUJER CONTESTE LO SIGUIENTE:**

No. DE HIJOS. \_\_\_\_\_ VIVOS \_\_\_\_\_ MUERTOS \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_

CESAREAS \_\_\_\_\_ OTRAS OPERACIONES \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES PADECIDAS \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA \_\_\_\_\_

ENVIADO POR EL DR. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ESPONTANEO \_\_\_\_\_ PRIMERA VEZ \_\_\_\_\_ AMBULATORIO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL C.D. QUE LO ATIENDE.

nica. La forma en que se aborda al paciente no solo determinará la cantidad de datos que nos proporcione, sino las de mayor importancia, puede hasta en ciertos momentos modificar la precisión de dichos datos. Si el paciente recibe y percibe una actitud de sinceridad, integridad e interés por parte de su dentista, el paciente sentirá la libertad de confiarle todo lo referente a su salud, sin importarle lo íntimo o personal que pudiera ser.

El C.D. no debe exteriorizarse en juicios morales que puedan ejercer efecto alguno en los actos y actitudes del paciente, no debe profundizarse en el origen de sus sentimientos e ideas, DEBE SER MORAL, al establecer la relación dentista-paciente o no estableciéndola, explicará el porque se podrá realizar una historia clínica concisa, precisa e importante.

Conocer los detalles de todos los antecedentes de un paciente no necesariamente significa comprenderlos, la comunicación eficaz de estos antecedentes hacia el médico y el C.D. son la clave para establecer una relación óptima. Existen muchos factores intangibles de enorme importancia que participen en el logro de una buena relación entre profesionalista y paciente, incluyendo el aspecto general, un trato amable y considerando una actitud profesional, así como una modestia. Un C.D. negligente en su aspecto, limpieza y atuendos personales, difícilmente puede despertar respeto de sus pacientes, estos, con facilidad sospecharán y a veces acertarán en que el C.D. que los está atendiendo o examinando puede ser por igual, descuidado en su diagnóstico y en su tratamiento, el paciente es tan buen conocedor que en raras ocasiones se equivoca, el nos situa desde la primera entrevista en un recipiente de cristal, que desde cualquier punto de vista que nos vea, desde ese mismo ángulo nos critica y nos encuentra defectos, tales como el no comunicarnos perfectamente ante él, así como el pararnos frente a la unidad o a él en mala posición, al no saludarlo, al preguntarle mal o en doble sentido, al conducirnos y no se diga al vestir, etc., etc. El paciente es muy sensible a dichos atributos, él se tranquilizará y cobrará confianza cuando es atendido por un C.D. limpio, afeitado y cuyos modales sean cordiales y afables.

Muchos pacientes reaccionan de diferente manera, principalmente cuando están enfermos, unos muestran tensión, ansiedad, apatía, pero el elemento común en la preocupación o el miedo. No debemos olvidar nunca la situación del paciente, ESTA ENFERMO. No sabemos nada en la forma en que lo está, ni de la gravedad de su malestar, esto mismo intensifica su temor, está temeroso de si mismo, para empeorar las cosas, casi

no advierte la importancia de muchos detalles que el C.D. le pregunta. El paciente encuentra tranquilidad y confianza en un C.D. que le comprenda junto con su dolor y sus problemas.

Es muy difícil definir la actitud profesional, ya que es una parte integral de la personalidad de cada quién, algunos la tenemos, otros, nunca la obtenemos, pero sí se puede cultivar dicha actitud profesional, incluye muchos aspectos positivos que en circunstancias óptimas, debieran ser desarrolladas en un alto grado de la preparación de todo profesionista, en esto se puede incluir la madurez física y mental, la seriedad, la fuerza de carácter, la amabilidad, la honestidad y otras, que por la suma de estas características constituyen la verdadera actitud profesional, esencial para que la relación dentista-paciente sea desarrollada adecuadamente. Todo C.D. debe ganarse la confianza de su paciente, el simple hecho de colocarle la mano sobre su hombro, ejerce un efecto --- tranquilizante y más si es un paciente aprensivo, esto constituye el inicio de una relación cordial y amistosa. Este hecho es ampliamente conocido y reconocido por muchos médicos especialistas como los psicólogos, neurólogos, psiquiatras, etc., inclusive dentro de la misma amistad produce efectos emocionales y hasta tranquilizantes.

## 2. INTERROGATORIO ODONTOLÓGICO.

El llegar a realizar un buen interrogatorio es un verdadero arte, que requiere una capacidad de percepción y un cierto grado de intuición. Es considerado al interrogatorio o odontológico como una conversación profesional planeado y que le da derecho al paciente de comunicar al C.D. sus síntomas, sus sensaciones y muchas veces hasta sus temores, para que el C.D. pueda establecer la naturaleza real o posible de su padecimiento. Para realizar un interrogatorio odontológico provechoso es necesario que el C.D. muestre cierto interés y --- preste atención a lo que el paciente le relata. Suele dar muy buenos resultados el imaginarnos en el lugar del paciente y tratar de actuar como él. El tono de voz en que se le pregunte debe ser suave y amable, además debemos hacerlo sentir que somos su amigo y que nos interesa y preocupa su padecimiento.

Cuando un paciente solicita una cita médica dental, no siempre es por lo que padece, sino por lo que él cree padecer, y en el diálogo que se establece, paciente-dentista, es posible que se conozca la etiología de este autodiagnóstico y que por fortuna los mayores temores que el paciente sentía, casi nunca se realizan.

El interrogatorio odontológico no únicamente consta de

una lista de síntomas y de signos, expresados por el paciente, eso nos ayuda a formarnos una idea de que él paciente puede - en ese momento tener un malestar, todos estos datos no son suficientes. Todo C.D. debe tener en cuenta que cada paciente - que acude al consultorio es un examen que se realiza, por eso debemos saber escuchar y saber preguntar, así como observar - los rasgos característicos de cada paciente en el relato de - su interrogatorio.

El método para interrogar, debe tener la sencillez en sus términos, para que pueda entenderse con claridad y eficacia, el C.D. deberá contar con toda la buena disposición y -- ser él, el que realice dicho interrogatorio, nunca dejárselo a la asistente dental, o a la secretaria recepcionista, ya -- que pueden preguntar y anotar datos que no se relacionen directamente con el problema. Muchos pacientes advierten cuando el C.D. tiene prisa para concluir la entrevista y como consecuencia puede no dar toda la información necesaria que se requiere.

El ambiente del consultorio, lo advierte el paciente, - desde el momento en que este se presenta al mismo, debe de haber un ambiente de tranquilidad, que le de confianza para ello, lo ideal es realizar el interrogatorio en un cubículo -- privado con muebles y decoración distinto al del cubículo dental, donde C.D. y paciente se encuentren cómodos, sentados uno frente al otro, sin ruidos de air rotor o de instrumental-médico dental. Todos los pacientes suelen ser muy observadores y juzgan tanto a la decoración, el alumbrado, el personal que labora, así como al mismo dentista. Muchas veces prefiere estar sólo ante el C.D. y realizar un interrogatorio voluntario, generalmente es superior al que se realiza cuando hay al quien delante del paciente, por que permite relatar con libertad al paciente toda la historia de su padecimiento, en el -- cual enumera en forma cronológica la serie de fenómenos relacionados con su queja, es en esta fase cuando no se le debe - interrumpir, con otro tipo de preguntas, salvo si es absolutamente necesario e indispensable.

### 3. DIAGNOSTICO EN ODONTOLOGIA.

La palabra diagnóstico se refiere a la identificación de la enfermedad y dícese de los síntomas y signos que permiten reconocer a las enfermedades, ya que es la base y guía de una adecuada planeación terapéutica. Su importancia fundamental es conocer y utilizar acertadamente los medios de diagnóstico, pues sin un diagnóstico preciso no es posible instituir un tratamiento racional.

El C.D., cuyo interés se concentra anatómicamente en -

la cavidad bucal y en los órganos que contiene o que la rodean debe ser capaz de establecer un diagnóstico acertado y seguro en esta región e inclusive frente a casos de patología médica.

¿Qué es lo que denota un síntoma dado realmente? El C. D. debe conocer a fondo las manifestaciones bucales, así como la sintomatología de enfermedades de la cavidad bucal que son contagiosas, para poder comunicarle con certeza y precisión al paciente sobre su padecimiento, debe saber todos los aspectos que caracterizan a los síntomas y su desarrollo, para poder llegar a un diagnóstico exacto sobre el o los padecimientos que aquejan al sujeto.

El C.D. suele atender a intervalos regulares a pacientes ambulatorios que no sufren de enfermedades agudas, motivo por el cual, llegan al consultorio por síntomas de procesos degenerativos comunes, carencias nutritivas y afecciones del metabolismo que la vía por la que penetran siempre será la cavidad bucal, de aquí que el diagnóstico precoz recae sobre el C.D. en las enfermedades de la economía. Mediante la observación en la práctica diaria, es como pueden identificarse síntomas y signos tempranos de enfermedades, así también con la elaboración de preguntas encaminadas hacia el resultado de un buen diagnóstico. Así puede asumirse un papel preponderante en el diagnóstico temprano del cancer bucal y sugerir visitas de revisión periódica, inclusive en la misma Facultad de Odontología existe un área en la sección de estudios superiores, para la detección del cancer bucal. No debemos olvidar que existen más enfermos en la vía pública que en un nosocomio y algunos de estos, suelen acudir a nosotros en busca de los servicios profesionales que ofrecemos.

Al observar las manifestaciones bucales de enfermedades generales, los puntos de vista del C.D. y del médico general pueden diferir con alguna frecuencia. El C.D. encuentra lesiones bucales en individuos que no acusan molestia alguna, a diferencia de los pacientes cuya enfermedad los obliga a consultar a un médico general, sin embargo, estos casos asintomáticos pueden presentar las primeras manifestaciones de alguna enfermedad general, cuyo diagnóstico temprano o un aviso ocasional y asentado en la historia clínica por el C.D., permitirá que al médico general que lo está atendiendo pueda aplicar un tratamiento adecuado y eficaz.

EL DIAGNOSTICO BUCAL EN ODONTOLOGIA ES EL ARTE DE UTILIZAR LOS CONOCIMIENTOS CIENTIFICOS PARA IDENTIFICAR LOS PROCESOS PATOLOGICOS BUCALES Y PODERLOS DIFERENCIAR DE OTROS O DE OTRAS ENFERMEDADES.

#### 4. RESPONSABILIDAD DEL C.D. EN EL DIAGNOSTICO.

Todos los C.D. tenemos una triple responsabilidad.

- 1) Establecer el diagnóstico odontológico acertado.
- 2) Tratar el padecimiento o enfermedad.
- 3) Mitigar los temores y ansiedad del paciente.

Es responsabilidad de todo C.D. encargarse de diagnosticar y conocer bien las enfermedades end degeneraciones, así como las anomalías existentes en los tejidos dentarios duros y blandos, de los tejidos de sostén, padecimientos que se limitan a los labios, la lengua, mucosa bucal, glándulas salivales, carrillos, piso de boca, lesiones en la cavidad bucal, saber distinguir las crepitaciones cuando existan fracturas. Debemos conocer también las manifestaciones bucales y la sintomatología de las enfermedades contagiosas, se debe establecer el diagnóstico y hacerlo por escrito o escribirlo en la historia clínica. No se debe instituir tratamientos sin mirar dentro de la cavidad bucal, así pueda tratarse de un dolor de alguna pieza dentaria, en si se debe conocer el presente y pasado de la cavidad bucal.

Dentro de las responsabilidades está el uso adecuado y moderado de los rayos X, ya que permiten reconocer la profundidad del hueso, signos de infección, abscesos que puedan ser dafinos, caries que a simple vista la imaginamos, pero no los vemos.

Existen procesos degenerativos que no podemos observar los y de ahí que debemos saber que ordenar o que tipo de radiografías se necesitan, para poder diagnosticar y saber con precisión el motivo de la degeneración o enfermedad. Es responsabilidad saber diferenciar una anomalía de una enfermedad, así como detectarla a tiempo. La veracidad y acierto con que se transmita al paciente la verdad de su malestar o enfermedad, dependerá de los estudios que realicemos, debiendo haber agotado todos los medios posibles de diagnóstico, EL DIAGNOSTICO PRECOZ RECAE SOBRE EL C.D. EN LAS ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL.

Recordemos a nuestros pacientes que el hábito de una buena limpieza y visitas periódicas con su dentista, lo alejarán de posibles enfermedades bucales y tal vez generales.

#### 5. EXPLORACION FISICA.

Los procedimientos básicos que se utilizan para una exploración física en la cavidad bucal son los siguientes:

1. **INSPECCION.**- Es el examen visual de la cavidad bucal y regiones vecinas a ella, para realizarla es esencial la posición correcta del paciente en el sillón dental, la iluminación correcta de la lámpara de la unidad, así como la ayuda del espejo dental.

2. **PALPACION.**- Es la acción que por medio del sentido del tacto, exploramos la cavidad bucal y al contacto con una superficie nos permite comprobar si está húmeda o seca, si es lisa o rugosa, incluso sentir la temperatura de la misma. El uso regular de la palpación durante la exploración física con tribuye a adquirir experiencia con respecto a los límites de normalidad, así que cuando se encuentra una anomalía, de la superficie, consistencia, tamaño, coloración, colocación, libertad de movimientos u otras sensaciones, revelarán la naturaleza de la misma.

3. **AUSCULTACION.**- Es la acción para escuchar sonidos normales o patológicos a través del oído o con ayuda del estetoscopio. El ruido sonoro obtenido por la percusión en una pieza dentaria puede denotar anquilosis, mientras que el ruido sordo indica a menudo flojedad de la misma.

4. **PERCUSION.** Esta es una prueba o método de diagnóstico, que consiste en golpear levemente las piezas dentarias con el fin de determinar los sonidos que producen, así como el grado de resistencia que soportan al percutirlos. Por lo general la fuerza de percusión se ejerce en dirección del eje longitudinal de las piezas. Si el origen de la molestia radica en las fibras de la membrana periodontal, periapicales o gingivales, la percusión provocará respuesta dolorosa y así las fibras propioceptivas ayudan a localizar el dolor. Las piezas dentarias con pulpitis dolorosa son sensibles a la percusión. Las restauraciones altas, tratamientos ortodónticos, gingivitis, periodontitis, bolsas parodontales, abscesos, etc. son sensibles a la percusión, lo mismo las piezas dentarias que tengan movimiento. A este tipo de exploración también se le conoce con el nombre de exploración armada.

5. **OLFACION.**- La característica de esta prueba es el saber diagnosticar, cuando existe halitosis, que esta puede ser el inicio de diagnosticar que nuestro paciente padece en fermedades del hígado o de diabetes, u otros olores donde se diagnostique una posible infección, etc.

**ANAMNESIS.**- Son los antecedentes patológicos que el paciente relata en el transcurso de su interrogatorio.

**SINTOMAS Y SIGNOS SUBJETIVOS.**- Son los que narra o conoce el paciente como son el dolor, hinchazón, náuseas, hemo-

rragia, vómito, cefalea, etc.

**DATOS OBJETIVOS.**- Son los descubiertos por el C.D. al observar por primera vez la cavidad bucal, así se presentan como el cambio de coloración en las piezas dentarias, en los tejidos blandos, la consistencia anormal en alguna región, etcétera.

**AYUDA TECNICA.**- Es el instrumental técnico utilizado en la ayuda para el diagnóstico, son las radiografías, parodontómetro, etc.

Dentro de las especialidades de la odontología, existen procedimientos para la exploración física de la cavidad bucal, que se complementan con métodos especiales para tener un diagnóstico acertado. Así podemos mencionar a la transiluminación la fluorescencia, los vitalómetros, probadores eléctricos unipolares de alta frecuencia, pruebas en frío, etc.

## 6. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Los antecedentes hereditarios y familiares son importantes en toda historia clínica, porque permiten obtener la información necesaria, acerca de las enfermedades transmisibles o que tienden a ser focos de infección en toda una familia. Estos factores tienen un papel importante en la etiología de algunas enfermedades, mismas que han sido reconocidas y aceptadas por todos los investigadores de algunas de ellas. El interrogatorio de los antecedentes hereditarios familiares, se orienta a precisar la salud de los pacientes del enfermo. En los antecedentes hereditarios y familiares anotaremos lo siguiente: Nombre del padre y de la madre, su edad, en que trabajan, si han fallecido se anotará de que fue. Si tienen hermanos, su edad, cuantos viven y si han fallecido se anotará la causa principal del deceso. En el caso de la tuberculosis, fiebre reumática, migraña, hemofilia, diabetes sacarina, trastornos psiquiátricos o neuróticos, ciertas variedades de cáncer, hipertensión, discrasias sanguíneas, gota, obesidad, trastornos alérgicos se aceptan con cierta reserva ya que se tiene una base firme para obtener información acerca de los antecedentes familiares en relación con otras muchas enfermedades o alteraciones.

El carácter hereditario de la enfermedad puede ser revelado por el paciente si se le pregunta con cierta cautela. ¿Qué otros miembros de su familia han sufrido o sufren una enfermedad semejante a la suya? Las enfermedades hereditarias son comunes en el sistema nervioso y es clásica la naturaleza hereditaria de las hemofilias y la diabetes.



## 6. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Esta información respecto al paciente es esencial y de be incluir lo siguiente:

Se le pregunta al paciente y se anota lo más importante.

Higiene general, alimentación -----  
 desayuno, comida y cena, cantidades -  
 de líquidos ingeridos, así como la -  
 calidad de los alimentos, refrescos -  
 o comidas entre comida y comida, lugar -  
 de residencia, escolaridad, ocupación -  
 anterior, actual, deportes --  
 que se practican, tabaquismo, cuántos, -  
 alcoholismo, en que cantidad, -  
 otras toxicomanías, inmunizaciones -  
 recibidas, inmunizaciones al nacer, -  
 Antivaricelosa, B, C, G, antipoliomielítica, -  
 D, P, T, otras pruebas inmunológicas, -  
 tuberculina, diftérica, -  
 micótica, etc. \_\_\_\_\_

Se incluye la fecha de la entrevista inicial y de cada una de las sucesivas, es importante anotar cualquier padecimiento no patológico, porque algunas enfermedades muestran mayor tendencia a aparecer según el sexo, la ocupación, la edad, el medio, etc.

## 8. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

La revisión detallada tiene bastante utilidad, porque varias enfermedades se caracterizan por tener una fase aguda, que únicamente cede sólo para dar paso a secuelas graves en años ulteriores. Los antecedentes patológicos incluyan revisión de todas las enfermedades, métodos quirúrgicos y lesiones sufridas. Todas las indicaciones que el paciente haga de sus enfermedades deben ser anotadas, valoradas y esclarecidas de la mejor forma. Como por ejemplo el antecedente de la fiebre reumática, amigdalitis recurrente o la escarlatina sufrida durante la niñez, puede explicar la insuficiencia cardiaca congestiva en etapas ulteriores, como resultado de haber sufrido alguna de estas enfermedades durante la niñez. Cada enfermedad que se sufrió en la etapa de la niñez, deberá ser registrada de manera específica, señalando la fecha en que ocurrió, las complicaciones importantes, secuelas que haya dejado, inclusive preguntar la medicación que tuvo. Se consideran como antecedentes personales patológicos:

Fiebre eruptiva, escarlatina, tuberculosis, paludismo, reumatismo, infecciones intestinales, parasitosis, hemorragias, (epistaxis, hemoptisis hematesis, rectorragias, melenas), ictericia, diabetes, crisis convulsivas, neurológicas y psiquiátricas, alergias, sífilis, enfermedades venereas, flebitis, infartos, accidentes vasculares, cerebrales, amigdalitis, otitis, adenopatías, úlceras, en intervenciones quirúrgicas, transfusiones, traumatismos, (lugar y fecha), ginecológicos y obstétricos, número de embarazos, peso de los productos, abortos, partos prematuros, mortinatos, embarazos múltiples, toxemias gravidicas.

#### 9. ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS.

Los síntomas particulares de la cavidad bucal incluyen lo siguiente, que deberá ser asentado.

Dolor en las encías, piezas dentales, lengua, piso de boca, carrillos, paladar, disfagia, cambio de voz, coloración, anomalías, etc.

Y es preferible que el paciente describa con detalles lo que le sucede y prestar atención a los matices en sus palabras empleadas y de la expresión en su cara, ya que es posible formarse así una idea bastante acertada de la importancia que el paciente adscribe a un buen tratamiento. El mismo nos relatará o rehusará hablar de su dentista anterior. Debemos prestar atención a la opinión que tiene de su dentista anterior, para que así sepamos cómo actuar delante de él.

#### 10.- PADECIMIENTO ACTUAL.

Motivo de la consulta.- La obtención de datos que suministra el paciente es una laboriosa tarea y de una buena práctica psicológica. Consiste en pedirle que sea él y que con sus propias palabras relate su padecimiento actual, exige paciencia y perseverancia, ya que con gentileza y comprensión se hace que el paciente relate una descripción espontánea y verdadera de su padecimiento, que no este matizada por lo que

a juicio del C.D. deberá tener formuladas sus preguntas de tal modo, que el paciente brinde la información necesaria y no simplemente acepte contestaciones de un sí o de un no dudoso. Algunos pacientes se inclinan a contestar sí a cualquier pregunta por el deseo de agradar, en cambio encuentran facilidad a contestar un no a casi todo, por que desconocen o no saben y están esperando a que sea el C.D. quien llegue a definir su malestar. Deberá suministrar el paciente la información que se le solicita para precisar los factores que desencadenaron el dolor.

Los detalles del padecimiento actual deben ser completos ya que constituyen la historia clínica de esta, los síntomas del paciente, representan la suma de sus experiencias subjetivas incluyendo sus reacciones emocionales y debe ser una elaboración organizada y seriada de su problema. Tomar los datos de esta parte, entraña la investigación meticulosa de cada síntoma, desde su comienzo hasta el momento en que el paciente acude o está frente al C.D. Habitualmente registra uno en términos no técnicos y una vez terminado el problema principal se procede a afinar sus características.

Fecha del comienzo, carácter del trastorno, forma del comienzo, evolución y duración, situación, relación con otros síntomas, funciones, exacerbaciones, efecto del tratamiento.

Dentro de lo posible no debemos interrumpir al paciente, debemos evitar preguntas tendenciosas, no debemos subrayar errores por la utilización de ciertos términos técnicos o en la interpretación de ciertos síntomas durante el interrogatorio. Si el paciente suspende repentinamente su relato, bastará relatarle la última frase para que continúe. Las razones que tenga el paciente para buscar tratamiento odontológico y los detalles del caso, pueden parecer fáciles de obtener, muchas veces comprender el verdadero problema no radica tanto en lo que el paciente dice, sino en la forma en que lo manifiesta o lo dice.

En el padecimiento actual podremos asentar si es paciente enviado por algún otro dentista o si es espontáneo. Podemos dividir en tres incisos y anotar lo más necesario e importante.

- 1.- CUADRO CLINICO INICIAL,  
FECHA DE COMIENZO.  
CAUSA APARENTE.  
DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS SINTOMAS.
- 2.- EVOLUCION DE CADA UNO DE LOS SINTOMAS.

3.- ESTADO ACTUAL DE LOS SINTOMAS,

---

Nombre y firma del médico que  
elaboró la historia  
clínica.

## C A P I T U L O    I I .

### PREOPERATORIO.

1. Terapéutica antibiótica.
2. Profilaxis en cirugía bucal.

Medicación pre-anestésica y pre-operatoria.

**Pre-operatorio.**- Es todo aquello que antecede al acto quirúrgico y comienza desde el momento en que se plantea la posibilidad de recurrir a la terapéutica quirúrgica, como medio de mejorar al paciente. La finalidad que se persigue con el pre-operatorio es disponer al paciente para la intervención y que llegue al quirófano en el mejor estado físico y psicológico posible, para que pueda soportar y cooperar mejor en la intervención a que será sometido, debemos mitigar sus molestias y su ansiedad facilitándole una magnífica atención.

Todo paciente, antes de cualquier intervención quirúrgica necesita someterse a una preparación previa, para poder determinarle si la intervención será realizada con el máximo de precauciones posibles. En este estadio se efectúa una valoración clínica e integral del paciente que es complementado con estudios, análisis de laboratorio y de gabinete. La preparación previa a la cirugía y la asistencia médica durante y después de ella significa, frecuentemente, la diferencia que existe entre el éxito y el fracaso.

Quando la intervención es programada nos conduciremos a una buena elaboración de diagnóstico, a un plan de tratamiento a seguir, a la valoración del riesgo quirúrgico y a la preparación física y psicológica del paciente, ya que la intervención quirúrgica es la parte culminante de la experiencia para el paciente y para el C.D.

Si la intervención es de emergencia, sus estudios y análisis serán realizados de inmediato o en el transoperatorio, todos los estudios realizados, nos conducen a tener una mayor protección y una seguridad, de que la intervención será realizada con un mínimo de peligros y en caso contrario, poder tomar las medidas necesarias a fin de eliminar algún contratiempo que pudiese presentarse.

Aunque es motivo de estudio, en materias propedeúticas, recordaremos aquí los lineamientos generales de la historia clínica, es frecuente que en el pre-operatorio se olviden tomar los pulsos periféricos.

Los análisis de laboratorio que se consideran rutinarios son:

- 1) Determinación del grupo sanguíneo y factor R.H.
- 2) Biometría hemática. Requerimientos mínimos de hematocrito, hemoglobina en gramos por ciento, fórmula blanca, plaquetas, leucocitos, anormales.
- 3) Química sanguínea, incluyendo glucosa, urea y creatinina.
- 4) Examen general de orina en el que se consideran mínimos, dosificación de glucosa, proteínas y citobacterioscópico del sedimento urinario.
- 5) Tiempo de sangrado, coagulación y protombina.

Dentro de los estudios y exámenes de gabinete, es indispensable para todos los pacientes, tomarles una radiografía en postero anterior para poder descartar padecimientos pulmonares inadvertidos, en pacientes de más de 40 años de edad, también deberán hacerse un estudio electrocardiográfico, y así descartar la presencia de padecimientos coronarios.

Las cifras de normalidad nos dan patrones ya establecidos de acuerdo a la técnica con que sean realizados y del laboratorio donde se realicen. Así por ejemplo en un examen general de orina, nos indicará la existencia de elementos normales ya sea en la albumina, en la glucosa o en la urea, etc., forzosamente el paciente necesitará un tratamiento previo a la intervención.

"LO PRIMERO ES SALVAR LA VIDA, LO SEGUNDO ES SALVAR EL ORGANOS Y EN TERCER LUGAR ES SALVAR SU FUNCION".

Es evidente que en muchos casos se recurrirá a estudios y análisis complementarios y consultas especializadas que por su diversidad escapan a cualquier intento de clasificación.

"EL C.D. DEBERA EMPLEAR TODA SU CAPACIDAD PARA IMPEDIR LOS PELIGROS DE UN ESTUDIO INCOMPLETO Y TODO SU CRITERIO PARA EVITAR UN ESTUDIO EXHAUSTIVO E INUTIL".

Hecho el diagnóstico, se plantea la necesidad de su manejo, si este requiere un procedimiento quirúrgico se debe de determinar la naturaleza de la intervención requerida y posibles variantes. Si el efectuar la intervención quirúrgica propuesta, significa un factor determinante para la vida o función normal del paciente, se le llama "Intervención quirúrgica necesaria", si por el contrario, se puede escoger la alterativa de no efectuarla, aunque esto dejará una lesión funcional o estética tolerada voluntariamente por el paciente se le llama "Cirugía de elección o electiva", en cuanto al tiempo, la indicación puede ser "URGENTE o NO URGENTE", esta denominación depende del modo como el tiempo afecte la evolución natural del padecimiento a tratar. La cirugía no urgente se le llama también "PROGRAMADA" cuando una vez indicada la terapéutica se puede proceder a preparar al paciente con el tiempo deseado.

En pacientes ambulatorios es difícil la preparación y la más de las veces innecesaria, si acaso se le pueden administrar serán algunos sedantes, no es recomendable la administración de purgantes o de irritantes gástricos si la intervención es extrabucal debe de rasurarse la piel, después con un apósito con alcohol se hará una esterilización de la región por intervenir, pudiendo llegar hasta la coloración con alguna tintura o con merthiolate. Si la intervención es intrabucal se efectuará el debido tratamiento higiénico con colutorios a base de soluciones débiles de peróxido de hidrógeno. La cavidad bucal en buen estado higiénico es el mejor resguardo contra las complicaciones de las vías respiratorias por aspiración - sobre todo cuando hay anestesia general.

El paciente y la persona legalmente responsable debe de estar informado en torno a la naturaleza de la intervención que se realizará, sobre el riesgo quirúrgico que representa y sus resultados probables. Todo paciente que va a ser intervenido tiene cierto grado de temor y de ansiedad, esto con diferentes manifestaciones naturales, que dependiendo de su personalidad psíquica y de la magnitud del estímulo, se controlan estos grados habituales de ansiedad con la comunicación cordial entre el paciente y el C.D.

Dependiendo de la urgencia del caso y de las circunstancias en que se encuentre, es como se toman en cuenta los trastornos, los cuales deben de ser tratados y preparados antes de toda intervención y estos son:

- a) La obstrucción respiratoria.
- b) La hemorragia.
- c) El shock.
- d) El dolor.
- e) La infección.

a) La obstrucción respiratoria.- Esta puede deberse a la presencia de coágulos o de ciertos cuerpos extraños en la cavidad bucal, como los son las prótesis, restos alimenticios en la orofaringe, etc., cuando la intervención es programada el paciente ya está advertido de que se le retirarán las prótesis y postizos que utilice, no deberá utilizar cosméticos, no usar esmalte en las uñas, no usar alhajas y debe mantener las vías permeables. Cuando la intervención es de urgencia, también se le retirará las prótesis y los postizos que utilice. Si tiene cosméticos y esmalte en las uñas este deberá removersele.

b) La hemorragia.- En las intervenciones de la cavidad bucal, siempre implica la pérdida importante de sangre o de otros líquidos y es necesario que se requiera la instalación previa de un tubo de polietileno en la luz de una vena, en los miembros superiores, de esta manera se asegura la posibilidad de restituir rápidamente el volumen sanguíneo perdido.

Existen hemorragias capilares y venosas, las cuales pueden ser controladas por un taponamiento o ejerciendo cierta presión en donde se localice la salida. Cuando la coloración de la sangre es oscura, debemos de tener un cuidado especial, porque eso nos indica que hay peligro. Las hemorragias arteriales pueden controlarse por presión digital, ejercida en el vaso afectado, como suele ocurrir con la arteria facial, cuando esta arteria es la afectada debe comprimirse en la cara externa del cuerpo mandibular, o contra la arcada por delante de la inserción del pabellón auricular. Cuando es la arteria lingual está se comprime con el dedo índice y el pulgar introduciendo el dedo índice lateralmente y por debajo de la lengua, colocando los dedos en la región suprahioides.

La hemorragia deberá controlarse por cualquier medio adecuado, en casos de fractura esta deberá inmovilizar a la región o extremidad fracturada para suprimir un poco el dolor, se tendrá un succionador, ya que es frecuente que vomite.

Las transfusiones son la mejor medida terapéutica contra la pérdida del volumen sanguíneo. Las hemorragias pueden

ocasionar trastornos y complicaciones si no se reconocen antes de cualquier intervención. Debemos de tener en cuenta que los pacientes enfermos del hígado tienen propensión de hemorragias, principalmente los cirróticos crónicos, los nefropatías con uremia, de leucemia, los que padecen de escorbuto, de ictericia producida por deficiencia vitamínica K, debida a la carencia de sales biliares, pacientes que padecen de púrpura trombocitopénica que es originada por deficiencia de trombocitos, y los que padecen de hipertensión.

El efecto que producen los antibióticos en estos pacientes principalmente en la flora intestinal ocasiona deficiencias de vitamina K. Es necesario que la historia clínica del paciente quede bien clara y con letras mayúsculas que es HEMOFILICO.

c) El shock.- El shock es un colapso circulatorio que se precipita por la pérdida de sangre y la eliminación brusca del exceso de bióxido de carbono.

También se puede denominar como un síndrome de presión que se caracteriza por la caída de la tensión arterial. Cuando esta alteración se prolonga sin corrección, es probable que el paciente entre en un cuadro de shock, es decir, rompe la relación existente entre el continente o lecho vascular y el volumen en el contenido.

El shock puede presentarse después de padecer un traumatismo, alguna quemadura, hemorragias copiosas, deshidrataciones, infecciones de suma virulencia o por una medicación excesiva intoxicación, después de alguna intervención laboriosa y tardada. La causa principal es la circulación deficiente, bien por la causa de la reducción del volumen de sangre circulante o aumento de la circulación capilar.

La reducción del volumen sanguíneo puede ser debida a una hemorragia (merma la sangre), una quemadura (merma el plasma) una deshidratación (merma el agua y cristaloides) y los primeros síntomas del shock son la reducción de la presión sistólica y la reducción del oxígeno en la sangre venosa.

Tanto el shock hemorrágico como el traumático son considerados como hipovolémicos. Este shock resulta de la pérdida más de la tercera parte de su volumen sanguíneo normal, vale la pena recordar que un hombre normal tiene un volumen circulante de 75 a 80 centímetros cúbicos de sangre por kilo gramo de peso, con sus variantes y con un hematocrito de 45 cuando sobreviene el shock, las reservas se agotan y se reduce la capacidad de la transportación de oxígeno y los teji-

dos caen en hipoxia.

Deben tenerse en cuenta los signos y síntomas siguientes: El paciente se ve pálido, cianótico, su pulso es rápido y débil, su respiración es superficial y hay signos de deshidratación, el examen de los tegumentos nos demostrará que es tan frios y húmedos, el paciente acusa náusea y vómito, se ve cansado o fatigado por el metabolismo anaerobio, existe hipoxia cerebral por la postración, el gasto cardiaco disminuye, lo cual se manifiesta indirectamente por taquicardia y disminución de la presión venosa, posteriormente cae la presión arterial, la oliguria o anuria, es debido a la vasoconstricción visceral que compromete a los riñones, la acidosis se presenta con un pH cercano a 7.30, la sangre venosa desaturada y presenta cifras menores al 70%.

En el caso de shock, deberán seguirse las siguientes indicaciones:

- 1.- Controlar el sangrado quirúrgico (hemostasia).
- 2.- Restituir el volumen con transfusiones.
- 3.- Posición correcta del paciente. Situar al paciente con la espalda paralela al piso y levantarle las extremidades inferiores hacia la pared, a unos 39 grados y con la cabeza vuelta hacia un lado, manteniéndole abrigado. La posición de trandelemburg es inadecuada porque no permite la buena ventilación pulmonar al llevar el diafragma hacia arriba y disminuir la capacidad del torax, además eleva la presión venosa en el territorio cerebral e impide el flujo arteriolar.
- 4.- Controlar constantemente los signos vitales.
- 5.- Controlar la temperatura, habitualmente el paciente se pone hipotérmico y es necesario abrigarlo.
- 6.- Controlar el desequilibrio ácido.básico, para ello debe de administrarse soluciones amortiguadoras, por perfusión endovenosa, la más usada es el bicarbonato de sodio en solución al 7.5% o con lactato de sodio al 1.6%.
- 7.- Prevenir la insuficiencia renal aguda, esto se consigue manteniendo al paciente en buenas condiciones de hidratación, con la cifra de T. A. arriba de 90 mm de Hg y la administración de algún diurético osmótico.

d) El dolor:- Al dolor se le considera como un sufrimiento físico o mental, como una impresión sobre los nervios sensoriales que provoca molestias, es difícil de definir y de describir al dolor, ya que constituye la experiencia subjetiva de evaluación más ardua. Representa una sensación muy desagradable para prácticamente todo el mundo. En el dolor se distinguen dos aspectos:

- 1.- La percepción del dolor, y

## 2.- La reacción al mismo.

La reacción a los estímulos dolorosos cambia considerablemente de persona a persona, la intensidad del dolor sólo puede establecerse mediante una estrecha vigilancia del paciente, ejercida por un clínico experimentado. Los estímulos dolorosos pueden deberse a varias causas, los factores físicos o químicos que actúan directamente sobre las terminaciones nerviosas o los troncos nerviosos pueden producir dolor. También puede haber dolor originado en los plexos nerviosos que rodean a los principales vasos, los estímulos de este tipo pueden acompañarse de otras manifestaciones, como la sudoración y la alteración rápida de la circulación cutánea. También pueden ser originados los estímulos dolorosos por enfermedades intracraneales.

El dolor en la cavidad bucal o en sus alrededores parece ser más personal que el dolor en cualquier otra parte del cuerpo.

Al dolor se le considera como una urgencia y su tratamiento se ve desde el punto de vista sistemático, así como desde el punto de vista de urgencia. Cuando el dolor es de carácter de urgencia y que se presenta principalmente en el consultorio dental es por alguna infección, trauma o algún trastorno de la articulación temporomandibular, u oclusal, y la primera consideración en el control del dolor es eliminar la causa que origina la molestia o instituir medidas terapéuticas generales y locales, después se emplean analgésicos con la gravedad o intensidad del dolor.

El control del dolor leve o moderado en el caso de urgencia, dolor espontáneo, dolor postoperatorio, puede ser controlado generalmente con aspirina 10 gs c/4 h., con acetaminofen u otros analgésicos de mayor potencia, también es recomendable en el postoperatorio la utilización de hielo o con compresas húmedas en agua fría.

e) La infección.- Es la presencia de agentes biológicos patógenos en la cavidad bucal, transitoria o permanente.

Respuesta a la infección.- Las infecciones bacterianas producen varios tipos de lesiones y las más características son:

1.- Inflamación piógena aguda, en las que las células del exudado son neutrófilos, cuando la infección progresa, se presenta la necrosis del tejido y la de las células del exudado, con formación de pus. De ahí que el destino de la colección purulenta sea la encapsulación y se forme el absceso, o bien su pase al torrente circulatorio produciendo una

septicemia. Los gérmenes gram positivos que producen la inflamación piógena son los estafilococos, estreptococos, neumococos, meningococos y gonococos, algunos gram negativos como la *Escherichia proteus* y *Pseudomonas*.

2.- **Inflamación crónica** que se caracteriza por infecciones como la tuberculosis, sífilis, lepra y muchas micosis purulentas y crónicas.

Aunque los cultivos de infecciones en la cavidad bucal se identifican con frecuencia como estreptococos no hemolíticos, pueden existir también estreptococos anaerobios que tienden a destruir tejidos así como también puede haber basilos fusiformes y espiroquetas, algunos de estos organismos son cultivados por infecciones periodontales, estomatitis ulcerativa, de alveolos y abscesos alveolares.

La infección puede afectar otras estructuras, como por ejemplo la extensión de una infección hacia piso de boca puede originar la angina de Ludwig, mientras que una pieza dentaria con un absceso apical puede ser causa de ostiomielitis aguda, los desplazamientos de apices de terceros molares inferiores puede predisponer a una diseminación de la infección a espacios faciales del cuello, la infección surgida en el maxilar superior puede penetrar al plexo venoso pterigoideo hasta seno cavernoso, provocando una trombosis del seno cavernoso, posteriormente una septicemia y por último una meningitis o absceso cerebral.

La infección puede ser producida por la contaminación del instrumental utilizado en pacientes infectados o infecciosos y no haberlo esterilizado adecuadamente. Puede ser que la mayoría de los pacientes que recurren al C.D. en solitud de tratamiento, padezcan una infección y esta puede ser la causa principal de alguna enfermedad o padecimiento complicado en la cavidad bucal.

Dependiendo del tipo de infección que haya, es lo que puede ocasionar, por ejemplo algunas infecciones ocasionan necrosis y gangrena, como el noma, otras originan reacciones granulomatosas proliferantes como la tuberculosis, la sífilis. Debemos saber si la infección curará espontáneamente o con ayuda medicamentosa, o si es necesario del tratamiento quirúrgico.

Los síntomas generales de la infección se caracterizan por: hinchazón, dolor, trismus, fiebre y malestar general.

A los pacientes que tiene que realizarse una intervención, desde la evacuación de abscesos extirpación de tejido enfermo, o de algún secuestro, reducción de fracturas infec-

tadas, tumores, etc., se debe de prescribir la quimioterapia con antibióticos tales como la penicilina, eritromicina, tetramicina, lincomicina, neomicina, etc. Pero antes de prescribirse o de administrarse cualquier antibiótico, debemos hacer el estudio bacteriológico, pues solo son eficaces contra microorganismos susceptibles al antibiótico respectivo, es preciso conocer sus limitaciones de estos medicamentos, así como sus peligros en la administración.

Cuando hay señales graves de infección, generalmente son abortadas si son reconocidas oportunamente y su tratamiento es enérgico además debemos de administrar antibiótico junto con medidas de apoyo como son el descanso, una nutrición adecuada y balanceada, una hidratación para restituir los líquidos perdidos, una eliminación o drenaje de la infección, cuando esta es localizada para que no queden restos de ella y pueda proliferar.

#### 1. TERAPEUTICA ANTIBIOTICA.

Terapéutica.- Es la parte de la medicina que enseña el modo de tratar las enfermedades con la ayuda de los antibióticos.

En cirugía bucal, es fundamental la terapéutica antibiótica, para el control de posibles infecciones en el tratamiento local de apoyo. La decisión de usar antibióticos debe basarse en la necesidad establecida por estas drogas.

Antibiótico.- Es una sustancia química derivada o producida por microorganismos vivos que tienen la capacidad de inhibir el desarrollo o de destruir bacterias y otros microorganismos.

Para seleccionar el antibiótico que debemos de usar antes y después de una intervención quirúrgica, es menester saber que la mayor parte de las bacterias que causan infección dental se encuentran en todo el espectro antibacteriano de la penicilina. En la cirugía bucal se puede intervenir de diferentes maneras, utilizando un mínimo de droga por lo general, cuanto mayor es la habilidad del C.D. operador, tanto menor es la necesidad de usar medicamentos o antibióticos. Muchas veces el uso apropiado de medicamentos permite al C.D. prestar más y mejores servicios. En odontología general y especialmente en cirugía bucal, debemos tener conocimiento de como tratar las enfermedades de la cavidad bucal, con la ayuda de antibióticos, analgésicos, tranquilizantes, sedantes, etc., y no hacer uso indiscriminado e inadecuado de estos medicamentos.

La discusión sobre el uso de antibióticos en cirugía -

bucal así como su empleo, sus indicaciones y contraindicaciones, casi siempre termina en un punto muerto, muchos profesionistas defienden con mucho entusiasmo el uso rutinario -- que les ha dado la práctica diaria en el consultorio dental, mientras que otros los condenan por que aumenta la resistencia bacteriana, así como las reacciones alérgicas y tóxicas.

La presentación de alguno de los tratamientos medicamentosos utilizados en el consultorio dental, son variadísimos y muchos de los fármacos producen efectos colaterales indeseables e incluso graves. Es preciso que quienes prescriben un fármaco, conozcamos el modo de acción, sus efectos colaterales y saber tratarlos, saber sus indicaciones y contraindicaciones al respecto, así como las drogas que contrarrestan sus efectos.

El fármaco nunca sustituye la técnica quirúrgica adecuada e indicada. Lo ideal sería que produjeran el efecto deseado sin causar daño alguno, esto dependerá del diagnóstico preciso, del conocimiento de la farmacología, de las drogas utilizadas, así como sus efectos.

Algunos tipos de toxicidad que presentan los antibióticos.

1. ANAFILAXIA. Shock o colapso cardiovascular agudo.
2. ALERGIA SIMPLE. Edemas, erupciones, urticaria.
3. ALTERACIONES AUDITIVAS. Lesión del VIII par y nervio coclear.
4. REACCIONES HEMATOPOYETICAS. Anemia aplástica.
5. REACCIONES RENALES Y HEPATICAS. Lesión tubular renal y necrosis hepática.
6. SUPER INFECCION. Modificación de la flora bacteriana normal, cambios degenerativos en la mucosa intestinal, desarrollo exagerado de hongos, diarreas crónicas o persistentes.

Los antibióticos que se utilizan en cirugía bucal y -- que ofrecen mayor seguridad a nuestros pacientes son:

La utilización de la penicilina, ya que en bajas concentraciones es bacteriostática y en cantidades mayores es bactericida.

Las penicilinas antiestafilocócicas son mucho más tóxicas que los otros derivados, estos efectos se observan principalmente a nivel renal y a veces en médula ósea, aunque la droga puede ocasionar trastornos gastrointestinales, su espectro limitado impide que sean tan desastrosas como las que a veces producen los antibióticos de amplio espectro de acti

vidad. Dependiendo del tipo de enfermedad que padezca el paciente, es el tipo de antibiótico que debemos prescribirle. En la práctica odontológica, el empleo de antibióticos, no debe de limitarse a las infecciones de la cavidad bucal y sus partes adyacentes. A una gran cantidad de C.D. resulta difícil entrever el peligro potencial y la perspectiva muy real de un desenlace trágico por procedimientos odontológicos relativamente sencillos que se realizan en un paciente con antecedentes de lesiones cardíacas, en pacientes reumáticos o portadores de una cardiopatía congénita, las bacterias circulantes en la sangre, pueden alojarse en alguna de las válvulas cardíacas lesionadas, o en alguna otra parte del endocardio por la irregular superficie en coliflor que presenta en estos sitios del tejido cicatrizal. La posible diseminación de las bacterias o bacteremia por transitoria que esta sea, constituye una fuerte amenaza de endocarditis bacteriana, considerándose a esta como una infección potente, con consecuencias fatales ya que muchas de las veces no responde a dosis masivas de antibióticos.

Estudios recientes confirman que en procedimientos de cirugía bucal, granulomas, hamangionas, tumores, extirpación de piezas retenidas o incluidas, terceros molares, quistes, extracciones dentales e intervenciones en tejidos periodontales, siempre ocasionan una bacteremia transitoria, vuelvo a repetir, que en pacientes cardiopáticos se debe emplear antibiótico, cuando se realice una intervención por pequeña que esta sea, ya que así podemos reducir una probable endocarditis bacteriana o reducir su magnitud o duración en el supuesto caso de que ocurriese y eliminar las posibles bacterias que pudiesen implantarse en las válvulas cardíacas, antes de que se forme una vegetación. La droga de elección es la penicilina, aunque los antibióticos de amplio espectro pueden reducir la bacteremia, no eliminarán las implantaciones bacterianas iniciales, motivo por el cual no se les prescribe ni recomienda.

## 2. PROFILAXIS EN CIRUGIA BUCAL.

Profilaxis.- Es el conjunto de medidas preventivas por medios físicos, químicos y biológicos hacia una enfermedad o epidemia. Es la preservación de las enfermedades.

El realizar una intervención en la cavidad bucal, es considerada dentro de la cirugía bucal y es indispensable que al paciente cuando vaya a ser sometido a una intervención, le indiquemos que es necesario e indispensable que se someta a un tratamiento previo, consistente en una profilaxis, a base de medicamentos, para prevenir una posible infección.

La quimioprofilaxis en cirugía bucal a base de antibióticos es para prevenir una posible endocarditis bacteriana subaguda en pacientes con diversas enfermedades cardiovasculares, cardiopatías reumáticas y que son sometidos a procedimientos quirúrgicos y que además pueden provocar una bacteremia, es bien conocido.

La mayor parte de pacientes que presentan una infección en sus válvulas cardíacas, sufren de arterioesclerosis valvular, esto nos indica que los pacientes con alguna enfermedad en válvulas cardíacas, en especial los que presentan murmullos audibles, deben ser tenidos en cuenta desde el punto de vista de la profilaxis, sobre todo cuando vaya a realizarse una intervención quirúrgica en ellos. Los agentes quimioterápicos de empleo clínico, constituyen un excelente método de profilaxis en algunas infecciones, pero no en todas. La quimioprofilaxis se emplea con cuatro propósitos fundamentales que son:

1. Para proteger la salud de las personas, bien individualmente o por grupos, contra la invasión de determinados microorganismos.

2. Para evitar la infección bacteriana en personas que padecen enfermedades, en los cuales los agentes antimicrobianos no son efectivos.

3. Para reducir el riesgo de la infección en pacientes afectos a determinadas formas de enfermedades crónicas, y

4. Para inhibir la extensión de zonas de infección local o para evitar la infección general en personas que han estado sujetas a traumatismos accidentales o quirúrgicos.

Los experimentos que se han realizado con este fin, -- nos han demostrado cuando la quimoprofilaxis puede ser efectiva y cuando totalmente es ineficaz y de hecho incluso cuando puede ir acompañada de un aumento en riesgo de una infección. En general se acepta que cuando lo que se persigue es la anulación o evitar la aparición de un microorganismo específico, o cuando se trata de su rápida erradicación, mediante el empleo de un medicamento potente y único. Los resultados son muy satisfactorios, pero cuando el propósito es evitar la implantación de alguna bacteria que se encuentre en el medio ambiente interno o externo de un paciente, el resultado será el fracaso.

Existen dos problemas para el uso de antibióticos en la quimioprofilaxis:

- a) Usar el antibiótico que ha de destruir al microorga

nismo que produce la infección, y

b) Asegurar el acceso del antibiótico al microorganismo o productor de la infección en el organismo.

Los principales casos en que el tratamiento quimioproláctico es de suma utilidad es:

1. Intervenciones quirúrgicas, traumatismos o accidentes graves en la cavidad bucal, es en estos casos cuando el C.D. debe de intervenir quirúrgicamente bajo la protección de un antibiótico. Dice FLEMING "Se debe actuar bajo una cortina de penicilina".

2. En la prevención de infecciones secundarias en pacientes predispuestos por un padecimiento crónico. Por ejemplo en pacientes afectados de lesiones valvulares o cardíacas, o reumáticos en donde pueda desarrollarse una bacteremia sub aguda.

3. En infecciones agudas virales y graves, influenza epidémica con el fin de impedir infecciones bacterianas secundarias.

El problema de asegurar el acceso del antibiótico al microorganismo infeccioso es de suma importancia por que los antibióticos son substancias químicas difusibles que "NO PUEDEN VOLAR" o "SALTAR", ya que no es lo mismo un estado séptico, donde es fácil destruir a las bacterias en la sangre y tejidos blandos que no ofrezcan obstáculo a la llegada de la droga, ya sea administrada por vía parenteral o bucal, -- que la presencia del bacilo tuberculoso en una masa gaseosa, o un absceso lleno de elementos piógenos y rodeado de una capa que impida el acceso del antibiótico y que además se difunda mal en ese medio.

Es en este y en muchos casos similares donde el absceso debe ser abierto quirúrgicamente o inyectar el antibiótico directamente en el seno del mismo para que pueda ser eficaz. Cuantos más antibióticos se usen, menos útiles se vuelven, ya que la frecuencia de la resistencia bacteriana aumenta proporcionalmente. No deben suministrarse los mismos antibióticos para gérmenes y enfermedades en que su acción es inefectiva, como sucede en el caso de un virus verdadero. Es inútil administrar antibiótico sistémico en presencia de colecciones purulentas, si no se recurre al drenaje quirúrgico del mismo. Los antibióticos son agentes terapéuticos de extraordinario valor, pero ejercen efectos colaterales y dan lugar a reacciones alérgicas que es preciso tomar en cuenta, cuando se prescriben estos agentes. Los efectos colaterales posibles comprenden reacciones leves o graves como es el tipo de una estomatitis medicamentosa, las reacciones menores.

se suelen presentar con urticaria, edema angioneurótico, estomatitis, dermatitis y con trastornos intestinales.

Los principales peligros de la terapéutica antibiótica son las reacciones anafilácticas agudas, que se observan fundamentalmente con el uso de la penicilina, en ocasiones la administración de estreptomina se acompaña de lesiones neurológicas degenerativas y se observa alguna neutropenia maligna después de usar la cloromicetina. La aparición de reacciones adversas y que pueden ser graves con sus consecuencias tales como:

1. Reacciones tóxicas por dosis excesiva del antibiótico.- La toxicidad directa por este exceso son las más raras por que los antibióticos son drogas poco tóxicas.

2. Reacciones de sensibilización alérgica.- Son comunes especialmente en el caso de la penicilina con producción de erupciones cutáneas, abscesos asmáticos y aún el shock anafiláctico que puede ser letal.

3. Reacciones por infecciones sobreagregadas o superinfección.- Es importante la producción de infecciones sobreagregadas o sea la producción de una superinfección que se desarrolla por la supresión de los gérmenes sensibles y el desarrollo excesivo de los microorganismos resistentes a los antibióticos o bien de gérmenes no susceptibles a ellos.

Estos fenómenos se presentan especialmente con la administración de antibióticos de amplio espectro como lo son el uso de la tetraciclina y el clorafenicol que en la cavidad bucal no deben de prescribirse comunmente a menos que el antibiograma así nos lo indique.

La quimioprofilaxis en pacientes hemofílicos debe de representar un esfuerzo conjunto por parte del médico general y el C.D. principalmente con el hematólogo encargado de la atención médica de la hemofilia del paciente. Con estos tipos de pacientes la cirugía debe de llevarse a cabo en un hospital. La hemorragia es una de las manifestaciones más comunes de padecimientos en la cavidad bucal y es importantísimo dentro de la terapéutica antibiótica y profiláctica dentro de la cirugía.

### 3. MEDICACION PRE-ANESTESICA Y PRE-OPERATORIA.

Todo paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica bucal, necesita recibir una medicación pre-anestésica y pre-operatoria adecuada, incluso cuando sea una intervención de emergencia. Por lo general los pacientes que han-

de intervenirse son personas que deben hospitalizarse. Al paciente se le solicitan una serie de estudios, análisis, biopsias, radiografías, etc., y estos deben de aparecer en su expediente con los resultados obtenidos. Es necesario e indispensable tener como norma, revisar la historia clínica junto con los resultados obtenidos, antes de la intervención, incluso debemos de preguntarle al paciente su nombre y que nos diga de que se le va a intervenir y cerciorarnos perfectamente para que la intervención sea exitosa. Esto se realiza con la finalidad de que tomemos en cuenta cualquier aviso o nota particular que aparezca anotado en la historia clínica.

Los objetivos de la medicación pre-anestésica y pre-operatoria son tres:

1. Disminuir la aprensión y producir un estado de sedación.
2. Reducir ciertos reflejos, y
3. Proporcionar una anestesia a los pacientes que tienen dolor y que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica bucal, la cual es dolorosa.

El paciente la noche anterior debió haber dormido con mucha tranquilidad y esto se logra proporcionándole algún sedante, este sedante inclusive puede administrarse una hora antes de la intervención, o cuando menos al ser llevado al quirófano, el sedante será el que mejor convenga, a todos los pacientes en cualquier tipo de anestesia que se elija, deberán administrarse un antisialagogo principalmente, la atropina. Dependiendo de la hora en que se vaya a realizar la intervención, es necesario que a nuestro paciente le sea vaciada la vejiga antes de la intervención, se le despojará también de todo lo postizo y si es mujer el pelo deberá de recojersele y cubrirsele con un gorro.

El propósito es de que el paciente llegue al quirófano sin ansiedad, ni temor y si fuera posible que llegara con alguna ligera euforia, debemos reducir las necesidades metabólicas, induciendo a la amnesia, disminuirémos las secreciones del tracto respiratorio y de las mucosas orales, de los reflejos del sistema nervioso autónomo y contrarrestaremos las manifestaciones tóxicas de los anestésicos, debemos de mantener al mínimo los vómitos, nauseas postanestésicas.

La importancia en el planeamiento de la medicación pre-anestésica y pre-operatoria para cirugía bucal, tiene muchos factores que hay que considerar, al escoger el método que más nos convenga, el tipo de intervención que se va a realizar,-

la duración de la misma y la salud general del paciente post operatorio.

#### Algunas Indicaciones Para el Paciente.

a) AYUNO. El paciente deberá llegar al quirófano con el estómago vacío, este ayuno se inicia cuando menos 4 horas antes de la intervención. En los casos de urgencia se practica succión gástrica y se hace lavado de estómago si es posible, debemos ver que no esté deshidratado.

b) ASEO GENERAL. De preferencia el paciente deberá tomar un baño de regadera poco antes de la intervención.

c) PREPARACION DE LA REGION. La región por operarse así como las circundantes, deberán rasurarse, lavarse enérgicamente y aplicar un antiséptico a la piel.

d) PRESENTACION DEL PACIENTE. El paciente deberá despojarse de toda su ropa, prendas y postizos para llegar al quirófano con un camión amplio de algodón.

La utilización de tranquilizantes y sedantes deberá darse al paciente, cuando las manifestaciones nerviosas sean perceptibles por nosotros mismos, o que el mismo paciente nos lo comunique que es o que está nervioso, que está angustiado y que de verdad necesite el tranquilizante.

Las funciones que realiza el tranquilizante son:

Debilita la percepción de los estímulos externos, las reacciones a los mismos estímulos que disminuya la actividad cerebral espontánea, sin impedirle que realice sus funciones y labores cotidianas; técnica simplificada para premedicar, permite obtener una sedación efectiva en cirugía bucal, reduciendo la respuesta frente a todo estímulo desagradable, que esté tranquilo, sin ansiedad e indiferente. Algunas drogas se caracterizan por reducir al mínimo las secreciones del aparato respiratorio y potencializan a la anestesia.

La vía que se prefiere es la intramuscular, porque la absorción es más rápida y se le considera más previsible que en la administración oral, sin embargo, la administración oral es menos peligrosa, más conveniente y económica.

Los tranquilizantes producen psicosedación e implican una depresión del sistema nervioso central actuando en múltiples sitios del mismo SNC. Producen actividad antipruriginosa, antiemética, antihistamínica, antiserotonínica, potenciación adrenérgica y analgésica, controlan espasmos y convulsiones, esta acción farmacológica es un requisito esencial pa

ra calificar a cualquier droga como premedicamento, hay muchos pacientes que manifiestan cierto grado de aprehensión - antes o durante la intervención, de ahí que no todos son can-  
didatos a la psicosedación.

Principalmente figuran como medicamentos pre-anestésicos, los derivados de las fenotiacinas, como el fenergan (clorhidrato de prometacina), Sparina (promacina), Cloropromacina (Thorazine), Librium (clorhidrato de clordiazepóxido), Valium (diazepan), Oxazepan (serax). La utilización de estos tranquilizantes en cirugía bucal es más aceptable, porque actúan contra la ansiedad y tienen acción relajante de múscu-  
los esqueléticos de tipo central. No presentan efectos secun-  
darios extrapiramidales o neurovegetativos de importancia, sus efectos adversos incluyen la somnolencia, ataxia, síncope y nauseas.

Todos los fármacos o medicamentos que se utilizan en cirugía bucal, como pre-medicación son para lograr la sedación, inhibir la agresividad, la hostilidad, el nerviosismo o con ellos lograr su reducción, al administrarse alguna su-  
tancia depresora, los efectos sucesivos se dividen en tres periodos, cada uno de los cuales puede confundirse de manera imperceptible con el siguiente.

El uso de hipnóticos origina un estado que se asemeja con el sueño natural, la acción de alguno de ellos es la de inducir al sueño, la de otros es la de mantener la somnolencia. La dosificación elevada puede llegar a producir anestesia y estado de coma mortal. Cuando alguien cae en coma por dosis excesiva de hipnóticos, es difícil sacarle por completo, ya que su pulso es lento y débil, su respiración se inhi-  
be, los reflejos periféricos están disminuidos, el paciente responde a los estímulos dolorosos, el sueño puede prolongar se hasta por 15 horas, pero cuando despierta, su estado es similar al que le sigue a una borrachera por bebidas alcohólicas, con nauseas, vómitos, cefaleas, confusiones y vértigos.

**NARCOTICOS.**- Actúan de una manera en que al paciente se le hace sentir indiferente al dolor, a la disnea, o al peligro. Pero en dosis excesivas es peligroso porque puede llegar a producir sueño, estupor o coma.

**ANALETICOS.**- Son los medicamentos que favorecen la desaparición de los efectos que producen los narcóticos y los hipnóticos.

En el uso de medicamentos pre-anestésicos y pre-operativos, el método es más elástico que perfecto, porque ofre-

ce un catálogo que sirve de guía para seleccionar las drogas según sea la necesidad específica. Debemos tener cuidado al recetar principalmente en el pre-anestésico.

En cirugía bucal es conveniente recurrir a una sedación liviana, en donde el paciente permanezca consciente y conserve sus reflejos intactos. La vía de administración es la oral la más recomendable, porque el paciente mantiene despejada la vía aérea, sus respuestas a preguntas son racionales, así como, su comportamiento en algunas indicaciones o en algunas ordenes, es aceptable.

La psicosedación que se obtiene por inhalación a través del óxido nitroso y oxígeno es importante coadyuvante para controlar la ansiedad del paciente consciente, esto se consigue por los efectos que se suscitan en el SNC por inhalación de cierta cantidad de óxido nitroso y oxígeno, ya que reduce la sensibilidad a los estímulos nocivos en un paciente consciente, no existe verdadera analgesia. Su administración debe hacerse por personas capacitadas en el manejo del óxido nitroso y del oxígeno.

## C A P I T U L O      I I I

### ANESTESIA.

1. Anestesia General.
2. Anestesia Local.

**ANESTESIA.**- Es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad.

**ANALGESIA.**- Es la supresión del dolor, conservando la conciencia.

Desde hace mucho tiempo, la anestesia ha prestado una valiosa ayuda en la práctica odontológica, ayuda que en los últimos años se ha multiplicado día a día, debido al advenimiento de nuevos anestésicos, de nuevas técnicas y sobre todo la preparación del personal idóneo en anestesiología, esto permite que el C.D. intervenga con mayor confianza y con la seguridad de haber anestesiado adecuadamente, anulando así la transmisión del dolor. Existen técnicas y métodos eficaces y que ayudan a resolver grandes problemas. En la actualidad, el campo de acción del C.D. es muy vasto, por que las intervenciones en que toma parte son muy importantes. El instrumental quirúrgico y las técnicas son tan adecuadas como las de cualquier especialidad médica quirúrgica, pero existe la imprescindible necesidad de conocer los métodos modernos sobre anestesia, (en cirugía bucal se necesita de un anestesiólogo especializado), aunque no sea el C.D. el que administre la anestesia, pero si debe saber las reacciones, precauciones y peligros que encierra la anestesia cuando se esta interviniendo.

La anestesia no únicamente tiene aplicación directa en cirugía bucal, también se le utiliza en odontología general, es decir, en exodoncia, endodoncia, parodoncia, prótesis par

cial fija y en pacientes que tienen problemas nerviosos, así permite al paciente una mayor colaboración y al C.D. lo deja actuar o intervenir con mayor confianza y seguridad. La supresión del dolor, una de las más altas conquistas de la humanidad, se logra por el empleo adecuado de la anestesia.

La posición que ocupa la anestesia dentro de la odontología en general, varía considerablemente, tanto para cada C.D. en particular, como para cada clínica, hospital y hasta para cada País.

El desarrollo de agentes que permiten efectuar intervenciones sin dolor, constituye un logro de la medicina, ya que los objetivos de la anestesia son más amplios que la simple supresión del dolor.

Los anestésicos han de lograr sueño, suprimir reflejos y lograr una buena relajación muscular, cualquier depresión-intensa del SNC que pueda lograr estos objetivos, resulta potencialmente peligrosa por que una extensión de sus reflejos hacia los centros bulbares, puede ser mortal.

#### 1. ANESTESIA GENERAL.

La anestesia general tiene una serie de indicaciones y de contraindicaciones interesantes, ya que en muchos países, es sistemática y rutinaria.

Las principales indicaciones son:

1. Intervenciones prolongadas o de larga duración.
2. Intervenciones traumáticas en las cuales la presencia de hemorragia es exhuberante y con fractura.
3. Pacientes niños en preparación de cavidades, extracciones múltiples, personas muy emotivas, excitables o nerviosas y en pacientes no cooperadores.
4. Traumatismos ocasionados por arma de fuego.
5. Pacientes con enfermedades asociadas u hospitalizadas y que requieren intervención.
6. Pacientes con trismus.

En las contraindicaciones encontramos que el C.D. debe equilibrar ya que él es el que dicta la norma a seguir en cada caso, sobre todo en la administración de la anestesia general, en consultorios privados, donde no se cuenta con lo necesario, o que no están debidamente equipados para algún -

inconveniente que pudiera presentarse.

Las contraindicaciones son:

1. Pacientes alcoholizados.
2. Enfermedades graves de la economía general.
3. Pacientes asmáticos crónicos.
4. Embarazo.
5. Senilidad avanzada.

Es necesario poder calcular el riesgo anestésico de todo paciente al ser intervenido. Cuando la intervención es programada, debemos de tener en cuenta una serie de requisitos pro-operatorios elaborados y anotados en su historia clínica, debemos hacer especial énfasis en el aparato cardiovascular, respiratorio, sistema nervioso, aparato urinario, hígado, endocrino, antecedentes de anestesia general o local anteriores, todo esto debe complementarse con los análisis de laboratorio que se juzgen pertinentes y necesarios. Cuando la intervención se presenta de inmediato como puede suceder en las fracturas, en traumatismos, trismus, etc., los análisis necesarios deben de hacerse al estar interviniendo para poder restituir de inmediato los factores que se hayan perdido. Teniendo estos datos, es como se valora el riesgo anestésico, el cual deberá ser conocido por el mismo paciente cuando este esté conciente, con el fin de contar con su debida autorización para así poder proceder hacia la intervención.

En la valoración del riesgo anestésico, cuando se utiliza la anestesia general, se desprende, que al consultorio acuden pacientes cuya salud es aparentemente buena, que no acusan patología asociada, es ahí donde se les plantea el uso de la anestesia general, cuando necesitan de una intervención cuyas indicaciones anteriormente se señalaron, existen pacientes que reaccionan de una manera diferente, hay quienes recuerdan que la anestesia general es con cloroformo y llegan a rechazarla, otros piensan que con un poco de gas o que con una inyección intravenosa resuelven su problema, pero ni uno ni otro conocen los riesgos y la responsabilidad del anestesiólogo, debemos considerar la doble responsabilidad del anestesiólogo en intervenciones quirúrgicas dentales, ya que la anestesia general altera la fisiología normal del paciente, alteraciones que pueden originar problemas serios inclusive accidentes graves, no así la intervención quirúrgica cuya alteración a la fisiología es casi nula.

En la preparación del paciente, este debe ser colocado en las mejores condiciones, para realizar con éxito la intervención. De los factores que debemos tomar en cuenta, para la preparación anestésica son:

1. AYUNO.- Este debe ser 3 horas antes de la intervención, porque el prolongar más el tiempo, ocasiona náuseas, vómitos, y mareos. Si se va a prolongar demasiado, es aconsejable el administrar una taza de té con bastante azúcar. --- Cuando la anestesia general es administrada de emergencia, deberá hacerse el lavado gástrico o bien hacer la intubación traqueal, a fin de evitar el vómito que este inundaría las vías aéreas.

2. La premedicación con sedantes es necesaria en todos los casos, aún en cirugía de urgencia. En pacientes con hipersecreción salival es aconsejable la administración de 20-gotas de atropina media hora antes de la intervención, la escopolamina y la atropina son drogas muy útiles, pues además de proteger al corazón de los reflejos vagales, dan cierta resequeadad a la boca, la premedicación no debe deprimir los centros respiratorios, no debe producir hipoxia y no debe mantener somnoliento al paciente todo el día.

3. Debe mantenerse en reposo al paciente en silencio y con su vejiga vacía, al entrar al quirófano, no deberá verse desplegado al instrumental.

Dentro de las condiciones que debe de requerir la anestesia general son ciertas características especiales:

1. No debe ser explosiva.

2. Debe ser rápida eliminación y pronta recuperación postanestésica.

3. Debe ser de intubación naso-traqueal, por que dá u na existencia de una vía de aire permeable al pulmón.

La recuperación de la anestesia debe ser lo más rápida posible y en un lugar apropiado con todos los cuidados posibles y medicamentos necesarios.

La ventaja de la anestesia general estriba en que el C.D. interviene en una forma más segura y rápida al paciente y no se le molesta tan frecuentemente.

Los accidentes de la anestesia general son inmediatos y mediatos, los inmediatos comprenden la asfixia, el shock, el síncope cardiaco o respiratorio, en los accidentes media-

tos se les llama a distancia y se presentan como su nombre - lo indica, lesiones a distancia sobre los centros nerviosos, así como al hígado, las lesiones cerebrales, unas pueden ser irreversibles y obedecen a la hipoxia o a la anoxia.

La analgesia inducida por inhalación de ciertos gases - es mediante un equipo especializado y es lo suficientemente importante para el anestesista y para el C.D. que interviene.

Los anestésicos utilizados en cirugía bucal, corresponden al anesthesiologo y no al C.D., pero creo que debemos saber cuales son los de mayor utilidad, sus aplicaciones y sus indicaciones.

Los gases que se utilizan por inhalación son:

1. Oxido nitroso.
2. Ciclopropano.
3. Etileno.

Los agentes por inhalación que son líquidos volátiles:

1. Eter etílico.
2. Eter dietílico (Venethene)
3. Tricloroetileno (trilene)
4. Halotano.
5. Metoxifluorano.
6. Fluroxeno (Fluoromar)
7. Cloroformo.
8. Cloruro de Etilo.

Los agentes utilizados por vía endovenosa son:

1. Tiopental sódico (pentotal).
2. Hidroxidiona (viadril).
3. Clorhidrato de quetamina.

OXIDO NITROSO.- No es un gas lo suficientemente poderoso para que produjera una anestesia quirúrgica, se le utili-

za en combinación con otras drogas, como son el Tiopental sódico, no existe depresión respiratoria, ni circularia, tan poco de funciones renales o hepáticas. No es explosivo, se a cerca al anestésico ideal, no produce una relajación completa, su potencia es poca.

**CICLOPROPANO.** Es un gas potente, la inducción se logra en uno o dos minutos, durante esta anestesia el pulso tiende a disminuirse, la resistencia periférica total se aumenta y el miocardio se encuentra deprimido, puede llegar a producir intensa depresión respiratoria, especialmente si se le combina con otros depresores respiratorios, como el tiopental sódico y también con los narcóticos. Tiene un olor peculiar. La relajación muscular esquelética es adecuada, no ejerce efectos sobre el hígado o el riñón, es explosivo y durante su recuperación produce náuseas y vómitos.

**ETER ETILICO.** Es irritante para la mucosa respiratoria. Las secreciones de las vías respiratorias están aumentadas por el eter etílico si no se utiliza atropina profilácticamente. La presión arterial, el pulso, y el ritmo cardiaco son normales durante los planos ligeros o moderados de la anestesia quirúrgica, la resistencia periférica total se encuentra disminuida, los músculos esqueléticos están bien relajados en los niveles profundos de la anestesia, es explosiva, las náuseas y vómitos son frecuentes durante la recuperación. Droga potente que produce inconciencia en 30 segundos.

**ETER DIETILICO.** (Vinethene). Es muy similar en sus efectos al éter etílico, difiere porque la inducción y la salida son muy breves, y tiene tendencia a lesionar al hígado, después de media de estar utilizándose esta anestesia, su utilización es gota a gota, raramente se le utiliza para períodos mayores de 10 o 15 minutos, produce daño serio al hígado y a los riñones, es explosivo a altas concentraciones.

**TRICLORO ETILENO.** (Trilene). Se le utiliza para producir anestesia completa, es uno de los anestésicos más poderosos pero también puede resultar peligroso, ya que es capaz de desencadenar arritmias cardíacas, incluso en concentraciones bajas, se conocen accidentes de paro cardíaco durante la fase de la analgesia, no lesiona al hígado ni a los riñones. En los niños su uso puede ocasionar convulsiones, se le puede usar sólo o en combinación con el óxido nítrico y el oxígeno, la taquipnea es otro efecto indeseable. No se recomienda su empleo.

**HALOTANO.** (Fluotane). Es el único agente que por vía inhalatoria es recomendable por ser potente, clínicamente es parecido al cloroformo, no es explosivo y relativamente seguro para la anestesia general, el hecho clínico importante es

que causa muy pocas nauseas y vómitos. El halotano reemplazó a muchos anestésicos por su potencia, no es tóxico, se conocen muy pocos casos de lesión hepática. Sus inconvenientes son el precio tan elevado a que se cotiza, la tendencia que tiene a deprimir la respiración y la circulación, así como el peligro de provocar insuficiencia hepática.

**METOXIFLUORANO.** Este anestésico se promovió por sus propiedades analgésicas, este vapor es muy poderoso, no es explosivo, ya que una presión de vapor resulta difícil de vaporizar, esto significa un factor de seguridad extraordinario, la inducción y la salida son muy lentas, suele utilizar se tiopental sódico para una inducción rápida y la anestesia debe de interrumpirse media hora antes de terminar la operación, lo más notable es la relajación muscular tan intensa que provoca con una anestesia ligera. La administración en pacientes que estén en tratamiento con tetraciclina puede llevar a la muerte por una insuficiencia renal.

**FLUOROXENO (Fluoromar).** Es un líquido volátil con poder anestésico similar al eter dietílico, es inflamable, no ha logrado empleo general, aunque algunos anestesiastas lo consideran útil, puede ser hepatotóxico.

**CLOROFORMO.** Esta droga es un anestésico poderoso, no es explosivo, de inducción y salida rápida, tiene tendencia a producir hipotensión arritmias y depresión circulatoria, no es irritante, para las vías respiratorias, se han señalado casos de grave lesión hepática, seguida de muerte, tiene cierta capacidad de lesionar al hígado y al riñón, motivo por el cual casi no se le utiliza.

#### Agentes que se utilizan por vía Endovenosa.

En la anestesia por vía endovenosa se emplean barbitúricos y los más usuales son:

**TIOPIENTAL SODICO. (Pentotal).** Es un poderoso anestésico endovenoso de acción rápida, que es total y rápidamente destruido por el organismo, está indicado en cirugía bucal, la inducción se logra en unos segundos, pero la salida puede ser muy lenta, en dosis elevadas origina depresión circulatoria, no origina lesión hepática o renal, en planos anestésicos muy profundos se obtiene relajación muscular esquelética, puede utilizarse en combinación con el óxido nítrico para intervenciones leves, ningún medicamento ha demostrado poseer ventajas suficientes sobre el tiopental sódico, está contraindicado en niños menores de 10 años y en los asmáticos crónicos por la acción simpaticomimética con el bronco -

espasmo consiguiente.

**HIDROXIDIONA (Viadril).** Es un esteroide sin efectos hormonales, (succinato sódico de 21 hidropregandiona) el sueño se produce muy lentamente y la acción analgésica es insuficiente, existe la tendencia a hipotensión y tromboflebitis, tiene muchos inconvenientes asociados, no ha sido muy aceptado en clínica.

**CHORHIDRATO DE QUETAMINA.** Anestésico endovenoso no barbitúrico, se le considera una anestesia disociativa con profunda analgesia en presencia de un sueño superficial. Este anestésico es el precursor de lo que se espera que sea una nueva categoría de anestésicos, prácticamente no se le considera como un verdadero anestésico por definición, su acción se caracteriza por un peculiar estado de inconsciencia en el que no se bloquea el impulso sensorial aferente a nivel de la médula espinal, los estímulos dolorosos, mantiene los ojos abiertos, pero está ajeno a lo que sucede.

El citar agentes anestésicos general precedidos de un breve comentario, es sólo para despertar el interés a quienes le interese la anestesiología en cirugía bucal, y no lo hago con la intención de sugerir el uso de algún anestésico general en particular. Algunos como el ciclopropano, el eter son demasiados riesgosos en el consultorio, otros como el cloroformo y el cloruro de etilo son demasiado peligrosos en todos los casos, excepto en urgencias extremas, el fluotano y los barbitúricos endovenosos son drogas potentes, las cuales deben ser administradas por personal altamente capacitado en el manejo de anestésicos o ser anesthesiólogos competentes, y titulados como tal.

## 2. ANESTESIA LOCAL.

A la anestesia local se le define como la supresión por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal, manteniéndose intacta la conciencia del paciente.

Esto se logra por distintos procedimientos, y sólo nos interesa el método que logra la anestesia por la inyección de sustancias químicas, las cuales al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas, anulan la transmisión del dolor a los centros superiores.

La posición que ocupa la anestesia local dentro de la cirugía bucal, varía considerablemente, así la anestesia por infiltración y la anestesia raquídea son las más usadas con relativa frecuencia, la anestesia local es la que menos dete

riora el estado del paciente. Los compuestos químicos utilizados para bloquear la conducción de impulsos nerviosos, actúan de acuerdo a principios similares. A bajas concentraciones, tienen la propiedad de hacer más lento el paso de iones que ocurre en condiciones normales a través de la membrana nerviosa durante la transmisión de potenciales de acción, e impidiéndole a concentraciones completamente altas.

Los anestésicos locales penetran con facilidad al SNC, administrados en dosis tóxicas, son capaces de dar origen a estados convulsivos, debido a la alteración de ciertos mecanismos nerviosos centrales.

La propiedad que tienen los anestésicos locales es la de bloquear la conducción de impulsos nerviosos. El efecto anestésico depende en gran parte del grado de vascularización en la región donde se inyecta, la reabsorción del mismo es lenta en el canal espinal, pero en la región mandibular, la rapidez de reabsorción es tal, que hay que combinarlo con un vasoconstrictor, para poder asegurar un periodo de latencia y duración lo suficientemente largo, así mismo, la velocidad de reabsorción en una misma región es diferente para cada sustancia en particular, debido a que estas alteran las condiciones circulatorias locales en grado diverso. Las fibras nerviosas son bloqueadas, se bloquean con mayor facilidad que las de mayor calibre, las funciones sensitivas (sensibilidad térmica o dolorosa desaparecen antes que la táctil), desaparecen antes que las motoras. Por lo tanto, para bloquear troncos nerviosos de gran calibre, se requiere un anestésico local con gran capacidad de penetración.

El efecto anestésico está determinado por la concentración del producto en el nervio.

La toxicidad de los anestésicos locales, como en el caso de cualquier otro medicamento, es analizado con respecto a su efecto. Este efecto tóxico se manifiesta principalmente sobre el SNC y cardiovascular. En anestesia por infiltración en los bloqueos nerviosos, la potencia de cada anestésico en particular, depende en gran parte de la velocidad con la cual esté se reabsorbe y en el lugar de la inyección.

La toxicidad es relativa, no es letal, ya que un anestésico local puede causar episodios más frecuentes y hasta más intensos que otros, pero no son tan peligrosos y letales como se suponen ciertos pacientes. La toxicidad por sobre dosis, consecuencia de un nivel sanguíneo suficientemente elevado, es para afectar los centros vitales, ya que se puede producir por inyecciones de volúmenes excesivos, de soluciones demasiado concentradas o de inyecciones demasiado rápidas.

das en zonas muy vascularizadas. Cuando un anestésico se administra rápidamente por vía endovenosa, el efecto tóxico -- que tiene sobre el SNC corresponde directamente a su actividad anestésica local, la cual puede determinarse sobre nervio aislado. Si la reabsorción es lenta, el papel que desempeña la velocidad de los procesos de dosificación será -- muy importante. Consecuentemente la lidocaina (xilocaina) cuya potencia es mayor que la de la prilocaina (citanest) y de la mepivacaina (carbocaina), produce con mayor facilidad complicaciones nerviosas centrales cuando se administra por vía endovenosa.

Los anestésicos locales pueden clasificarse según su composición química y su empleo en clínica. Las substancias con efecto anestésico local son ésteres de ácidos aromáticos que contienen habitualmente, un grupo amino y alcoholes aminoalifáticos. Los ácidos ortoamino paraamino y metaaminobenzoico, junto con los ésteres del ácido benzoico, son los compuestos predominantes. Estos ésteres de ácidos aromáticos -- son hidrolizados en el plasma o en el hígado por acción de las esterazas. Los derivados de la anilina como la lidocaina (xilocaina) dibucaina (nupercaina), mepivacaina (carbocaina), prilocaina (citanest), constituyen otro importante grupo de anestésicos locales que no se hidrolizan en el plasma ni en el hígado, sino que su metabolismo depende de la eliminación renal y de su redistribución hacia tejidos no sensibles.

La síntesis de nuevos compuestos anestésicos cumple -- con el fin de producir drogas cada vez más potentes y con menos índice de toxicidad local y general. En muchos casos el aumento de la potencia anestésica se acompaña con un aumento concomitante de toxicidad en el producto. Si en el cambio estructural del aumento de dicha potencia es responsable, también aumenta la velocidad de hidrólisis, entonces es posible que disminuya, simultáneamente la toxicidad del nuevo producto. Así se puede comprobar en el caso de la 2 cloroprocaina (mesacaine), es un fármaco 2 veces más potente que el de la procaina, pero menos tóxico, puesto que se hidrolizan 5 veces más rápido.

Como la anestesia local tiene como finalidad inhibir -- temporalmente la conducción nerviosa, su efecto depende de la velocidad con que penetra en el tronco o vaina nerviosa y la concentración suficiente.

Los anestésicos locales se agrupan de acuerdo con sus estructuras químicas, lo cual permite substituir un agente -- por otro. La utilización de anestésicos locales en cirugía -- bucal, está determinada por el tipo y duración de la intervención que se vaya a realizar.

La potencia de los anestésicos locales depende únicamente de su estructura química, mientras que la duración del efecto puede ser alterada, asociando drogas vasoconstrictoras. Esta combinación tiene un papel importante, a veces vital, porque todos los anestésicos locales, con la posible excepción de la lidocaina (xylocaina), mepivacaina (carbocaina) y la butetamina (monocaina), son vasodilatadores y como tales pasan rápidamente al torrente circulatorio.

Los anestésicos locales que mayor utilización tienen en cirugía bucal menor son los del grupo amídico o amidas.

1. Lidocaina (xylocaina)
2. Mepivacaina (carbocaina).
3. Prilocaina (Citanest).

1.- LIDOCAINA. (Xylocaina). Tiene una capacidad de penetración muy alta, ya que se considera un enérgico producto de anestesia local, su ventaja reside en la poca cantidad que se necesita para alcanzar grandes niveles anestésicos, su duración es muy potente y versátil, adecuado no solamente para la infiltración y bloqueo nervioso, sino también para la anestesia de superficie. Se le utiliza en concentraciones de 0.5 al 2%, la hay con vasoconstrictor y sin él, tiene una característica que lo distingue de otros anestésicos locales, con mucha frecuencia produce acción sedante, además de la anestesia local, es eficaz para la cirugía bucal menor, el comienzo de la anestesia después de la inyección es rápida.

2.- MEPIVACAINA. (Carbocaina). Es de inducción inmediata, es más corto dentro de los anestésicos locales utilizados en cirugía bucal menor y en odontología en general, su acción sobre nervio aislado es menor, pero su reabsorción es más lenta. La necesidad de usar vasoconstrictores es, por lo tanto, mucho menor que con la lidocaina, la duración promedio de la anestesia es de 3 hr. y media, se le considera una anestesia poderosa y con un excelente grado, así como con una profundidad óptima. Su tolerancia máxima no ocasiona irritación tisular ni reacciones generales, no se difunde en los tejidos, la duración de su acción es ligeramente mayor, no se metaboliza tan rápidamente como la prilocaina.

3.- PRILOCAINA (Citanest). Este anestésico es reabsorbido con mayor lentitud que la lidocaina, siendo por ello mucho menor su subordinación a la adición de vasoconstrictores. Debido a esta reabsorción más lenta, las estructuras nerviosas quedan mejor impregnadas por el anestésico, siendo su efecto in vivo, igual o mejor que el de la lidocaina. En-

nervio aislado tiene una toxicidad aguda menor sobre el SNC. Su administración por vía endovenosa alcanza concentraciones menores que las de la lidocaina debido a las diferencias de la distribución y captación periférica. La prilocaina es degradada por la acción de la amidasa, especialmente en el hígado, con una rapidez mucho mayor que la lidocaina o que la mepivacaina.

## C A P I T U L O   I V .

### TRANSOPERATORIO.

1. Tratamiento de la cavidad ósea.
2. Operación o intervención propiamente dicha.
3. Incisión.
4. Osteotomía.
5. Sutura.

**TRANSOPERATORIO.**- Se le denomina así al acto quirúrgico que se realiza en pacientes vivos, bajo anestesia general o local, e incluye desde la anestesia hasta que se retira el último punto de sutura.

Dependiendo del padecimiento que aqueje al paciente, a sí será la técnica a emplear para poder realizarla.

#### 1. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Algunas intervenciones requieren de un tratamiento especial o en particular, por muchas razones, tales como que el hueso esté afectado o porque la intervención así lo requiera y podamos evitar dolores o traumatismos postoperatorios.

El tratamiento de la cavidad ósea se lleva a cabo introduciendo medicamentos o efectuando un buen drenaje, colocar gasas para taponamiento, usar sustancias para obturación de cavidades óseas, etc.

El uso de los medicamentos en el tratamiento de cada a fección, así como la terapéutica especial a aplicarse en la cavidad bucal, es distinta, dependiendo del caso y del pa--

ciente a intervenirse. Los medicamentos que se utilizan para la alveolitis, los cementos quirúrgicos óseos, los lavajes-- de los alveólos, sustancias antisépticas o anestésicas, vaselinas, etc., son utilizadas en diferentes tipos de intervención quirúrgica bucal, así como la utilización de gasas impregnadas con distintos medicamentos y que tienen su utilización para taponar cavidades de distinto volumen. El uso del taponeamiento tiene dos funciones:

La primera es para evitar la entrada a la cavidad, de sustancias o cuerpos extraños y puedan llegar a infectar la cavidad, y la segunda es para prevenir la hemorragia y disminuir el dolor postoperatorio.

Drenaje.- Existen afecciones de la cavidad bucal que necesitan la comunicación ósea con el exterior y esta se lleva a cabo con drenajes de gasa o de goma.

El desarrollo de un método que permita que las heridas dejadas por las extracciones dentarias sean cerradas con seguridad, es una de las necesidades más importantes en cirugía bucal y debe tenerse en cuenta los factores siguientes:

1. A causa de que es difícil lograr y mantener una absoluta asepsia en los actos quirúrgicos en la cavidad bucal y se necesita un agente bactericida y bacteriostático.
2. Porque la hemorragia secundaria, aunque de ligera intensidad, es común durante las primeras 24 horas y tiene lugar a menudo después que desaparece el efecto hemostático de la anestesia, se necesita un agente hemostático local para prevenir la equimosis o hematomas.
3. Como prevención de la ruptura de un coágulo grande ya que este es un excelente medio de cultivo para el crecimiento bacteriano, debe lograrse un agente obturador de espacio.

## 2. OPERACION O INTERVENCION PROPIAMENTE DICHA.

Llamase así a la ejecución del tiempo objeto de la operación. Dependiendo de lo que se vaya a operar es la técnica que se seguirá. No enunciaré ninguna técnica en especial o en particular, sino únicamente los detalles más sobresalientes.

### Hemostasis.

En cualquier intervención bucal es necesario cohibir la hemorragia de los vasos seccionados, esta puede tener distintos orígenes y según sea el vaso seccionado, distinta se-

rá su importancia.

Los orígenes se refieren al tipo de tejido a que pertenecen los vasos heridos, la importancia radica en relación con la del vaso seccionado. Las hemorragias de pequeñas arterias o venas gingivales se cohiben fácilmente por presión, a dosando el colgajo o presionado de la zona sangrante con una torunda seca o impregnada de algún medicamento estíptico.

La hemostasis de vasos mayores se logra obturando con un instrumento al vaso que sangra, reemplazando esta obturación por una ligadura pero generalmente la hemorragia cede a la presión manual. En caso contrario, cuando el vaso sangrante no responda a este tratamiento, será necesario e importante buscarlo y tomarlo con unas pinzas de Kocher, y en esta forma en unos cuantos segundos se forma el coágulo, si persiste la hemorragia, entonces habrá la necesidad imperiosa de ligarlo.

Existen diferentes maneras de cohibir las hemorragias, tales como la hemostasis de los vasos intraóseos, de vasos palatinos, de vasos dentarios inferiores, la cual cuando se efectue la intervención en la cavidad ósea será el tratamiento a seguir.

### 3. INCISION.

Es la técnica que se utiliza en cirugía para que por medio del bisturí se realice la separación de tejidos, poder penetrar a planos más profundos y lograr el objetivo de la intervención. Esta se realiza en la cavidad bucal por medios mecánicos, eléctricos y tiene como principio abrir el tejido gingival.

Para realizar una incisión en la cavidad bucal es aconsejable mantener firmemente la fibromucosa o encía con los dedos de la otra mano. Es más importante realizar una incisión con una técnica atraumática.

En las incisiones intrabucales que abarcan la reflexión del mucoperiostio, para descubrir el hueso o piezas dentarias son incisiones directas en línea recta o curvilíneas que siguen la distancia más corta a través de los tejidos. Existen lugares donde la incisión no es directa, como sucede en el paladar blando, lengua, carrillos, labios y piso de boca, en estos casos se realiza a través de la mucosa, después se combina la disección roma con sección por bisturí o tijeras para no sacrificar tejidos importantes, esta se puede efectuar con instrumentos romos, pinzas hemostáticas, con el mango del bisturí o con el dedo enguantado.

La exposición de las capas tisulares cortándolas con tijeras o con el bisturí es menos traumática, el corte es necesario para descubrir la línea de despegamiento entre las capas, permitiendo así la separación fácil hasta encontrarla siguiente, así se llega ordenada y atraumáticamente a la región patológica.

Los tipos de incisiones que se utilizan para las múltiples intervenciones en cirugía bucal son bastantes, pero las de uso común son las siguientes:

1. Incisión en Arco de Partsch.- Cuya utilización es por el tratamiento de los quistes en los maxilares.

2. Incisión de Neuman.- Que se utiliza para el tratamiento de parodontopatías, apicectomías o focos apicales.

3. Incisión de Festón de la bóveda palatina, que se utiliza para la extracción quirúrgica de caninos retenidos.

4. Incisión angular.- Que se utiliza para la extracción de los terceros molares inferiores retenidos.

5. Incisión Lineal de la Mucosa.- Que se utiliza para el drenaje de abscesos palatinos.

En las intervenciones quirúrgicas de cirugía bucal, la incisión debe llegar en profundidad hasta el tejido óseo, seccionando al periostio que es el tejido que cubre al hueso.

La incisión y el colgajo que se forman a expensas de ella deben reunir ciertas condiciones para que el colgajo conserve su vitalidad y pueda reincorporarse a sus funciones y esas condiciones son:

A. Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo -- sea necesario que este tenga una base lo suficientemente ancha para una magnífica irrigación y así evitar necrosis. Se debe evitar el seccionamiento de los vasos, porque origina grandes hemorragias y para evitarlo debe seguirse su trayecto en su recorrido.

B. La incisión debe ser trazada en tal forma que se permita al operador tener buena visualización del objeto a operarse.

C. Toda incisión debe ser externa para que el colgajo permita descubrir lo suficiente al campo operatorio, así se evitan desgarramientos, los cuales terminan en necrosis o esclerosos de las partes blandas.

D. Toda incisión debe ser realizada de un solo trazo y sin líneas secundarias.

E. El trazo de toda incisión debe ser realizada de tal manera que cuando se vuelvan a adaptarse el colgajo a sus sitios primitivos, este repose sobre hueso sano e íntegro, así como los puntos de sutura también deben reposar sobre plano óseo. En caso contrario los puntos se desprenden, la incisión se abre y el colgajo se sumerge en la cavidad ósea realizada.

Las incisiones en la cavidad bucal pueden ser intrabucales o extrabucales, cualquiera de estas debe llegar en profundidad hasta tejido óseo, estas incisiones limitan a un trazo de fibromucosa o mucoperiostio que se le llama "colgajo" y existen diferentes métodos para desprender el colgajo.

Al realizar la incisión se logra un colgajo que al referirse a la mucosa bucal, este es un trazo de mucoperiostio o forma la superficie cuando se realiza una incisión arqueada, la cual se utiliza para la extracción de caninos retenidos, una vez realizada la incisión, entre los labios de la herida o entre la fibromucosa y la arcada dentaria se coloca una legra, una espátula de Freer o un periostótomo.

Con movimientos suaves y laterales es como debe girarse el instrumento que vamos a utilizar para el desprendimiento del colgajo, también debemos apoyarnos firmemente contra el hueso tomando el eje mayor para desprenderlo de su inserción en el hueso, elevando fibromucosa y periostio. Son de suma utilidad las pinzas de disección con dientes de ratón con las cuales se coapta los labios de la incisión para suturarla. Esta pinza es muy usual para tomar el labio de la incisión y se va levantando el colgajo cuando lo desprende la espátula.

El desprendimiento del colgajo deberá hacerse en toda la extensión que se requiera, en algunos casos la incisión se encuentra en planos musculares como el músculo mirtiforme el canino, el buccinador, el cuadrado de la barba, etc., en tales casos las incisiones de estos músculos deben ser legrados y estos separados para que la superficie ósea quede descubierta.

Es importante que cuando haya un colgajo así, este debe mantenerse levantado con un separador romo, sin dientes para no traumatizar. El colgajo palatino debe fijarse para permitir observar el objeto por operar, se fija con un hilo de sutura en las piezas dentarias vecinas.

#### 4. OSTEOTOMIA.

Es la parte de la cirugía bucal que consiste en abrir-hueso. Osteotomía es la extracción del hueso que cubre al objeto por intervenir, se puede realizar la osteotomía con escoplos, pinzas, gubias, fresas quirúrgicas para hueso, osteó tomos de winter.

Para la realización de osteotomías con instrumentos -- punzocortantes por golpe, es necesario que al utilizar escoplos se tenga la práctica necesaria y suficiente en el manejo del escoplo y dar los golpes lo más secos posibles y efectivos porque la sucesión escalonada o continua, molesta demasiado al paciente, llegando a provocar hasta el desequilibrio emocional del paciente.

El uso de pinzas gubias es para agrandar orificios previamente preparados con escoplos, otra utilidad grandísima que presta el uso de las gubias es para reseca hueso sobran te del borde alveolar o puntas óseas que quedan después de realizar extracciones, se les utiliza también para corregir la tabla externa cuando presentan anfractuosidades, la utilización de limas para hueso en osteotomías es necesaria e importante, ya que se le utiliza en puntas rugosas, bordes afilados, crestas óseas, etc.

La osteotomía realizada con fresas quirúrgicas para hueso, es quizá el instrumento ideal para poder realizarla, ya que tiene bastante aceptación y grandes ventajas sobre otras técnicas, evita el probable shock que con el golpe del escoplo se llega a provocar, actúa eliminando el hueso que deseamos quitar, realiza perforaciones vecinas entre sí sobre la tabla externa ósea, dependiendo del tipo de fresa que se utilice así será la perforación ósea que realice, pudiéndose utilizar una fresa de fisura para quitar los bordes cortantes o punteagudos que pudiesen quedar al utilizar una fresa bola y poder después con la ayuda de un escoplo levantarla. Al utilizar fresa es menester que siempre sea bajo un chorro de agua esterilizada o bajo suero fisiológico, para poder evitar recalentamientos del hueso y se pueda llegar a provocar lesiones o posibles secuestros óseos.

#### 5. SUTURA.

Es la parte de la cirugía que tiene como finalidad reunir los tejidos que se separaron al hacer la incisión.

Existen diferentes técnicas para suturar, excepcionalmente se toma la aguja con la mano, pero para su cometido se utiliza un porta agujas. Es aconsejable iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminarla en la ca

ra bucal, para suturar una sola cara la sutura se dirige desde lo más complicado a lo más simple, es decir, de distal a mesial.

El procedimiento de usar el porta agujas muchas veces no es aplicable en la cavidad bucal, por dificultades inherentes al sitio donde se efectúa la operación.

Los métodos para realizar la sutura son dos:

Por puntos separados y por sutura continua.

La sutura por puntos separados es el sistema más utilizado en cirugía bucal y como su nombre lo indica se trata de realizar puntos independientes uno de otro con una distancia aproximadamente de un centímetro, en espacios mayores se utiliza esta sutura, en paradentosis, en colgajos palatinos, en cortes grandes, para suturas plásticas, etc.

El material con el que se ha de afrontar los labios de la herida tiene que ser asegurado por medio de nudos, los cuales son simples o nudos de cirujano. Las suturas realizadas con un nudo simple no siempre dan seguridad por que los nudos se pueden correr, principalmente cuando se utiliza un material rígido como lo es el catgut. En cirugía bucal es aconsejable utilizar los llamados "Nudos de cirujano".

La sutura continua no es muy usual en cirugía bucal, ya que su utilización se limita a alveolectomías y preparación quirúrgica para prótesis sobre toda la arcada.

En la sutura continua se practica con hilo o con seda, su iniciación es prácticamente en una extremidad de la arcada y se termina en la línea media, o en la otra extremidad de la arcada, según sea el caso por intervenir.

En este tipo de sutura se hace un nudo como para iniciar una sutura por puntos separados, no se corta, sino se va introduciendo la aguja, dejando un centímetro entre cada punto, el hilo recorre la incisión en forma de espiral y se mantiene tenso con el objeto de coaptar y adaptar los bordes de la herida, cuando se ha completado, se realiza punto terminal.

Material de Sutura.

Actualmente en cirugía bucal se prefieren los materiales inabsorbibles para piel, mucosa y capas profundas, sin embargo, se utilizan los materiales absorbibles para las capas no superficiales.

De los materiales absorbibles, el catgut es el más uti

lizado debiendo ser crómico o simple y en diversos calibres: De los materiales inabsorbibles, se emplea mucho la seda negra, pues en sus cualidades tiene la fuerza y tensión adecuada que se necesita para suturar, produce reacción tisular mínima, se ve con mucha facilidad al quitar los puntos y el calibre de mayor utilidad es el de 4-0. Se utiliza también el hilo de algodón común y corriente, calibre 4-0 para coser a máquina y tiene más ventajas que la seda negra.

Los hilos para sutura atraumática absorbible e inabsorbible se venden en ampolletas cerradas y contienen un líquido esterilizador y una aguja fina de medio círculo de 3/8 en uno de sus extremos.

## C A P I T U L O   V .

### POSTOPERATORIO.

1. Tratamiento local postoperatorio.
2. Fisioterapia postoperatoria.
3. Cuidados de la herida.
4. Extracción de los puntos de sutura.
5. Alimentación.
6. Instrucciones.
7. Complicaciones Locales.
8. Complicaciones Generales.

POSTOPERATORIO.- Es el conjunto de indicaciones que deben seguirse en el paciente, después de haber sido sometido a una intervención quirúrgica. Es la fase más importante de nuestro trabajo". (Mead).

#### 1. TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO.

Higiene. La higiene debe ser hecha por la enfermera, - después de haber terminado con la intervención y cuando se haya realizado la formación del coágulo, se le indica al paciente que en su domicilio particular deberá realizar la higiene personal con las indicaciones hechas por el C.D. o --- bien las puede llevar anotadas en la receta.

#### 2. FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA.

Es conveniente el uso de hielo, compresas o toallas mojas en agua fría, las cuales son colocadas en la cara frente al sitio de la intervención. El uso del hielo es múltiple porque evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene la formación de hematomas y hemorragias además disminuye la formación de los edemas. No deberá usarse el hielo direc-

tamente, ni en periodos bastante largos, el uso de toallas-- o compresas debe ser en los primeros 30 minutos después de la intervención, con periodos de 10 o 15 minutos por un tiempo de 3 6 4 días.

### 3. CUIDADOS DE LA HERIDA.

En la cavidad bucal, donde las heridas evolucionan normalmente, sin muchos cuidados y sin una terapia marcada. Dependiendo de la magnitud en la intervención es como deben darse los cuidados de la herida, y el C.D. deberá ser el que decida la prescripción o no del uso de antibióticos o analgésicos.

Después del tercer día de la intervención, la herida será irrigada con suero fisiológico, tibio, o con alguna solución. Si la sutura fué realizada con material reabsorbible únicamente se irrigará con soluciones tibias.

### 4. EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

Cuando haya necesidad de extraer los puntos de sutura, estos deberán quitarse cuando se considere pertinente y que la herida comience a regenerar. Por lo general, son a los 3-6 4 días después de la intervención, ya que en más días se consideran y actúan como cuerpos extraños, llegando a provocar inflamaciones, infecciones y hasta cierto punto supuraciones. Al ser desprendidos estos puntos de sutura, deberán antes humedecerse con una torunda mojada en tintura de yodo, o de merthiolate, con la finalidad de esterilizar la parte de la sutura que estando en la cavidad bucal, se haya infectada. Con una pinza de curación, se toma el extremo del nudo y con las tijeras de cirugía se corta por en medio del nudo, se hace tracción para extraer toda la sutura. Muchas clínicas utilizan el galvanocauterio para no producir irritación alguna. Las suturas festoneadas o continuas se eliminan cortando por separado cada vuelta.

### 5. ALIMENTACION.

Esta deberá ser 6 horas después de la intervención y sin que haya habido complicaciones con la anestesia. Dependiendo del tipo de intervención que se haya realizado, es el tipo de alimentación que se le administrará al paciente, esta por lo general deberá ser líquida, sin grasa, descremada y no deben tomarse alimentos irritantes. Según el avance que tenga la herida es como se le cambiará la alimentación líquida por sólida, debiendo ser esta rica en proteínas, por lo general se le receta al paciente que coma extracto de carne, caldo o jugo de carne descremada, papas, carne asada, huevos pasados por agua caliente, lecha y dulce.

Cuando la intervención es realizada por motivos de urgencia y que llegue a lesionar o que haya fractura expuesta o que haya interesado tejidos y huesos, una vez realizada la intervención, la alimentación postoperatoria, deberá ser líquida y administrada por sonda.

#### 6. INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE.

Estas deberán ser escritas en una receta, dando las indicaciones escritas en máquina si es posible, claro y preciso de lo que deberá hacerse en su domicilio particular. Estas indicaciones pueden ser colutorios, tratamientos médicos, alimentación, uso de antibióticos o analgésicos, y en caso de tener complicaciones deberá hablar por teléfono al C.D. - que lo intervino y manifestar detalladamente lo ocurrido, ya que toda intervención puede ser seguida de complicaciones locales o generales y estas deben ser resueltas por el C.D. y no por el paciente, llegándose muchas veces a ser el mismo paciente el que se autorecete o automedique.

#### 7. COMPLICACIONES LOCALES.

Las complicaciones locales más comunes en la cavidad bucal son mínimas, como sucede en la ruptura de un punto de sutura, pequeñas hemorragias, a pesar de que la cavidad bucal es una zona séptica, las infecciones casi no se presentan, el dolor característico postoperatorio debe ser calmado como se indicó en la fisioterapia o con medicamentos preconizados para tal objeto.

Otras complicaciones son las que se puede llegar a presentar con el uso de la gasa o del algodón y que muchas veces provoca náusea o vómito. El uso del algodón o de la gasa al hacer compresión se puede llegar a trabar en alguno de los puntos de la sutura y desprenderse, por eso es recomendable el uso de gasa envaselinada para que no se adhiera. Algunas ocasiones se llega a producir dolor en la deglución y no se puede medicar al paciente por vía oral, entonces deberá administrarse por vía rectal o I.V.

#### 8. COMPLICACIONES GENERALES.

En las intervenciones de la cavidad bucal pueden presentarse complicaciones generales en la economía del paciente, muchas pueden prevenirse, otras escapan al buen propósito, todo esto va en relación directa al estudio y preparación del paciente antes de ser sometido a una intervención. Las complicaciones más inmediatas que pueden presentarse después de la intervención tenemos al shock que puede ser provocado por la misma anestesia.

Pero es considerado como una rareza, lo más común son las lipotimias de variable intensidad, provocadas por el miedo o temor a la misma intervención. Dependiendo de la intervención que se haya realizado y de los focos sépticos es como pueden presentarse algunas infecciones o bacteremias y para ello como medida postoperatoria se recomienda la administración de penicilina para prevenir una posible endocarditis bacteriana y además como medida profiláctica.

## CONCLUSIONES .

Los que ejercemos la profesión de C.D., debemos tener presente que cualquier intervención que realicemos, por pequeña que esta sea, tiene como común denominador, la cavidad bucal y siempre debemos utilizar la ética profesional para llegar a realizarla, lo mejor posible, ya que nuestra boca es parte vital de nuestro organismo. Al final de una intervención, nuestra mejor recompensa será la satisfacción personal al saber que pudimos restablecer o eliminar alguna molestia, un dolor, y darle la tranquilidad a quienes acuden al consultorio en demanda de alivio.

Creo que los principios básicos en cirugía bucal para el dentista en su práctica diaria, debemos tenerlos como cimientos para no llegar a caer en el fracaso tan repentinamente, tendremos apoyo al saber que es lo que vamos a realizar cuando tengamos hecho nuestro interrogatorio y elaborada nuestra historia clínica, para que con estas bases, nuestras intervenciones tengan todo un éxito.

Se ha dicho con certeza que las lesiones en la cavidad bucal pueden presentar innumerables problemas y pueden llegar a complicarse si no estamos preparados profesionalmente para enfrentarnos a las dificultades que se puedan llegar a presentar en una intervención o en un tratamiento dental, la práctica diaria en el ejercicio de nuestra profesión dará la pauta a seguir, siendo mejores a nuestros pacientes y a nosotros mismos.

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

- DR. LESTER W. BURKET. "MEDICINA BUCAL" Diagnóstico y -- Tratamiento, Sexta Edición. Nueva Editorial Interamericana S. A. de C.V., 1973. Primera parte Consideraciones Generales. pp. 3 - 22.
- DR. FRANK M. MCCARTHY. "EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA". -- Prevención y tratamiento. Segunda Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1973, Drogas, Uso y Abuso, Cap. - IV. pp. 169 - 203.
- DR. WALTER C. GURALNICK. "TRATADO DE CIRUGIA ORAL". -- Salvat. Editores, S. A. Edición 1971, Mallorca 43, España, Quimioterapia de las infecciones. Louis Weinstein pp. 54 - 81.
- DR. MITCHELL STANDISH FAST. "PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA" Segunda Edición 1973 Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C.V. Introducción al Diagnóstico bucal y Medicina Bucal. Cap. I y II pp. 3 - 16. Diagnóstico Bucal. Cap. - III al IX, pp. 43 - 165.
- DR. JOHN A PRIOR SILBERTEIN. "PROPEDEUTICA MEDICA" Tercera Edición. Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C.V., 1973, Cap. I y II. pp. 2 - 26.
- DR. GUILLERMO A RIES CENTENO.. "CIRUGIA BUCAL" Con patología clínica y terapéutica. 7a. Edición, 1973. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Postoperatorio Cap. -- VIII pp. 136 - 141.
- DR. KRUGER G. C. "TRATADO DE CIRUGIA BUCAL" 1960 1a. - Edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., Cap. XIII y XVI pp. 264-280,-327,-331-389,-399.

- DR. ANDRES GOTH. "FARMACOLOGIA MEDICA" Principios y conceptos. 6a. Edición. Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C.V., 1973, Sección V Anestésicos Generales y Locales, pp. 347 - 367. Psicofarmacología. pp. 223 - 235.

- EJNAR ERIKSSON. "MANUAL DE ANESTESIA LOCAL ILUSTRADO"-- Editado por Astra, Suecia 1969, A.B. Astra. Diferentes Tipos de Bloqueos. pp. 54 - 73.

- INFORMACION PROFESIONAL Y DE SERVICIOS AL ODONTOLOGO. - 1a. Edición. 1975. 2a. Edición, 1976. Antibióticos y -- quimioterápicos. Anestesia General, local y regional. - Farmacología.

- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. REMEDIOS ODONTOLOGICOS ACEPTADOS. Edición XXVIII, 1962. Centro Regional de Ayuda Técnica. Anestésicos Generales y Locales, Antibióticos, Sedantes. pp. 24 - 68.