

24/116



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

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

**ACCIDENTES EN EXODONCIA SU
PREVENCION Y TRATAMIENTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A

JOSE ADRIAN FUENTES LEON

SAN JUAN IZTACALA,

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
Introducción	1
CAPITULO I.- HISTORIA CLINICA	3
CAPITULO II.- ESTUDIO RADIOGRAFICO	17
a).- Radiografía Periapical	19
b).- Radiografía Oclusal	19
c).- Radiografía Ortopantomográfica	20
CAPITULO III.- COMPLICACIONES ANESTESICAS	23
a).- Alteraciones Internas	23
b).- Shock	24
c).- Paro Cardiorrespiratorio.....	28
CAPITULO IV.- COMPLICACIONES EN EXODONCIA	34
CAPITULO V.- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS...	73
a).- Infección	73
b).- Hemorragia	89
c).- Gangrena	95
CONCLUSIONES	99
BIBLIOGRAFIA	101

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

El interés que me llevó a elaborar este trabajo sobre los accidentes de exodoncia, su prevención y tratamiento es conocer un poco más sobre este tipo de complicaciones, que tan comúnmente se nos presenta en el consultorio.

Pienso que es importante documentarse al respecto, - pues en este caso se debe diagnosticar a tiempo y evitar futuras complicaciones que nos pudieran presentar con un problema - que aparentemente no era de gravedad.

Aliviar el dolor es la misión fundamental del cirujano dentista pero no es la única, puesto que debe curar, y - sobre todo prevenir el daño, de ahí la importancia de una buena preparación basada en el estudio y la experiencia.

La práctica de la extracción dentaria aparentemente - es una intervención sencilla, pero se encuentra rodeada de una gran cantidad de complicaciones y accidentes que son variables - tanto en su naturaleza como en su gravedad.

Dentro de las causas pueden ser anatómicas ó patológicas y en ocasiones se deben a deficiencias de técnicas emplea

das por el cirujano dentista, así como a los movimientos bruscos del paciente por ó dolor en el momento de nuestra intervención.

La variedad y frecuencia de los accidentes, así como sus consecuencias desagradables, molestas, y en ocasiones peligrosas, son un verdadero problema para el cirujano dentista, ésto nos obliga a conocerlos y prevenirlos.

Así pues trataré de exponer los conocimientos más elementales que se deben tener y lo que se debe hacer para evitarlos.

CAPITULO

I

HISTORIA CLINICA

A través de la historia clínica logramos conocer el grado de salud o enfermedad de los aparatos y sistemas que integran el organismo de dicho paciente para así poder evitar situaciones desagradables que puedan poner en peligro la vida del mismo y -- aún resultar de consecuencias funestas y además de ella dependerá en muchas ocasiones el éxito o fracaso del tratamiento que en ese paciente, vayamos a realizar; pues al haber hecho una historia correcta y más o menos completa, podremos elegir correctamente tanto los fármacos como el anestésico que habrán de administrar al paciente, así como, normar nuestra conducta a seguir y la secuencia del tratamiento a realizar.

Aunque se han hecho un sin número de historias clínicas utilizadas para diferentes especialidades dentro de la medicina; siempre todas siguen un orden definido con el fin de no omitir o confundir los datos que se quieren investigar.

Así tenemos que una historia clínica se puede dividir en:

- a).- Ficha de Identificación
- b).- Ficha de Exploración
- c).- Diagnóstico
- d).- Pronóstico
- e).- Plan de Tratamiento
- f).- Evolución
- h).- Observaciones

A continuación se explicará con que fin se divide la historia clínica en estas partes y que debe buscarse en cada una de ellas.

a).- Ficha de Identificación.- Esta parte de la historia nos va a servir para identificar al paciente, así como para recordar la secuencia del tratamiento del mismo, y se compondrá de los siguientes datos:

Nombre completo, edad, fecha y lugar de nacimiento, estado civil, ocupación, dirección, y teléfono particular, dirección y teléfono oficial, actitud mental, fecha en que se realizó la historia clínica.

La actitud mental también es importante anotarla y va a depender de las personas ya sean: nerviosas, indiferentes, --

adaptables, capaz con el diagnóstico, pronóstico, y tratamiento.

b).- Ficha de Exploración.- La inspección de nuestro paciente; se compondrá de una serie de datos, de los cuales unos los referirá el paciente y otros los obtendremos por la observación o la exploración y los podemos dividir en:

- 1).- Aspecto físico del paciente.
- 2).- Motivo de la consulta.
- 3).- Estudio de la cabeza, cara y cuello.
- 4).- Exploración de la cavidad bucal.
- 5).- Enfermedad actual.
- 6).- Antecedentes patológicos familiares.
- 7).- Antecedentes patológicos personales.
- 8).- Antecedentes no patológicos personales.
- 9).- Revisión de los aparatos y sistemas orgánicos.
- 10).- Pruebas de laboratorio.
- 11).- Estudio radiográfico.
- 12).- Modelos de estudio.

1.- ASPECTO FISICO DEL PACIENTE.- La observación del paciente desde el momento en que llega al consultorio es importante pues vamos a encontrar signos diversos como; nerviosismo,-

ansiedad, temor o depresión, así como su estatura y peso aproximado, color de ojos y piel, marcha, movimientos y reacciones; - todo esto nos puede dar un diagnóstico de padecimientos del paciente.

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA.- Es el interrogatorio acerca de padecimientos que obligó al paciente a visitarnos anotando la naturaleza, aparición y duración de los síntomas del mismo.

3.- ESTUDIO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO.- Este punto es importante por lo que podemos encontrar anomalías como asimetrías, agrandamiento o deformidad del cráneo, la presencia de lesiones y señales de cicatrices en el cuello cabelludo.

En la cara vamos a encontrar, la expresión facial, el color de la piel y ojos, tics o muscas faciales, lesiones cutáneas, asimetrías hipertróficas, parestésias; así la exploración de la articulación temporomandibular y alguna anomalía de glándulas salivales o ganglios linfáticos.

4.- EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL.- Para que la exploración bucal se realice con éxito debe hacerse en forma ordenada y total, explorando cada uno de los tejidos que la integran empezando por:

Labios.- Se hace una inspección, palpación, que deberá de hacerse del lado de la piel como del lado de la mucosa. -- presencia de lesiones, úlceras o infecciones; color y volúmen.

Mucosa bucal.- La coloración de ésta puede estar dada por enfermedades endócrinas, se palpará para apreciar su configuración, volúmen y color. Vamos a revisar las inserciones musculares y frenillos bucales, pliegues mucobucales.

Paladar.- Inspección y palpación del paladar duro y -- blando, así como de la úvula y tejidos faríngeos anteriores, anotando anomalías o hendiduras. La incorrecta pronunciación de palabras como de voz gangosa puede ser un signo de parálisis parcial o total del velo del paladar a excepción de un frenillo lingual corto.

Lengua.- Haremos que el paciente la mueva para los lados hacia afuera, arriba, apreciar el tamaño si corresponde o no a su espacio o base, la presencia o no de papilas tejidos linfoides y lesiones.

Fiso de la boca.- Es la región que esta situada entre el cuerpo del maxilar inferior en su parte interna y es la base de la lengua, vamos a encontrar aquí las glándulas salivales sub

maxilares, sublinguales. El piso de la boca se encuentra formado por mucosa delgada que contrasta con la fibromucosa de la encía, habrá que palpar con los dedos este tejido, así como la base de la lengua y porción ventral de la misma.

Encía.- Determinar, color, forma y configuración; hay que buscar anomalías y lesiones como inflamaciones, hipertróficas, retracciones y ulceraciones.

Dientes.- Exploración armada para hacer pruebas como: Vitalidad, térmicas, movilidad, percusión horizontal, vertical, inspección parodontal, caries, defectos estructurales -- del esmalte, malposiciones, anomalías de forma, tamaño, color y número, piezas obturadas, tratamientos de endodoncia y tiempo de efectuados; anotar si el paciente ha usado aparatos ortodónticos o protésicos; durante que tiempo y con que resultados. Si se obtuvieron desgastes oclusales y la causa de estos, si se encuentra anodoncia parcial o total, ver si es de origen congénito, si las extrusiones se hicieron por caries, traumatismo o -- por otras causas; presencia de tártaro dentario, señalado que superficie abarca.

5.- ENFERMEDAD ACTUAL.- Este aspecto es importante ya que nos va a dar un curso de padecimiento, el tiempo, la causa-real o aparente que desencadena el padecimiento, evolución, sin tomatología, que, se ha administrado, si dicha molestia es constante o no si es provocada o espontánea, etc.

6.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES.- Este com---prende la edad, salud, causa de fallecimiento de los familiares cercanos, enfermedad de predisposición familiar (gota, diabe--tes, cáncer, etc.) que en un momento dado pueden desencadenar - su mecanismo de acción al transmitirse por vía sanguínea o gené--tica. Lo cual presentaría problemas que pondrían en peligro la vida del paciente o bien expondrían al operador a contagios.

7.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.- Son datos - de estado de salud y enfermedad anteriores de el paciente, los estados alérgicos y un registro acerca de las intervenciones y-heridas anteriores así como ingreso a hospitales o clínicas, -- además de antecedentes patológicos que tengan relación con el - padecimiento actual. En este párrafo, también se podrá anotar- la estabilidad mental del paciente.

8.- ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS PERSONALES.- Lo inte-

gran breves notas acerca de la vida presente y pasada de paciente.

Anotar en que trabaja y con que tipo de materiales, ver si está expuesto a productos industriales (polvos o vapores), si ha vivido en un país tropical, sus hábitos y costumbres tales como el fumar, tomar té o café y sus aficiones hacia la ingestión de bebidas alcohólicas en grado extremo o bien adiciones a alguna droga.

9.- REVISION DE APARATOS Y SISTEMAS.- El paciente nos irá relatando los trastornos que siente y que nos harán sospechar de alguna alteración o descubrir alguna enfermedad latente.

Aparato cardiovascular.- En esta parte vamos a registrar: palpitaciones, dolor precordial, cefaleas, mareos, edema de tobillos (conocido como edema azul del cardíaco) recordando - que se presenta después de que la persona ha estado en movimiento y por lo tanto serán vespertinos; lipotimia, oliguria ortostática (ganas de orinar al acostarse y que cesan al ponerse de pie), fragilidad capilar, arterioesclerosis, tensión arterial y pulso.

Aparato renal.- Poliúria (necesidad frecuente de orinar), nicturia (necesidad de orinar durante la noche), edema -- palpebral (hinchazón de los párpados) recordando que puede abarcar hasta la mejilla, así como también se presenta en las manos.

Este tipo de edema se presenta después que el paciente ha estado en reposo, edema geográfico, piúria (presencia de pus en la orina), disúria (dolor al orinar), Hematúria (presencia de sangre en la orina).

Sistema nervioso.- Sueño, parestésias, pafalasis, --- irritabilidad, antecedentes de convulsiones tipo epilepsia o corea, problemas emocionales, principalmente durante el tiempo en que se supone al paciente se someterá al tratamiento.

Aparato digestivo.- Dolor, antecedentes de lesiones o enfermedades hepáticas, anorexia (pérdida de apetito), polifagia (necesidad de comer constantemente), dispepsia (dificultad en la digestión), disfagia (dificultad de tragar), meteorismo (gases), dolor estomacal frecuente, náuseas o vómitos frecuentes.

Aparato respiratorio.- Tos frecuente, que tipo de tos y su origen, expectoraciones si son frecuentes, epistaxis (hemo

rragias nasales) frecuentes, cianosis (falta de oxígeno en la sangre con coloración azulosa en labios y uñas), disneas teniendo en cuenta que pueden ser por varias causas entre ellas nervioso, urémicas, tabaquismo, asmáticas, digestivas, etc.

Aparato genital.- Investigar alguna alteración observada por el paciente o bien alguna enfermedad padecida.

Estados fisiológicos de la mujer:

MENSTRUACION.- En caso de ser paciente con edad entre los 12 y 14 años preguntar sobre la menarquía (la menstruación)- y en general se preguntará sobre ritmo, volumen, dismenorreas (dolores o cólicos menstruales), leucorrea (presencia de moco -- blanquecino en el flujo menstrual), condiciones de la última menstruación y hace cuanto tiempo fué y si se encuentra menstruando en el momento de la consulta.

EMBARAZO.- Si la paciente en el momento de la consulta se encuentra embarazada, se deberá preguntar sobre los embarazos anteriores, complicaciones durante ellos, peso de las criaturas, abortos, anomalías en el actual y tiempo del mismo.

LACTANCIA.- solo nos interesa si en ese momento se encuentra amamantando al niño.

MENOPAUSIA.- Es importante por los cambios hormonales que trae consecuencia.

El interrogatorio irá encaminado a conocer el estado fisiológico de la mujer ya que muchos casos de padecimientos o alteraciones genitales traen repercusiones bucales y así poderlas identificar como el saber por que están o no presentes.

Sistema endócrino.- El principal padecimiento de origen endócrino con el que nos vamos a encontrar, será la diabetes y acerca de cual preguntaremos.

Presencia de polifagia, pérdida de peso, polidipsia (sed constante), poliuria, antecedentes de diabetes en la familia o exceso de encriaturas al nacer cuando pasan mas de 4 kilos nos hacen sospechar diabetes.

Debemos buscar en boca.- Microangiopatias (degeneración en las paredes de los pequeños vasos que se encuentran en las encías, movilidad dentaria, aliento cetónico (olor a manzanas pasadas), macroglosia (agrandamiento de la lengua por lo que se marcan los dientes en los bordes de la lengua, encías edematosas y sangrantes, presencia de bólsas periodontales, resorción de las crestas alveolares.

10.- PRUEBAS DE LABORATORIO.- Estas se pedirán en caso de sospechar o aclarar nuestras dudas y poder remitir al paciente al médico de cabecera en caso de que necesite tratamiento. También las pruebas de laboratorio nos van a ayudar en el caso de que al paciente se le vaya a hacer un tratamiento de cirugía; las pruebas de laboratorio que se solicitan van a ser:

Química sanguínea, biometría hemática, general de orina, curva de tolerancia a la glucosa, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina.

11.-ESTUDIO RADIOGRAFICO.- Serán de una gran ayuda para completar nuestro plan de tratamiento, pueden ser de dos tipos:

INTRAORALES Y EXTRAORALES

Las extraorales son: panorámicas, laterales, para cefalometrías, la antero posterior, la postero anterior, de hertz para arco cigomático, la detone para mandíbula, cóndilo y ángulo.

Tenemos las radiografías especiales que nos van a ayudar en caso de que busquemos patología en tejidos blandos o du-

ros a diversas profundidades.

12.- MODELOS DE ESTUDIO.- Se tomarán impresiones al llegar el paciente para estudiar que tipo de tratamiento se le aplicará; estos modelos se guardarán para comprobar los avances del tratamiento.

c).- Diagnóstico.- Después de haber completado la historia clínica nos daremos cuenta de una forma general de todos los padecimientos y proyectaremos un plan de tratamiento.

d).- Pronóstico.- El pronóstico se dará al paciente una vez que se haya sacado el diagnóstico, ya que a través de este vamos a saber el grado de éxito o fracaso que vamos a tener en el tratamiento que pensemos llevar a cabo y el cual debemos comunicarnos al paciente, que deberá firmar de enterado, al final de su historia clínica.

e).- Plan de tratamiento.- Vá a abarcar desde la premedicación el procedimiento operatorio, el tipo de anestesia -- post-operatorio, que sería medicación y analgesia después de la intervención.

f).- Tratamiento.- Se llevará a cabo de acuerdo con -

el plan de tratamiento que nos hayamos trazado, el cual se debe rá anotar para no olvidarlo y tenerlo presente en el momento -- operatorio.

g).- Evolución.- En este espacio se irá anotando la - evolución que vaya teniendo el paciente durante el tratamiento- que se esté siguiendo.

h).- Observaciones.- Se anotarán los medicamentos que está tomando el paciente durante el tratamiento, el nombre de - algún familiar al que pudiera avisarse en caso de emergencia -- así como el nombre de el médico o institución que lo atiende, - el tipo de sangre, y firma con nombre completo del interesado.

Adicionado a la historia clínica es bueno tener un -- odontograma para facilidad del tratamiento y comprobar que fué - lo que se atendió en la consulta pasada.

CAPITULO

I I

ESTUDIO RADIOGRAFICO

La radiografía es un informe, sobre una película de densidades radiolúcidas y radiopacas.

El uso de la radiografía es importante cuando se va a realizar una extracción, para determinar su exacta localización y una posible patología.

Además por medio de la radiografía podemos observar si el diente en cuestión se encuentra complicado con algún quiste granuloma, también por medio de la radiografía vemos la posición que tiene, número de raíces y con base a esto podemos escoger la técnica adecuada para su extracción.

La radiografía debe mostrar toda la estructura de la raíz y del hueso alveolar que rodea al diente. En la mayoría de los casos una radiografía periapical será suficiente, pero a veces es necesario como en el caso de los terceros molares, tomar una radiografía extraoral la cual nos va a dar una vista lateral oblicua de la mandíbula, para observar la totalidad de la

raíz, el estado o su situación, estructura y cantidad de hueso de soporte.

Una buena radiografía debe interpretarse cuidadosamente: el uso de un lente de aumento y un negoscopio ayudan a la interpretación de los siguientes factores que causan dificultad para ser detectados:

- 1.- Desviación de una de las raíces.
- 2.- Caries extendida hasta la raíz.
- 3.- Raíces supernumerarias.
- 4.- Forma anormal de las raíces.
- 5.- Fractura de raíz.
- 6.- Hiper cementosis de la raíz.
- 7.- Anquilosis.
- 8.- Geminación.
- 9.- Dientes retenidos.
- 10.- Lesiones patológicas.

La interpretación cuidadosa de la radiografía puede revelar también la posibilidad de una complicación como:

- 1.- Fractura de la tuberosidad del maxilar.
- 2.- Desplazamiento de un diente o raíz al seno maxilar.

3.- Daños del nervio dentario inferior.

4.- Aparición de una fistula.

Una vez que las dificultades y las posibles complicaciones han sido diagnósticadas, consideramos cuál será el método más apropiado para hacer nuestra extracción.

TIPOS DE RADIOGRAFIAS

a).- Radiografía Periapical: La película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal y su borde superior paralelo a la arcada y teniendo cuidado de que no sobresalga a la línea de oclusión más de 3 milímetros. El borde anterior deberá estar colocado lo más atrás posible y el paciente sujetará la película con el dedo índice.

Al radiografiar el lado derecho de la boca, se emplea la mano izquierda del paciente y viceversa.

El rayo central deberá ser dirigido al centro de la película.

b).- Radiografía Oclusal: La película oclusal es una placa más grande que la periapical y se emplea a menudo en ra-

diografías intra y extrabucal. Se emplea con más frecuencia esta película para el examen de la parte anterior del maxilar o mandíbula, pero puede usarse también para el estudio extrabucal de ciertas regiones como ángulo y cuerpo de la mandíbula, tejidos blandos del cuello o incluso mano u otras partes del cuerpo.

En presencia de un tercer molar retenido puede emplearse placa oclusal mediante proyección oblicua lateral, sobre todo si resulta difícil poner en evidencia la retención en una radiografía periapical intrabucal. De esta manera se logra una nueva vista para la localización del diente en plano vertical, puede entonces recurrirse a una placa a lo largo de la plana oclusal para localizar el diente en sus facetas bucal y lingual.

c).- radiografía Ortopantomográfica.- La panografía designa una técnica ideada para estudiar los elementos anatómicos de una forma panorámica. El panógrafo o Panoramix es un aparato de Rayos X que utiliza una fuente de radiación intrabucal para exponer la película colocada extrabucalmente.

El panógrafo consta de dos partes especializadas úni

cas en un aparato radiográfico dental; El generador o potencial constante y el tupo de Rayos X Panoramix.

El tubo de rayos X Panoramix es característico; tiene un tubo de vidrio largo y estrecho que se proyecta desde una bombilla de rayos X. El ánodo está situado en el extremo del tubo y consiste en un cono de cobre provisto de su vértice de una diana pintuaguda de tungsteno; el punto focal tiene un diámetro de 0,1 mm. La radiación se genera en todas las direcciones a partir del ánodo y se colima para la radiografía odontológica mediante pantallas especiales de plomo.

La imagen producida por el panógrafo se extiende desde el tercer molar de un lado hasta el tercer molar del otro lado en ambos maxilares; generalmente son radiografiados separadamente. Debido a la divergencia de los rayos X desde la diana, la imagen sufre un aumento de 2 hasta 2.5 veces. Hay grados variables de superposición en las regiones bicúspide y molar; existe deformación vertical, horizontal y dimensional a causa de las dificultades para adaptar el chasis uniformemente el arco dental. A pesar de estos inconvenientes el detalle y la definición de la imagen aumentada son bastante buenos. Las-

principales ventajas del panógrafo consisten en que es relativamente portátil, fácil de manejar, y que puede ser utilizado con ventaja para radiografías dentales colectivas.

CAPITULO

III

COMPLICACIONES ANESTESICAS

a).- ALTERACIONES INTERNAS.- La síntesis de nuevos - compuestos anestésicos cumple con el fin de producir drogas cada vez más potentes con menos toxicidad local y general. En la mayoría de los casos, el aumento de potencia se acompaña de un aumento concomitante en la toxicidad del producto. No obstante, si el cambio estructural responsable del aumento de dicha potencia también aumenta la velocidad del nuevo agente. Un buen - ejemplo en este sentido es el de la 2-cloroprocaina (Nesacaine), fármaco dos veces más potente que la procaina pero menos tóxico puesto que se hidroliza cinco veces más rápido. Dado que la anestesia local tiene como fin inhibir temporariamente la conducción nerviosa, su efecto depende fundamentalmente de la velocidad con que penetra en la vaina nerviosa en concentraciones - suficientes.

La toxicidad por sobredosis, consecuencia de un nivel sanguíneo suficientemente elevado como para afectar los centros vitales, se produce por inyección de volúmenes excesivos, de -

soluciones demasiado concentradas o de inyecciones rápidas en zonas muy vascularizadas. Los primeros síntomas de intoxicación derivan de la estimulación de la corteza cerebral y se caracterizan por locuacidad, inquietud, aprensión, excitación y a veces convulsiones. Sin embargo, la lidocaína y la mepivacaína tienen una acción diferente que se manifiesta por depresión cortical, letargo, somnolencia y sueño. Si la respuesta tóxica es de grado moderado o grave, a la fase corticerebral le sigue otra de estimulación bulbar, con hipertensión arterial, taquicardia y aumento de frecuencia respiratoria; también puede haber náuseas y vómitos. La fase final es una depresión bulbar directamente proporcional a la intensidad de la estimulación previa. La presión arterial cae, el pulso se torna lento y filiforme y la respiración se debilita o cesa. En la mayoría de los casos la muerte por dosis exageradas de anestésicos locales se debe a fenómenos de paro respiratorio.

b).- SHOCK.- Es una insuficiencia circulatoria periférica y una condición circulatoria en la cual el volumen minuto cardíaco es demasiado bajo para los requerimientos de los tejidos, aunque el individuo se encuentre en reposo. Esta definición es útil y nos indica que, debido a una alteración en-

el sistema circulatorio. los órganos y los tejidos no alcanzan a recibir la cantidad de oxígeno que necesitan.

Se pueden establecer dos clasificaciones de shock que son: El shock Primario que es de origen neurógeno y se produce por una dilatación de las arteriolas y los capilares, por pérdida del control vasomotor o por acción directa de sustancias tóxicas.

El shock Secundario se define como un estado de deficiencia circulatoria producida por pérdida de sangre, plasma o agua y causado principalmente por hemorragia, trauma o hipoxia prolongada.

PREVENCIÓN.- Para reducir al mínimo el peligro de presentarse el shock, es aconsejable conquistar primeramente la confianza del paciente, evitando efectuar cualquier tipo de operación en un sujeto cuyo estado físico se considera deficiente, sólo debemos realizar intervenciones durante enfermedades agudas y en caso de extrema urgencia, habiendo antes reducido al mínimo las posibilidades de producir el shock.

Es de suma importancia la elección del anestésico que se va a emplear, se puede decir que un anestésico local expone-

más el shock primario, mientras que la anestesia general lo -- hace al shock secundario; si se hace necesario está indicado - administrar al paciente el día anterior de la intervención, me- dicamentos sedativos. En nuestra especialidad casi no es nece- sario el uso de depresores enérgicos como la morfina.

Nunca se deben poner a la vista del paciente los ins- trumentos de cirugía los cuales se deben manejar con delicadeza para no alarmarlo. Se deben aflojar con delicadeza para no - alarmarlo. Se deben aflojar las prendas de vestir que puedan - entorpecer la circulación y la respiración antes de iniciar la- anestesia. Existe menos probabilidad de que aparezca el shock si se coloca el respaldo del sillón en forma horizontal, ya que en la forma vertical la sangre fluye a los órganos esplánicos - produciéndose la anemia cerebral; debe tenerse muy en cuenta - la velocidad de inyección del anestésico puesto que a menor ve- locidad existe menos riesgo de producir este accidente ya que - la toxicidad de éste es mayor cuanto mayor sea la rapidez con - que se inyecta, las personas que son susceptibles a la adrena- lina en ellas suele presentarse fácilmente el shock.

TRATAMIENTO.- El shock es siempre una posibilidad y se debe de estar en guardia contra él durante cualquier procedimiento quirúrgico o mientras se administra la anestesia. -- Tan pronto como aparecen los síntomas del shock se debe colocar al paciente en forma horizontal con la cabeza más baja que los pies. en seguida se le hace inhalar unas gotas de amoniaco cuyos vapores sirven para irritar a la mucosa del árbol respiratorio superior, lo que va a provocar tos, cuando este signo no aparece se debe suprimir la administración del amoniaco, -- cuando el shock se presenta en un paso más avanzado, el paciente pierde el pulso o se hace muy débil, los movimientos respiratorios al principio son lentos y regulares para después hacerse ansiosos y espaciados, desaparecen los reflejos y el paciente se queja de frío intenso para después perder totalmente el conocimiento.

Cuando aparece en la cara palidez cadavérica, las facciones afinadas, las alas de la nariz aplastadas y los globos oculares aparecen fijos y desviados nos encontramos en presencia de un síncope; en esta situación se deben retirar las compresas con las que se aplicó el amoniaco, se coloca el paciente en posición de trendelenburg, se le aplican compresas-

de agua fría en la cara, se le proyecta aire sobre el rostro. Se debe de administrar por vía hipodérmica cafeína, coramina, -cardiasol o aceite alcanforado.

Lo más frecuente en nuestra especialidad es que el -paciente se recupere con el tratamiento que hemos indicado, -- pero si el shock se agrava debemos inyectar grandes cantidades de líquido en solución salina por vía endovenosa, hipodérmica y rectal. El oxígeno en anestesiología es un valioso elemento - terapéutico en el tratamiento del shock, existen en la actualidad equipos portátiles de oxígeno de sencilla manipulación y que no deben faltar en el gabinete de todo cirujano dentista.

e).- PARO CARDIORRESPIRATORIO.- El cese repentino - de la respiración, con desaparición del pulso, es una eventualidad siempre temible. Puede suceder en cualquier momento: en el trabajo, en la casa, en la calle y a veces en el consultorio odontológico. Las causas son muchas e incluyen las drogas, la anestesia, la asfixia, el shock eléctrico, la propia enfermedad, la excitación y la tensión física.

La mayoría de los pacientes llegan al consultorio -- odontológico temerosos y sin sedación. Como promedio, tienen-

una frecuencia de 10 pulsaciones por minuto más de lo que tendrían si no anticiparan el tratamiento. A veces se observan taquicardias de 120 a 140 en adultos y de 160 a 180 en los niños. El incremento de la presión sanguínea sistólica suele ser de unos 15 mm Hg antes de iniciar el tratamiento; durante el procedimiento odontológico son comunes los aumentos de la presión sistólica de 50 mm Hg. A estas tensiones agreguemos la posible toxicidad de la anestesia local, la estimulación de vasoconstrictores endógenos y el stress de los estímulos dolorosos. Año tras año acude a los consultorios dentales una creciente proporción de pacientes enfermos de edad avanzada. Esta combinación de factores predispone al paro cardiorrespiratorio. Los odontólogos tienen que aceptar la responsabilidad de hacer la evaluación de sus pacientes antes de emprender los tratamientos. Cuando los riesgos no son razonables, se debe evitar el tratamiento electivo. Mediante una cuidadosa evaluación del paciente, la posibilidad de un paro cardiorrespiratorio se reduce a un mínimo, aunque no se elimina por completo.

Cuando se detiene el corazón, por lo general subsiste una respiración jadeante por 20 a 40 segundos más. Cesa el aporte de sangre oxigenada al cerebro y al resto del cuerpo, y-

muchas veces las pupilas se dilatan. El tiempo es el factor crítico: cuando la emergencia se produce en el consultorio, el dentista y sus asistentes deben saber como reconocerla, qué hacer, cómo hacerlo, y además hacerlo inmediatamente. Es posible efectuar respiración artificial insuflando en los pulmones del paciente el aire que usted respira, a través de la boca o la nariz. Además puede hacer circular la sangre del paciente, así oxigenada, presionando rítmicamente sobre la mitad inferior del esternón. Para esto no se necesita ningún equipo especial; sólo su presencia y "saber cómo". El objetivo de la resucitación cardiorrespiratoria es proporcionar una buena circulación de sangre oxigenada para mantener el funcionamiento del cerebro y de los órganos vitales hasta que se recuperen las funciones naturales del organismo y permitan la ventilación y circulación espontáneas.

MASAJE CARDIACO.- El corazón humano es un órgano medio situado entre la columna y el esternón, y su movilidad lateral es bastante limitada, como se observa. La experiencia ha demostrado que la porción inferior del esternón es móvil en personas anestesiadas o inconscientes, y que este movimiento se debe a la flexibilidad de las articulaciones condrocosta-

les y a la elasticidad de las costillas. Los cartilagos pueden fracturarse durante las maniobras, pero afortunadamente el accidente no tiene consecuencias serias.

La presión sobre el pecho comprime al corazón entre el esternón y la columna vertebral, lo cual impulsa la sangre desde el corazón derecho a los pulmones, y desde el corazón izquierdo a la circulación sistémica. Las válvulas del corazón funcionan correctamente y se produce entonces el flujo natural de sangre. Cuando se interrumpe la compresión la elasticidad del esternón y de las costillas hace que el corazón recupere su posición de reposo, y simultáneamente cae la presión en las aurículas y ventrículos y se facilita el aflujo de sangre desde la periferia.

Si el mensaje y la ventilación son eficaces, el operador podrá lograr el flujo de sangre oxigenada de aproximadamente el 40/60 por ciento de lo normal. Esto según se ha demostrado, es suficiente para mantener el corazón y el cerebro viables durante 60 minutos; en otras palabras, un paciente con paro cardíaco puede ser mantenido con posibilidades de recuperación, entre la muerte clínica y la biológica, durante un lapso de una -

hora por lo menos.

TRATAMIENTO DE PARO RESPIRATORIO.- Si se produce paro respiratorio debe procederse a la respiración artificial inmediata. Cuando se dispone de un resucitador es posible administrar oxígeno por medio de una bolsa de respiración, con presión positiva intermitente y una máscara o un tubo endotraqueal. En caso contrario se debe practicar la respiración artificial por el método boca a boca, que no requiere ningún tipo de equipo; puede ser aplicado por cualquiera con un mínimo de experiencia y permite conseguir un grado satisfactorio de ventilación pulmonar.

El método es el siguiente:

- 1.- Limpie las vías aéreas.
- 2.- Coloque al paciente de espaldas, con el cuello extendido, la cabeza flexionada hacia atrás y el mentón hacia arriba para enderezar la vía aérea.
- 3.- Introduzca un pulgar en la boca, a nivel de la comisura labial, y traccione firmemente el maxilar inferior con el pulgar y los dedos.

- 4.- Con la otra mano ocluya las fosas nasales para evitar escapes de aire.
- 5.- Coloque su mano abierta sobre la boca de la víctima de manera que el contacto sea lo más estrecho posible.
- 6.- Expulse firmemente el aire en la boca del paciente, con suficiente fuerza y en suficiente cantidad como para expandir sus pulmones.
- 7.- Separe la boca y aproveche para inspirar cuando el aire -- escapa de los pulmones de la víctima.
- 8.- Repita las maniobras a razón de 12 a 20 veces por minuto.
- 9.- No suelte el maxilar del paciente entre respiración y respiración.
- 10.- De ser posible, debe recurrirse a la intubación orofaríngea.
- 11.- Reajuste la posición del mentón y el cuello si el aire no fluye libremente.
- 12.- Si es necesario, puede ocluirse la boca y practicar la respiración por el método boca-nariz.

CAPITULO

I V

COMPLICACIONES EN EXODONCIA

Antes de cualquier procedimiento quirúrgico debe hacerse una evaluación preoperatoria completa del paciente. -- Puesto que la mayoría de quienes reciben tratamiento dental son pacientes ambulatorios, y presumiblemente gozan de buena salud, se necesita una atención constante para descubrir estados patológicos asociados que tengan una etiología distinta de la del problema odontológico. La evaluación debe incluir una historia cuidadosa, un examen clínico completo, un estudio radiológico y los análisis de laboratorio necesarios. Los hallazgos pueden orientar hacia alguna afección local o general capaz de complicar el problema si se realiza la intervención planeada.

Un ejemplo excelente de la importancia de la evaluación preoperatoria es el de las hemorragias serias que ocurren en un hemofílico cuando se le opera sin preparación. Si el trastorno se reconoce antes, la preparación previa permitirá en general llevar a cabo la intervención sin que se presenten problemas serios.

Una buena regla para evitar complicaciones es no realizar ninguna intervención en los dientes o en las estructuras de soporte hasta que se disponga de las radiografías adecuadas. Las radiografías son indispensables porque aportan datos adicionales sobre la totalidad del problema, y porque a menudo orientan hacia las complicaciones postoperatorias que pudieran surgir. Las intervenciones realizadas a ciegas pueden provocar la fractura de raíces o de alvéolos, traumatismos en los senos maxilares, lesiones nerviosas, etc. que se habrían evitado con la ayuda de una buena radiografía.

Además para prevenir urgencias y complicaciones el dentista deberá poseer la capacidad necesaria para evaluar adecuadamente el problema antes de la intervención. Si se comprueba la existencia de una patología sistémica, el profesional debe reconocer la posible repercusión de ésta sobre la enfermedad local. De manera similar, debe saber evaluar las dificultades técnicas que plantean las situaciones que se descubren mediante el examen clínico y radiográfico. No todas las intervenciones son de la misma magnitud, y pueden surgir inconvenientes cuando el profesional intente realizar las que superen su capacidad. La prevención de estas complicaciones requiere siempre una eva-

luación honesta del problema; en otras palabras, el paciente - debe ser derivado a un colega especializado cuando las circunstancias lo aconsejan. Muchas de las emergencias y complicaciones pueden evitarse siguiendo un viejo adagio " Un buen médico es aquél que sabe lo que puede hacer, tanto como lo que no puede hacer".

FRACTURA DE LOS DIENTES.-

- a).- Por su morfología
- b).- Por la naturaleza de los tejidos circundantes
- c).- Por su posición

POR SU MORFOLOGIA.- Algunos dientes presentan raíces curvas, en tal forma que son tan frágiles que la dirección y el grado de fuerza ordinariamente aplicada para su extracción dan por resultado su fractura. Sucede especialmente en los terceros molares inferiores multiradiculares, las raíces de estos dientes son curvas y frágiles y como están empotradas en la parte más compacta de la mandíbula, hay gran tendencia a la fractura.

También los primeros premolares superiores, son en -- frecuencia los que siguen en cuanto a probabilidad de fractura.

Aunque el hueso es más diploico en este punto, las raíces bifurcadas son tan frágiles y afiladas que con facilidad se fracturan, aún procediendo con cuidado.

Los terceros molares superiores al igual que los inferiores varían en su forma y número de raíces. La parte del hueso en que se encuentran es más esponjoso y ceden con facilidad, de manera que utilizando una buena técnica las fracturas no serán frecuentes.

Siguiendo en orden la fragilidad, la raíz disto-vestibular de los primeros molares superiores que por la divergencia notable de sus raíces, presentan gran tendencia a la fractura.

Finalmente, con probabilidad de fractura se encuentran los afectados de hipercementosis, cementomas, odontomas, así como también los dientes geminados. Cuando éstos están alojados en el maxilar superior pueden extraerse sin mayor dificultad -- que cualquier diente normal, pero cuando se encuentran en la -- mandíbula especialmente premolares y molares, presentan neoformaciones en sus extremos radiculares y es por esto que su extirpación pueden ofrecer dificultades.

Por estos motivos, siempre que se descubran condiciones semejantes antes de intervenir, es conveniente descubrir tales dientes abriendo una ventana en su correspondiente pared alveolar vestibular.

POR LA NATURALEZA DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES.- Las raíces de los dientes con erupción normal están implantados en el tejido óseo al que se acosan íntimamente a ellos, y al proceder a la extracción se debe vencer la fuerza retentiva. Cuando el alveolo no cede y la resistencia de éste es mayor que el punto de fractura del diente, forzosamente tendrá que producir ésta. Estos factores varían en forma considerable incluso en condiciones normales.

Las dificultades debidas a esta causa son más frecuentes en molares y premolares inferiores por el hueso mandibular que es compacto y que aumenta de grosor en sentido distal - ya que las líneas oblicuas interna y externa se confunden en las superficies alveolares de sus respectivas caras.

Los premolares es un caso especial, por el hecho de tener sus raíces de considerable tamaño que al aplicarse la acción de palanca se fracturan fácilmente.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

POR SU POSICION.- Los dientes con mala posición cuya erupción es completa, casi siempre se fracturan al extraer los principalmente sucede con los premolares inferiores cuando se encuentran en giroversión. Las raíces de éstos están aplastadas en sentido mesio-distal y a la acción de palanca que es necesario ejercer, da lugar frecuentemente a la fractura. En general todos los dientes ectópicos han de extraerse con cuidado.

TECNICA DEFECTUOSA.- Examen incompleto de los dientes que han de extraerse y de los tejidos circundantes, selección inapropiada de los instrumentos, empleo inadecuado del -- anestésico, posición incorrecta del operador y paciente, etc., son algunos de los principales factores que complican una intervención exodóntica. Una manipulación común también defectuosa, consiste en aplicar las ramas de los fórceps de manera que prendan al diente en dos niveles distintos.

LUXACION DE LOS DIENTES CONTIGUOS.- La luxación o el desplazamiento parcial o completo de un diente contiguo constituye un contratiempo bastante frecuente. Esto ocurre sobre todo cuando se emplean botadores y se utiliza como punto de apoyo un diente mesial o distal. En algunos casos se recurre a una -

técnica en la que el diente vecino actúa como punto de apoyo, - pero esto debe de llevarse a cabo con el mayor cuidado no se empleará más fuerza que la necesaria para fijar el instrumento. Asimismo, debe procurarse apoyo al diente con la mano libre y jamás se aplicará la fuerza completa que puede completar o provocar un desplazamiento.

Los perjuicios en estas condiciones pueden variar -- desde un ligero aflojamiento hasta el desplazamiento completo - del diente. El mal resultado no siempre es proporcional a la lesión visible, en la mayoría de los casos se presenta un solo dolor temporal de diferente grado y que desaparece al cabo de - días. En otros, especialmente en los adultos de edad más avanzada, el diente puede desvitalizarse e infectarse.

La manipulación defectuosa del fórceps puede dar lugar al desplazamiento de un diente del mismo maxilar o del antag-- nista. Esto sucede principalmente cuando se intente la extracción del diente solo por tracción, intentando expulsarlo por - medio de esta fuerza al diente de su alveolo. Sucede entonces que la pieza dental se desprende súbitamente perdiendo el operador -

en ese instante el dominio de la mano y por consiguiente del -
instrumento.

FRACTURA DE DIENTES VECINOS.- La fractura de un diente vecino al que se extrae, constituye siempre un accidente desagradable, sobre todo cuando aquél se encuentra en buenas condiciones y no se pretendía su extracción. Las causas más frecuentes dependen de la manipulación defectuosa del fórceps, la posición incorrecta del operador, sujetar incorrectamente el fórceps o la ectopía de los dientes.

PENETRACION EN SENO MAXILAR.- Cuando al extraer un diente y se penetra en el seno maxilar o se provoca su apertura, el tratamiento depende de la naturaleza de la lesión, ya sea del interior del seno o de los tejidos que circundan el diente extraído. Tiene por consiguiente importancia estudiar primero las condiciones que puedan dar lugar a este accidente:

- 1o.- La proximidad de molares y premolares superiores con respecto al suelo del antro puede ser tal que la extracción sea imposible sin la fractura de la pared del seno. Cuando se dá esta condición anatómica existe solamente una fina laminilla de hueso o un tapiz -

membranoso entre el seno y las raíces dentarias. Esto sucede más a menudo en los primeros y segundos molares, a veces en los terceros y muy rara vez en los segundos premolares, en los primeros y en los caninos.

20.- El seno puede resultar lesionado a causa de un traumatismo excesivo o por la defectuosa aplicación de los instrumentos o de la fuerza.

30.- A causa de un estado patológico de los tejidos existentes entre las raíces y esta cavidad.

40.- Impulsión de cuerpos extraños en el seno.

50.- Fractura del cuerpo del maxilar.

APEPTURA ACCIDENTAL DEL SENO MAXILAR SANO.- Cuando existe relación anatómica raíz-seno, la laminilla de hueso que forma el piso del antro o una porción de su membrana, se extrae junto con el diente y por esta causa se establece una comunicación.

El diagnóstico es fácil en estos casos aunque en algunos la lesión puede pasar inadvertida. Constituyen signos --

manifiestos de esta complicación de hemorragia nasal en el lado correspondiente y la aparición de sangre espumosa en el alveolo. El paciente nota que al hablar el aire escapa por el alveolo y que los líquidos pasan de la boca a la nariz.

Está contraindicado explorar el seno y si no existen signos de complicaciones desagradables, ni siquiera es necesario el lavado del seno ya que debemos recordar que el epitelio ciliado que normalmente tapiza las paredes del seno maxilar resulta fácilmente atacado hasta por las soluciones antisépticas más débiles.

El alveolo dentario debe limpiarse perfectamente eliminando los restos de tejidos destruidos y traumatizados así como las esquirlas del alveolo que puedan existir, después se tapona con gasa hasta la mitad de su profundidad. Se deja que la sangre coagule y obture la profundidad del alveolo y se renueva la curación cada 24 o 48 horas. Al cabo de una semana o diez días, el alveolo queda obliterado por el tejido cicatrizal que procedente de todas sus paredes va colmando la cavidad.

Si la hemorragia es abundante y a la vez se produce epistaxis considerable es recomendable practicar uno o dos lava

dos del seno con una solución salina normal tibia. Esto tiene por objeto expulsar los coágulos de sangre contenidos en el mismo que de dejarse ahí podrían infectarse.

El objeto de este tratamiento es impedir la infección y la entrada de sustancias cargadas de gérmenes procedentes de la cavidad bucal y procurar la cicatrización rápida de la herida.

Una de las causas más frecuentes de lesión del seno maxilar es el raspado imprudente con la cucharilla para hueso o botadores. Si no hay una zona patológica, no está indicado el raspado; este será practicado cuando existe degeneración y proliferación de tejido patológico, limitándonos a extirpar -- estos tejidos.

La apertura del seno debe siempre considerarse como una complicación grave que puede, dar lugar a trastornos de gran alcance y duración que a veces son permanentes.

En la extirpación del segundo y más a menudo del tercer molar, puede fracturarse una porción de la tuberosidad y una parte mayor o menor en la lámina de hueso, que forma el suelo del antro. Lo más frecuente es que la porción de hueso-

fracturada quede adherida en parte al mucoperiostio y no pierda su vitalidad pero lo común es que se necrose. La porción de hueso fracturada a veces se adhiere al diente y se extirpa junto con él. La pérdida del diente y del hueso deja una herida abierta con exposición de la mucosa del seno. Cuando el seno no se encuentra en estado patológico es mejor cerrar la abertura inmediatamente porque el mucoperiostio desprendido y suelto ofrece suficiente margen para este objeto.

CONDICIONES PATOLOGICAS DEL SENO.- Cuando el seno -- resulta afectado a causa de la destrucción patológica de los te jidos que se encuentran entre el diente y la cavidad, deben con siderarse varios factores en su tratamiento. Al establecer el diagnóstico habremos de cerciorarnos de la extensión de tejido destruido a fin de que las partes enfermas puedan extirparse -- por completo; también valiéndonos de placas radiográficas y de la transiluminación se procurará comprobar el estado de la cavidad. Si se descubre que el seno se encuentra con alteraciones patológicas, resulta esencial recurrir al tratamiento adecuado.

CUERPOS EXTRAÑOS.- En la práctica exodóncica nos interesan principalmente aquellos casos en que un diente o una por

ción del mismo resultan impelidos dentro del seno maxilar. -- Aunque esto no es frecuente puede suceder que la raíz fracturada de un primero o un segundo molar sea empujada hacia dentro del antro si no se procede con cuidado, esto ocurre con frecuencia con el empleo de los botadores.

La extracción de estos cuerpos extraños no siempre es fácil, cuando un diente o un fragmento de él se desprende de sus inserciones alveolares y resulta desplazado es muy difícil precisar exactamente su situación. Lo más que podemos determinar en su presencia y aproximadamente el lugar que ocupa.

En muchos casos la invasión del seno maxilar va seguida inmediatamente de infección aguda y empiema, en otros puede producirse complicaciones por parte de la nariz o de sus cavidades accesorias.

FRACTURA ALVEOLAR.- La fractura del alveolo es un accidente común en la extracción dentaria; un pequeño grado de fractura y fragmentación de su tejido puede considerarse como un incidente inevitable de la operación. Sin embargo existen casos en que la fractura comprende una porción considerable del hueso que corresponde al proceso alveolar de uno o varios dien-

tes. Esto ocurre con más frecuencia al extraer el primero y segundo molar y canino superior.

Esta porción de hueso fracturada generalmente se necrosa y más tarde expulsa. Si el hueso no queda totalmente desprendido del periostio y se adapta bien, puede llegar a soldarse, - esto está determinado en cierta medida: por el grado del traumatismo y de resistencia vital de los tejidos. Se han visto casos en los que se conservó la relación del fragmento del hueso y del periostio y el fragmento se adhirió a pesar de la infección que se produce.

Cuando la porción fracturada del hueso es muy extensa o está completamente desprendida del mucoperiostio, es recomendable su inmediata extirpación. El pronóstico del diente interesado es más favorable cuando se extirpa quirúrgicamente el -- fragmento óseo que si deja permanecer hasta que se establezca supuración y se expulsa por sí mismo. En una herida limpia, si la porción ósea del periostio permanece íntegra, puede tener -- lugar la regeneración completa del diente.

FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR.- La fractura del maxilar inferior en la práctica exodóncica constituye un accidente-

raro, se presenta con mayor frecuencia en la extracción de terceros molares incluidos. Sin embargo se han visto casos en que la fractura se produjo en la extracción de premolares o de un molar con erupción normal.

Hay condiciones en las cuales este accidente no se atribuye a fuerzas indebidas por el operador, pudiéndose citar a este respecto las inclusiones profundas; la fragilidad senil del hueso en masa y la alteración de sus sustancias; la degeneración debida a la osteomalasia; la fragilidad ósea por procesos patológicos locales, tales como quistes o neoplasias, necrosis, etc.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR.- La fractura de la tuberosidad del maxilar superior no constituye siempre un accidente evitable, ya que en algunos casos la fractura ocurre inesperadamente sin que sea debido a una fuerza excesiva aplicada en la extracción dentaria; este accidente cuando tiene lugar en la extracción de los terceros molares y a veces en los segundos, la fractura puede variar con respecto al volumen del hueso desprendido y de las partes interesadas. Si al intervenir notamos la fractura antes de la extracción com

pleta del diente, es recomendable disecar cuidadosamente éste sin desprender el hueso del mucoperiostio. Cuando éste se practica con cuidado, regularmente el hueso se adhiere: en algunos casos la tuberosidad se fractura diagonalmente hacia atrás y por arriba del alveolo. El mucoperiostio se desgarran en los lados vestibular y palatino y los tejidos comprendidos en la fractura forman una masa péndula semidesprendida. Si el traumatismo no ha sido considerable, la relación normal de las partes puede restaurarse y mantenerse con unos pocos puntos de sutura, pero en algunos casos la porción de hueso queda separada del periostio o puede salir adherida al diente. En este caso lo mejor es completar la extracción y colocar los tejidos blandos en la posición más favorable para la cicatrización. Si el fragmento del hueso fracturado contiene un diente que se desea conservar, tendrá que sufrir la misma suerte que el hueso. Un diente retenido en esta circunstancia debe someterse durante algún tiempo a observación con respecto a su vitalidad.

En este accidente el seno maxilar resulta casi siempre lesionado y con respecto a ello deben tomarse en cuenta dos condiciones:

10.- La membrana que lo tapiza queda al descubierto pero íntegra y si los tejidos suprayacentes se tratan debidamente es probable que se evite la infección del seno.

20.- Una parte de la membrana que lo tapiza o una porción de la misma correspondiente al fragmento de hueso extirpado sale con él y la herida comunica directamente con el seno maxilar.

En este caso si el seno maxilar se encuentra en estado normal debe limpiarse la herida de todos los residuos y fragmentos de hueso y tejido blando, después se adosa al mucoperiostio palatino y vestibular y se sutura. Si caracteriza por primera intención se evita la infección del seno.

ALVEOLOS SUPURANTES Y DILATADOS.- Cuando un alveolo no cicatriza después de un tiempo razonable, puede existir o no supuración. Las causas más frecuentes son:

10.- La permanencia en el alveolo de una porción de la raíz.

20.- La presencia de esquirlas que actúan como irritantes.

30.- Cuando un diente contiguo o una zona de hueso infec-

tados drenan por el alveolo.

40.- Cuando el seno maxilar infectado evacúa su contenido por el alveolo de un molar superior, aunque esto es raro.

50.- En caso de cuerpo extraño como por ejemplo una obturación o incrustación desplazada o una porción de guta percha contaminada que pueden haber quedado retenidos en los tejidos.

60.- Por la de un quiste infectado o un granuloma en plena desintegración.

La presencia de una o varias esquirlas puede dar lugar a una inflamación moderada con ligero dolor. En estos casos se observa a menudo una proliferación excesiva de tejido -- que puede rebasar el alveolo. La masa del tejido está por lo general enrojecida, de consistencia esponjosa y con gran tendencia a sangrar que a veces simula una neoplasia; la presión puede colocar unas gotas de pus en una o varias fistulas. Las pequeñas esquirlas pueden desprenderse y expulsarse o ser arrastradas mediante una irrigación; una vez eliminadas estas esquirlas se reabsorbe el tejido excedente. En algunos casos a consecuencia del dolor y del resultado tardío del tratamiento -

se hace necesario limpiar la zona intervenida con la cucharilla para hueso bajo anestesia local.

LESION DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.- La lesión del nervio dentario inferior es consecuencia de su paso por la zona patológica que rodea al diente extraído, puede existir una íntima relación anatómica entre el conducto maxilar inferior y el ápice del diente o bien un traumatismo excesivo puede ser la causa de resultar afectado el nervio.

Cuando un granuloma y con más frecuencia un quiste, invade el conducto dentario inferior, los tejidos en el contenido pueden resultar directamente afectados, pero generalmente se desplazan bajo la acción de estos tumores. Los rayos X nos demuestran a menudo el conducto desviado. En la extracción de un diente en esta forma atacado es siempre recomendable poner la zona patológica al descubierto de manera que pueda observarse. Si el conducto no está abierto y su contenido no quedó al descubierto ni fué traumatizado, la función del nervio no se altera. Si el tronco nervioso está al descubierto es inevitable un cierto grado de traumatismo y esto puede dar por resultado la pérdida temporal, completa o parcial de la función ner--

viosa y en algunos casos definitiva.

La lesión está generalmente caracterizada por entumecimiento de la porción anterior del maxilar inferior, los síntomas son más pronunciados en la mucosa de la región de premolares y en los dientes anteriores incluyendo el labio inferior. La anestesia puede extenderse en cierto grado al mentón y a la piel de la línea media, algunas veces puede existir parestesia, o sea, una mezcla de entumecimiento, dolor y sensaciones neurálgicas convulsivas.

Cuando los dientes han erupcionado normalmente, el tercer molar es el único en número limitado de casos se encuentra muy próximo al conducto del maxilar inferior. Existe siempre algo de hueso aunque sea escaso que separa el conducto de los ápices radiculares, por consiguiente con precaución estos dientes pueden extraerse sin fracturar los límites óseos del conducto.

La lesión directa del nervio tiene lugar con más frecuencia al romperse el diente y extraer una raíz en forma imprudente jamás debe de aplicarse la fuerza directamente sobre la raíz al intentar desplazarla, es mejor resacar una porción -

de hueso lateral o distal hasta que la raíz pueda ser movili-
zada con un elevador fino o una cucharilla y extraída por un-
movimiento en sentido exterior, o sea, alejándose del conduc-
to.

Si se fractura la pared superior del conducto y que
da al descubierto su contenido o si una porción de la raíz re-
sulta impelida a su interior, las complicaciones consecuentes
son casi siempre desalentadoras y de difícil tratamiento. La
simple depresión o fisura de la pared del conducto es seguida
a veces de anestesia temporal o dolor neurálgico.

LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR.- La luxación conse-
cuente a la extracción dentaria, es generalmente de tipo sim
ple, bilateral y traumático; el cóndilo se desliza sobre la-
eminencia articular y queda fijado.

La luxación ocurre con más frecuencia durante la --
anestesia general y las causas son generalmente la fuerza in-
devida aplicada a la extracción de las piezas inferiores y la
apertura exagerada de la cavidad oral al intervenir.

Cuando el paciente tiene conciencia, tiende a cerrar

la boca y los músculos contrarrestan la presión que sobre la mandíbula ejercen las maniobras operatorias. Sin embargo este accidente puede ocurrir aunque el paciente conserve el conocimiento.

En la anestesia general siempre hay cierta relajación muscular y el cóndilo se desplaza más fácilmente. Una vez que se ha terminado la administración de anestésico y el paciente recobra el conocimiento, de haberse producido la luxación se anotará que los dientes no se aproximan en oclusión y que la boca permanece abierta. El maxilar aparecerá dirigido hacia adelante y los músculos maseteros parecen encontrarse en estado de distensión, lo cual constituye el cuadro característico de la luxación de la mandíbula.

Esta luxación debe reducirse antes de que el paciente recobre el conocimiento y a menudo puede lograrse dirigiendo suavemente la mandíbula hacia atrás, sin embargo, en algunos casos ha de ejercerse más presión hacia abajo y atrás.

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.- La pérdida del control de los instrumentos produce a veces laceraciones, desgarros u otras lesiones en los tejidos blandos. Los eleva

res o fórceps pueden resbalar en la superficie de los dientes y dañar los tejidos del labio, la mejilla, la lengua, el piso de la boca o el paladar. Durante la exodoncia puede producirse la fractura del hueso adyacente al diente, con desgarro miento de la mucosa. Además, los discos, los buriles y otros instrumentos rotatorios pueden resbalar accidentalmente y lesionar los tejidos blandos adyacentes.

Todas estas lesiones son susceptibles de ser evitadas. Los riesgos pueden reducirse mediante el uso cuidadoso de los instrumentos y un soporte adecuado de la mano con el fin de limitar los movimientos.

DESARRAMIENTO DE LA MUCOSA.- Estas heridas deben tra tarse inmediatamente: en la mayoría de los casos se procede a una sutura sin desbridamiento. La hemorragia se controla generalmente por compresión, aunque a veces es necesario ligar los vasos principales o los sitios que sangran. Es raro que las la ceraciones o desgarramientos limitados a la mucosa sean lo sufi cientemente profundos como para asegurar el cierre de planos. -- El restablecimiento de la mucosa solo requiere una sutura con puntos interrumpidos o continuos. El periostio que se haya --

separado del hueso debe ser reubicado y saturado sin demora.

HERIDAS PROFUNDAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.- Pueden producirse heridas profundas cuando los discos, los buriles u otros instrumentos de exodoncia resbalan en la superficie dentaria y laceran o desgarran los tejidos blandos. En ocasiones, la ruptura de vasos importantes provoca hemorragias profusas; esta situación es rara, afortunadamente, pero cuando se produce exige una intervención rápida. El operador debe conservar la calma y tomar inmediatamente las medidas necesarias para detener la hemorragia. Esto se logra generalmente ejerciendo compresión digital sobre un pedazo de gasa colocado en la zona sangrante. A veces se requiere una fuerte presión con los dedos de ambas manos, una que comprima la región hemorrágica, por dentro de la boca, y otra que lo haga por fuera. Si la hemorragia no para con este método, se extraerá la sangre mediante aspiración continua y se coserán cuidadosamente los vasos principales, las zonas hemorrágicas y los bordes de la herida.

Una vez conseguida la hemostasis, estas heridas deben ser suturadas por planos, obliterando las zonas profundas para eliminar cualquier espacio muerto, y aproximando la submu

cosa para reducir la tensión sobre las suturas de la mucosa. Aunque generalmente se usan hilos absorbibles para suturar los vasos y cerrar las capas profundas, también es posible emplear hilos no absorbibles de algodón o de seda, que son bien tolerados por los tejidos de la boca.

HERIDAS PUNZANTES.- Este tipo de lesiones ha recibido poca atención en la literatura especializada. Tales heridas se deben, generalmente a caídas o accidentes que ocurren mientras el individuo tiene en la boca algún objeto duro y puntiagudo. Heridas similares pueden producirse, sin embargo, -- por punción accidental con los instrumentos usados por el dentista. A veces hay perforaciones completas cuando la lesión afecta los labios, las mejillas y el paladar blando.

Las lesiones que así se producen son más alarmantes -- que peligrosas. Es raro que la herida punzante sangre mucho, -- dado que el tejido blando tiende a contraerse o retraerse una -- vez que se ha retirado el objeto penetrante. Habitualmente no es necesario proceder a la sutura; más aún, en general ésta -- se halla contraindicada porque favorece el desarrollo de bacterias anaerobias que pudieran penetrar durante el accidente. El

tratamiento consiste en explorar la herida para asegurarse de que no queden cuerpos extraños, lavarla minuciosamente con anti séptico y dejarla que se cure con granulación.

El profesional también tomará las medidas necesarias para evitar una infección secundaria.

Todas las heridas de la boca se producen en una zona contaminada; en consecuencia, la infección secundaria es una complicación que siempre debe tenerse en cuenta. El dentista hará todo lo posible para prevenir la infección o eliminarla si ella se ha producido. Las medidas preventivas comprenden una rigurosa esterilización del instrumental limpieza minuciosa de la herida, hemostasis completa y cierre apropiado. Los antibióticos no son esenciales si la herida es superficial, pero están formalmente indicados cuando la lesión abarca estructuras más profundas.

En tal caso, deben darse en cantidades suficientes y durante un tiempo necesario para impedir o controlar la infección y evitar el desarrollo o gérmenes resistentes.

Cuando las lesiones punzantes son producidas por objetos contaminados, capaces de introducir materiales sucios en la

herida, debe recurrirse a medidas de protección contra el - - Clostridium tetani. Tales infecciones, que son catastróficas y de mortalidad muy elevada, obligan a la profilaxis activante la sola sospecha de una herida contaminada por este microorganismo. El paciente ya inmunizado con toxoide tetánico -- que ha recibido inyecciones de refuerzo en los intervalos indicados, deberá recibir otra inyección de refuerzo consistente en 0,5 ml de toxoide tetánico con hidróxido de aluminio. - Si el paciente no ha sido inoculado contra el tétanos o si se abrigan dudas sobre la inmunidad activa del enfermo, se provee inmunidad pasiva con 250 a 500 unidades de globulina inmune -- antitetánica humana mediante inyección intramuscular profunda. Al mismo tiempo, pero en otra extremidad y con jeringa aparte, se dan 0,5 ml de toxoide tetánico con hidróxido de aluminio, - seguido de otra dosis a las 4 semanas y una dosis de refuerzo de 0,5 ml a los 6-12 meses.

Como la profilaxis del tétanos compete a la práctica médica se debe remitir a un facultativo al paciente que requiere este tratamiento.

OBTURACIONES DESALOJADAS O ROTAS.- Otra de las complicaciones de la exodoncia, realmente lamentable, es el desprendimiento de la obturación de un diente contiguo. Este accidente se observa especialmente durante la extracción de un tercer molar impactado, cuando el molar adyacente tiene una obturación distal. Tal complicación, sin embargo, también puede producirse en cualquier sector de la boca por el uso inadecuado de fórceps o elevadores. En este caso el operador procederá a extraer el diente y colocará luego una obturación temporaria en la pieza adyacente. La restauración final se hará más adelante.

Las obturaciones rotas, junto con otros cuerpos extraños, pueden caer en la cavidad abierta y quedar encerradas inadvertidamente en la herida. Este problema no es serio, pero se le deberá evitar en lo posible. Las radiografías postoperatorias, realizadas antes de cerrar la herida, ayudarán a evitar complicaciones, pero el método no siempre resulta práctico. No obstante es de buen criterio sacar placas cuando el procedimiento ha sido particularmente difícil o cuando se ha producido fragmentación extensa del diente o de una obturación.

Otra medida simple para reducir al mínimo las complicaciones es seguir un orden determinado al extraer los dientes. Ejemplo de esto es la conveniencia de extraer primero las piezas superiores, cuando deben sacarse, en una misma sesión, -- piezas superiores e inferiores. En caso contrario las obturaciones desalojadas, los fragmentos de dientes y otros cuerpos extraños pueden caer en las cavidades abiertas del maxilar inferior y quedar allí sin ser descubiertos.

No es necesario extraer los fragmentos metálicos que aparezcan en las radiografías de rutina en un hueso por lo demás normal. Raras veces producen síntomas y pueden quedar durante años sin originar problemas. Las intervenciones dirigidas a recuperarlos casi nunca están indicadas.

EXTRACCION EQUIVOCADA DE UN DIENTE.- La extracción equivocada de un diente es una situación lamentable. Afortunadamente puede evitarse si el dentista se mantiene alerta y -- ajusta su proceder a ciertos principios importantes. En primer lugar debe tener una noción clara de la pieza o las piezas que va a extraer. Un criterio práctico es preguntar al paciente si sabe cuáles son los dientes que deben sacarse. Si el paciente-

ha sido remitido por otro odontólogo, y si existe duda, es necesario consultar al dentista que lo envió. En segundo lugar, se debe disponer de buenas radiografías, bien reveladas, y correlacionar los hallazgos clínicos con los datos radiográficos. Finalmente, el operador deberá concentrarse en el problema que tiene en manos y no permitir que ninguna distracción interfiera con el manejo del caso. Cuando por razones de ortodoncia, sea necesario extraer dientes sanos, es conveniente marcar las coronas de éstos con un lápiz indeble para asegurar la extracción de la pieza correspondiente.

El uso imprudente de elevadores puede aflojar el diente vecino al que debe extraerse. Esto se observa especialmente cuando las raíces de las piezas adyacentes son cónicas y se aplica una fuerza a la corona para movilizarla. La complicación se evita evaluando bien el problema y teniendo sumo cuidado en no aplicar la fuerza sobre el diente adyacente.

Si el diente ha sido extraído por error, la situación puede encararse de la manera ya explicada en relación con las piezas arrancadas por accidente. Lo común es que la pieza no pueda reponerse, de manera que el odontólogo deberá enfrentar-

el problema con el mejor criterio posible y evitar que se plante una situación legal.

FRACTURAS DE RAICES.- Las raíces fracturadas y retenidas en el alvéolo pueden originar procesos patológicos, pero es más común que permanezcan durante años sin crear problemas. Este hecho no significa que deban ser dejadas tal como están -- por lo contrario, y salvo pocas excepciones, se las debe sacar inmediatamente.

Si bien muchas veces se evita la fractura de las raíces recurriendo a las radiografías y haciendo una adecuada planificación preoperatoria, muchos dientes presentan condiciones que tornan extraordinariamente difícil la extracción sin romper las raíces. Cabe anticipar que habrá rotura de raíces en cualquiera de las siguientes condiciones.

- 1.- Raíces delgadas
- 2.- Raíces curvas
- 3.- Raíces divergentes
- 4.- Raíces anquilosadas
- 5.- Dientes desvitalizados
- 6.- Hueso alveolar adyacente denso

7.- Aplicación de una fuerza excesiva

8.- No tomar correctamente el diente

De lo que antecede, solo los dos últimos factores, - el exceso de fuerza y no tomar el diente como corresponde, dependen del operador. Por lo tanto, la fractura de la raíz, la mayoría de las veces hay que retirarla en seguida, porque su remoción no entraña un procedimiento quirúrgico difícil.

REMOCION CERRADA.- La remoción de las raíces se divide en varias categorías. En los dientes de una sola raíz en que la corona se fractura y queda toda la raíz, ésta se retira a veces con la técnica de la pinza, pero por lo general es difícil hacer asentar la pinza correctamente sobre el diente fracturado sin sacrificar una considerable porción de hueso. Por lo tanto, está indicado el elevador recto introducido entre la raíz y el hueso alveolar. La eficiencia con que se emplee el elevador depende de que se establezca un firme punto de aplicación en la raíz y de que la pared ósea adyacente sea de suficiente espesor como para que ofrezca un fuerte punto de apoyo. Si se cuenta con estos factores, forzando el elevador en sentido apical entre la raíz y el hueso y haciéndolo rotar a derecha e

izquierda se suele desalojar a la raíz única fracturada.

Si se fractura la corona de un diente de varias raíces -- el enfoque es distinto. Aunque en ocasiones las raíces pueden tomarse con la pinza, no se suele obtener suficiente "garra" sobre ellas como para asegurar su extracción. En consecuencia, por lo general está indicado separar las raíces entre sí con la fresa o el formón y extraerlas una por una de la manera indicada precedentemente.

REMOCION AL CIELO ABIERTO.- Cuando no se consigue sacar las raíces con el método cerrado tras un lapso razonable, hay que desistir y recurrir al método de cielo abierto. Este procedimiento consiste en rebatir un colgajo mucoperiostico de la superficie labial o bucal de la apófisis alveolar y extraer suficiente hueso como para permitir el acceso y la visualización directa de la raíz. A veces está indicada la remoción de hueso interseptal. Habiendo obtenido el acceso, por lo general es fácil extraer la raíz con elevador o pinza, pues se obtiene la hemostasis y la raíz se ve con buena luz.

PUNTAS DE RAICES.- Para extraer las puntas de las raices hay que examinar cuidadosamente la superficie radicular del diente extraído, antes de intentar la extracción del fragmento. Esto puede sugerir la manera de simplificar el procedimiento. Si la fractura de la raíz es oblicua, muchas veces se consigue introducir un elevador de punta aguda entre el hueso y el ángulo agudo de la superficie de fractura para desalojar la raíz.

En algunos casos se puede emplear un trépano para el hueso con el fin de agrandar el alvéolo en torno de la punta de la raíz, hasta que ésta se afloja. Después se hace la extracción con un pequeño elevador o con la pinza. Si estos procedimientos fracasan o si el acceso o la visibilidad en el interior del alvéolo son difíciles, se desiste de retirar la raíz por el alvéolo. Se expone entonces la raíz mediante la reflexión de un colgajo mucoperiostico, eliminando suficiente hueso bucal e intraseptal para obtener una visualización directa. En ocasiones es ventajoso hacer una ventana ósea a nivel del ápice de la raíz para introducir un elevador y desplazar la raíz a lo largo del alvéolo vacío. Esto es particularmente útil para extraer la raíz bucal de los primeros dientes bicú-

pides superiores. De todos modos, la remoción de la raíz con elevadores o pinzas suele ser sencilla una vez obtenido un acceso adecuado.

INDICACIONES SOBRE EXTRACCION DE RAICES.- Si bien - las raíces rotas deben extraerse en la mayoría de los casos, - en raras ocasiones es necesario dejarlas en el alvéolo. Así, - la posición de algunas de ellas plantearía riesgos importantes - si se decide extirparlas, porque a veces es necesario extraer - una porción grande del hueso adyacente. Esta pérdida de hueso - podría afectar la estructura del sostén de los dientes vecinos.

Además, la extracción de raíces en íntima relación - con el surco maxilar inferior puede lesionar el nervio maxilar - y producir parestesias desagradables. En tales circunstancias - se aconseja dejar los fragmentos en su sitio.

En otros casos las raíces de los dientes inferiores - están situadas de manera tal que, al extraerlas en el intento, - se las puede impulsar accidentalmente hacia los espacios subma- - xilar o sublingual a través de la lámina interna del maxilar. - Esta complicación obedece al hecho de que el maxilar inferior - es más ancho en su parte superior que en el borde inferior; el-

espesor disminuye a expensas del lado interno y las raíces se encuentran, a menudo, próximas a la lámina lingual. Cuando se ha producido el accidente mencionado, la posición que la raíz ocupa puede determinarse quiéndose por el sitio de inserción del milohioideo. Si ella se encuentra por debajo de los épices del diente, la raíz estará en el espacio sublingual; si se encuentra, por encima, en cambio, la raíz estará en el espacio submaxilar. De manera similar, la situación de los dientes superiores puede ser tal que cualquier intento de extraerlas raíces fracturadas hará que se introduzcan en el seno maxilar.

La extracción de raíces que han sido desplazadas a la zona lingual y al seno maxilar implica una intervención larga y complicada que deberá evitarse en lo posible. Antes de extraerlas el cirujano debe analizar cuidadosamente los alcances de la intervención a realizar y las complicaciones que pudieran seguir si esta posibilidad existe, es de buen criterio dejar la raíz en el hueso alveolar, ya que la simple existencia de una raíz residual no implica negligencia del operador, sino a la inversa la aplicación de un sano criterio quirúrgico.

Cuando el dentista decide no extraer una raíz, debe explicar al paciente que las consecuencias de la intervención -- pueden ser más serias que las de la enfermedad. Nunca debe -- decirse, por ejemplo, que la raíz se resorberá o que saldrá -- espontáneamente. Se informará al paciente que será sometido a exámenes periódicos y que, en el caso de aparecer cambios patológicos, se tomará la mejor decisión al respecto. Todo lo conversado se registrará con detalle en la historia clínica.

Es necesario extraer las raíces que hayan sido forzadas a través de la superficie interna del maxilar. Para ello se des-- pega el periostio del surco alveolar, a nivel del lado interno del maxilar, ya se trata de tomar la raíz con pequeñas curetas curvas. La extracción puede facilitarse presionando desde fuera sobre la región afectada para impedir nuevos desplazamientos.

DIENTES DESPLAZADOS.- En ocasiones, la aplicación de fuerzas exageradas puede desplazar un diente íntegro e introducir - lo en el espacio anatómico contiguo. Este problema es más común durante el tratamiento de terceros molares impactados; el tercer molar superior puede ser desplazado a la fosa infratemporal o al seno maxilar, mientras que el tercer molar inferior --

puede ser introducido en el espacio submaxilar. Esto último - ocurre más frecuentemente cuando se intenta partirlo después de haber liberado sus adherencias; en tales circunstancias, - la fuerza transmitida por el martillo hace que el diente flojo atraviese la tabla interna del maxilar inferior. En lo que -- respecta al tercer molar superior, el desplazamiento generalmente se debe a la aplicación inadecuada de los elevadores.

Cuando se ha desplazado, el tercer molar inferior de be ser extraído inmediatamente, lo cual puede hacerse por vía intrabucal, despegando una amplia capa de periostio del lado interno y extrayendo el diente sin dificultad con curetas o - elevadores curvos; la extracción también debe ser inmediata en el caso de piezas desplazadas al seno maxilar; esto se lleva a cabo mediante una exposición amplia de acuerdo con la técnica Caldwell-Luc. El enfoque es diferente, en cambio, cuando hay - que extraer un tercer molar superior introducido en la fosa infratemporal; en tal caso, y a consecuencia de lo estrecho de - la vía de acceso, es difícil sujetar el diente una vez que se - lo ha visualizado. Los intentos de tomarlo con un instrumento sólo consigue, a menudo, desplazarlo más profundamente y com-- plicar la situación. Para evitar problemas se aconseja poster

gar la extracción durante varias semanas, dejando la pieza en la fosa infratemporal y permitiendo la fibrosis del tejido que la rodea. Este proceso tiende a inmovilizarla y a impedir que se mueva o se desplace durante la intervención posterior. Después de un intervalo adecuado será posible exponer ampliamente la zona, y con la ayuda de una buena hemostasis y de una adecuada iluminación, extraer la pieza con un instrumento dentado.

CAPITULO

V

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

a).- INFECCION.- La complicación más molesta posterior a una extracción, es sin duda la infección. La forma más frecuente es alveolitis, pudiendo extenderse al tejido óseo vecino y provocando periostitis, osteítis; llegando inclusive a lo peor, la osteomielitis.

También puede pasar a los tejidos blandos, provocando adenitis, edema, flegmones, abscesos, etc.

Los antibióticos en sus diversos tipos han sido de gran ayuda para el odontólogo, siempre y cuando se tenga un diagnóstico preciso.

ALVEOLITIS.- Es una de las complicaciones más frecuentes y molestas se conoce también con el nombre de Alveolo Seco.

La condición más molesta se caracteriza por dolor y a veces dolor neurálgico intermitente; el tejido óseo que forma

el alveolo o una porción de él se necrosa. El exámen clínico - denota que no hay tumefacción en los tejidos blandos o es muy - ligera. La superficie interna del alveolo está desprovista de - tejido cicatrizal; el hueso está al descubierto y tiene aspec- to necrótico; el mucoperiostio ofrece un borde ligeramente in- flamado e irregular y permanece separado del hueso.

La región no se presenta realmente seca pues hay - - afluencia constante de pus y residuos de olor desagradable. La cicatrización es tardía y hay dolor intenso del alveolo.

La etiología no siempre obedece a un factor determi- - nante, pero se citan como causas predominantes: la infiltra- - ción infecciosa, acción tóxica de algún medicamento o anesté- - sico y traumatismo exagerado.

Siempre debemos raspar consecuentemente a una extrac- - ción donde resulte el alveolo sin sangre, con el objeto de pro- - vocar sangrado y proteger por medio de un coágulo a nuestro al- - veolo operado.

La duración de la alveolitis es siempre larga y dá -- origen a fenómenos desagradables, tales como la fetidez del - -

aliento mal gusto y sobre todo, dolores agudos constantes - que no se consiguen calmar con la mayor parte de medicamentos o remedios.

TRATAMIENTO.-

- 1o.- Limpiar perfectamente el alveolo con agua oxigenada a presión.
- 2.- Colocar un apósito quirúrgico, que en su composición tienen acción sedante y germicida y por las cuales - se acusará una rápida mejoría, siempre y cuando las curaciones se sucedan cada 72 horas.
- 3.- En casos más serios, podemos anotar el uso de anti--bióticos, tanto locales como inyectados.

PERIOSTITIS.- Puede sobrevenir cuando se han traumatizado los tejidos en forma exagerada. La parte afectada de hueso, estará extremadamente sensible al tacto; hay más o menos inflamación del color debido a la equimosis; el paciente puede quejarse de dolor irradiado a todo un lado de lado de la cabeza; la inflamación cede a las dos o tres semanas a menos que exista un cuerpo extraño y entonces se hace crónica; la inflamación si tiene infección producirá una elevación de la -

temperatura, la inflamación del periostio podrá apreciarse - en un examen radiográfico.

TRATAMIENTO.-

Será de gran ayuda la administración de antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos; si hay infección deberá canalizarse y si existen cuerpos extraños, deberán extraerse.

OSTEITIS.- Es una complicación seria donde el papel del odontólogo es puramente sintomático y en contra de la infección. Se recurrirán a los antibióticos, lavados periódicos para mantener limpia la herida, además de los procedimientos empleados en una alveolitis.

OSTEOMIEELITIS.- Etimológicamente significaría una -- inflamación de la médula ósea, sin embargo es una infección -- del tejido óseo y puede presentarse en forma aguda y crónica.

Lo que caracteriza a este padecimiento es la mortificación de zonas que pueden ser de tamaño variable, llegando en -- ocasiones afectar todo el maxilar. La osteomielitis tiene predilección por la mandíbula, siendo en esos casos, de consecuencias serias.

Ataca con predilección a las personas cuya edad oscila entre 20 y 30 años; y en mayor proporción al sexo masculino que al femenino.

ETIOLOGIA.-

Su agente causal es el estafilococo aureus, que tiene la tendencia a formar abscesos centrales en el hueso, necrosis y secuestros.

VIAS DE INFECCION.-

Extracción dentaria en período de infección aguda, aquí el peligro empieza desde la infiltración anestésica, la parodontosis, la moncartritis apical, cuando, en las extracciones se deja una raíz por un período más o menos largo, se desarrolla la osteomielitis por vía sanguínea.

SINTOMATOLOGIA.-

En la aguda comienza con vivos dolores en el punto de origen y que no ceden a los analgésicos comunes y que influyen en el estado naturalmente general; aumenta la secreción salival; se dificulta la movilidad maxilar y la sensibilidad de los dientes se exagera; hipertemia nocturna; formación -

de fístulas.

TRATAMIENTO.-

El tratamiento precoz no puede considerarse ya que - el principio de la enfermedad es muy difícil de diagnosticar, - aún en el examen radiográfico no hay datos anormales al principio. El mejor tratamiento es el que considera el drenaje y la secuestromía.

SINUSITIS.- Es la infección e inflamación de la mucosa que tapiza el seno maxilar o antro de Higmore.

Puede ser una complicación de una extracción de una - pieza que tenga en alguna de sus raíces un quiste, y no es raro que con la pieza venga adherido un trozo de hueso que corresponda al piso del seno, dejando una entrada a los gérmenes. -- No necesariamente debe existir un quiste, la misma longitud de las raíces a veces intervienen en el Antro y solo están recubiertas por mucosa.

Otra causa, pueden ser los traumatismos y complicaciones de caries de 4o. grado en premolares y molares.

SINTOMATOLOGIA.-

El paciente siente el carrillo tenso, el ojo pesado, algunas veces doloroso; dolor sub-orbitario; región suborbitaria sensible a la presión; no tarda en aparecer la supuración y el enfermo siente que le escurre por la nariz; dolor intenso a la palpación.

En el estado crónico, los síntomas pueden pasar inadvertidos por algún tiempo.

TRATAMIENTO.-

En los primeros periodos se requiere poco tratamiento; si persiste, se procederá al tratamiento quirúrgico, y mientras tanto el tratamiento será sintomático y con antibiótico.

TECNICA DE CADWELL LOCK.-

Se puede utilizar anestesia local por infiltración, - inyectando a nivel de la fosa canina, para bloquear el infra-orbitario y en la tuberosidad para el dentario posterior. Conseguida la anestesia se incidirá, desde la cara distal del canino, hasta la cara mesial del primer molar; dicha incisión tendrá -

aproximadamente un cm. ó 15 cm. de longitud, de convexidad - hacia abajo y a la altura del pliegue gingivo-labial aproximadamente.

Se legra ascendentemente, para dejar descubierta la fosa canina, se despega y levanta el mucoperiostio hasta antes de llegar al conducto infraorbitario, teniendo cuidado del nervio que ahí se encuentra.

Se procede a hacer un cuadrado de 1 cm. por lado, -- haciendo cuatro perforaciones con una fresa o cincel, se descubre el seno y se procede según el caso.

En caso de extraer cuerpos alojados, raíces o en casos de sinusitis crónica, remover la mucosa esfacelada con gasa y dándole movimientos rotatorios; habiendo quedado limpia la cavidad, se meterá una gasa acordonada (para facilitar su extracción) y lubricada, por las fosas nasales y por medio de aguja cooper, además de un vehículo graso, debe contener la gasa, un antiséptico y un antibiótico.

Se sutura la mucosa con puntos aislados, la gasa se va retirando poco a poco cada tercer día. Parenteralmente, se administrará algún antibiótico.

ADENITIS.- Es una inflamación del tejido linfóide, al penetrar por la vía linfática, los gérmenes se encuentran a su paso; se produce así el infarto en el ganglio que se encuentra duro, doloroso al contacto y aumentado de volumen. Si la resistencia no es suficiente para vencer al proceso infeccioso el ganglio se reblandece y comienza a supurar, aumentando el dolor y la tumefacción, la supuración puede extenderse y hacerse difusa trayendo graves consecuencias, pues llega a ulcerar y perforar los órganos vecinos.

En el período agudo, está contraindicada toda intervención quirúrgica.

EDEMA.- En ocasiones, sin reacción ganglionar se inflama la cara en forma alarmante y la piel se pone tensa y brillante. El proceso se resuelve a menudo en un período de 48 a 72 horas, pero puede suceder que el edema evolucione hasta el flegmón.

ABSCESOS.- Puede ser otra complicación de la extracción y pueden situarse en lugares distintos; así mismo pueden ser abscesos mucosos, gingivales y cutáneos; según fistulicen sobre la piel y mucosas. Se dividen en submucosos y superficiali

cos, dependiendo de donde se encuentre el pus.

En ambos casos no encaminaremos a la debridación.

FLEGMON SEPTICO DEL PISO DE LA BOCA.- Este accidente se puede presentar consecutivo a una extracción hecha sin los cuidados previos de asepsia y antisepsia, consiste en la inflamación aguda de tejido celular del piso de la boca. Se manifiesta esta enfermedad por fenómenos generales, tales como: fiebre y palidez. La región afectada es rojo intenso, dolorosa y caliente. Localmente el primer síntoma es de tumefacción que aumenta con extrema rapidez, invade todo el piso, las regiones cercanas vecinas, parte superior del cuello y a veces se propaga por los carrillos.

El carácter especial de esta enfermedad, es que la tumefacción presenta una induración leñosa. El enfermo aparece con la boca entreabierta, deja escurrir saliva que no puede deglutir; la masticación y la deglución están casi interrumpidas; la respiración es molesta y la fiebre muy alta.

En todo caso, la intervención debe ser inmediata y no esperar a que haya colección purulenta pues en este caso solo se encuentra tejido celular infiltrado de serosidad; comienza -

después el período de mortificación; la temperatura se eleva, el pus se destroza todos los tejidos y tiende a salir destruyendo la piel; por estas aberturas espontáneas escurre pus y los colgajos mortificados presentan coloración negruzca.

El tratamiento consiste en curaciones húmedo-calientes, tanto por fuera como por dentro de la boca. La aplicación del calor puede hacerse por varios procedimientos: por compresiones secas-calientes, compresas húmedo-calientes y bolsas de hule con agua caliente y sustancias que conservan el calor. Si dicha lesión está avanzada, habrá que intervenir quirúrgicamente. La incisión podrá hacerse por la parte media que va de la sínfisis al hueso hioides, o bien, haciendo incisiones paralelas al borde inferior de la mandíbula; en ambos casos se procederá de esta manera:

Se incide la piel y el tejido celular con bisturí; esta incisión deberá ser amplia, luego debridaremos los planos aponeuróticos y musculares de toda la región suprahioides y piso de la boca; por lo tanto, comenzaremos a debridar los músculos digástricos en sus vientres anteriores, los músculos geniohioides, las fibras del milohioides, los genioglosos, las glán-

dulas submaxilares y sublinguales, pero sin herir el lóculo de alguna de ellas, la debridación de todas estas partes deberá llegar hasta el piso de la boca propiamente dicho, es decir, hasta abarcar toda la mucosa, luego sin sacar el dedo se colocarán dos tubos de irrigación constante y que deberán sobresalir unos 2 cm. de la piel, para que al colocar los apósitos de gasa estos puedan unirse a un segundo tubo de cristal en forma de Y, el cual se colocará a su vez, con el aparato de irrigación; hecho ésto se vendará al paciente y se le adaptará el aparato antes dicho que contendrá la solución cloracena. -- Los apósitos se cambiarán tres veces al día, cuidaremos que la irrigación sea constante, se cuidará el estado general del paciente dándole una dieta láctea, favoreciendo así la leucocitosis localmente levados en la cavidad que tienden a desinfectar y alcalinizar el medio; con este régimen, pronto el paciente entrará en una franca mejoría hasta llegar al completo restablecimiento.

SEPTICEMIA.- Es una infección febril, caracterizada por la presencia de bacterias o de toxinas en la sangre, se puede presentar con varios de los accidentes descritos con anterioridad.

Presenta varios tipos: Fulminantes, que tienen un desenlace fatal en unos cuantos días; Sub-Aguda, que puede durar hasta varios meses y por último la crónica que evoluciona después de un mes.

SINTOMAS.-

Empieza por un fuerte calosfrío o por varios pequeños, la temperatura se eleva y se mantiene entre 39.5 y 40.5 grados con oscilaciones cotidianas y durando así de 5 a 20 días; la forma de calentura septicémica es remitente, hay penetración, en diferencia delirio nocturno, lengua y piel seca y terrosa - orina escasa y a veces albúmina, vómitos, infartos del bazo y estado de coma.

TRATAMIENTO.-

Hay que tratar primero la desinfección cuidadosa y radical de la herida; así, si se conoce el gérmen será la terapéutica infecciosa específica (sueros, vacunas) y si no se conoce el gérmen, entonces se hará la terapéutica infecciosa indiferente sales de quinina, coloidoterapia, proteínoterapia, abscesos de fijación, etc.

TETANOS.- Cuando al hacer una extracción hemos hecho una herida amplia y nuestro paciente es hombre de campo, o bien trabaja en lugares poco salubres y en contacto con el polvo, podemos sospechar la aparición del tétanos, enfermedad producida por el basilo de Nicolaier, caracterizada por contracciones musculares, convulsiones que tienden comunmente a generalizarse y que pueden terminar con la vida del paciente.

El tétanos presenta entre las infecciones quirúrgicas el tipo de enfermedades por intoxicación. El basilo tetánico segrega un veneno soluble, que tiene acción selectiva sobre las células nerviosas. Esta enfermedad puede presentarse en todos los periodos o fases de la herida: se anuncia a veces por pódromos muy bajos: cefalálgea, sensación dolorosa, que irradia desde la herida hasta los centros nerviosos y una contractura limitada en el centro de la herida. Habitualmente, el primer signo es el trismus de la mandíbula, luego rigidez de los músculos del cuello y contractura de los de la cara, -- que han de cambiar la fisonomía del enfermo y por último la rigidez invade la región dorsal y lumbar, de manera que el cuerpo se pone en tensión forzada y en el momento de la crisis se levó encorvarse en arco, apoyándose en la cama con los talones y

la cabeza. Por fortuna, ante los medios de la antisepsia moderna y la práctica del suero selectivo, el tétanos quirúrgico resulta una complicación cada vez más excepcional.

El tratamiento preventivo, consistirá en la aplicación de 10 cc de suero antitetánico en inyección subcutánea -- aplicada en la pared del diente; repetiremos esta dosis ocho o diez días después; si es que no ha habido ninguna complicación que nos obligue a actuar de otra manera. Si el tétanos se ha declarado, el tratamiento consistirá:

- 1o.- En suprimir la elevación de toxinas en la herida, que conseguiremos, mediante la escisión de los tejidos -- mortificados y sépticos, y en la supresión de cuerpos extraños, como esquirlas.
- 2o.- En destruir el veneno introducido en el organismo, -- mediante inyecciones de suero purificado, por vía -- subcutánea, intramuscular o endovenosa.
- 3o.- En obrar sobre los elementos nerviosos afectados por el veneno, esto se cumple mediante el cloral, a dosis cotidianas de 10 a 15 gramos, y la morfina, en -- inyecciones subcutáneas de 3 mm por día, los baños-

de 39 - 40 grados repetidos de 3 a 6 veces por día - ayudan poderosamente a ésta sedación nerviosa y sirven además para facilitar el paso de líquido cefalorraquídeo del suero inyectado bajo la piel.

DOLORES POST-OPERATORIOS.- Suceden en general cuando ha habido un traumatismo exagerado ya sea por extracciones múltiples por demasiadas punciones al inyectar, etc. pudiendo presentarse desde luego en una infección post-operatoria o también por restos óseos o dentarios dejados dentro del alveolo. Como terapéutica se recomienda el uso de analgésicos, anti-inflamatorios y en último caso, antibióticos.

FIEBRE.- Puede presentarse consecutiva a una extracción y hay dos clases de ella: 1o.- La producida por infección local y 2o.- La fiebre aséptica. Esta última aparece en individuos debilitados o muy sensibles, en los que aparece la reacción aunque el traumatismo haya sido mínimo y desapareciendo en forma espontánea.

Cuando hay infección local habrá fiebre pero con caracteres benignos; la fiebre tomará caracteres alarmantes en el flegmón séptico.

b).- HEMORRAGIAS.-

La palabra hemorragia significa etimológicamente sangre que corre o sale del sistema circulatorio.

Las hemorragias alveolares por lo general provienen de capilares pero presentan o pueden presentar cierta intensidad alarmante en ciertos casos.

Teniendo en cuenta el momento en que se produce, ésta puede ser Primaria si se presenta en el acto operatorio, o un poco después; y Secundaria si es posterior a la formación del coagulo y su adhesión, en este caso a las paredes alveolares.

Las causas de las hemorragias son:

LOCALES

GENERALES

Entre las causas Locales tenemos estados congestivos de la mucosa y la encía; importancia de la magnitud del traumatismo o la clase del anestésico usado.

En los estados congestivos de la mucosa gingival existe una afluencia de sangre mayor a lo normal, por aumento del --

diámetro de los capilares, de aquí de la hemorragia sea más fuerte en tejido congestivo.

La magnitud del traumatismo estará en relación directa con el derrame sanguíneo, o sea, mientras mayor sea el traumatismo mayor será la destrucción de los vasos y por lo tanto el derrame será más profuso.

Las causas generales pueden ser a).- PATOLÓGICAS

b).- FISIOLÓGICAS

FISIOLÓGICAS.- Entre éstas tenemos la extremada juventud o la vejez; pues con los niños la luz de los vasos es más grande así como su tejido óseo es más poroso, por lo tanto hay mayor cantidad de sangre y la hemorragia puede ser intensa.

Las personas mayores están predispuestas a la hemorragia por el estado de los vasos pues en ellos las tónicas están esclerosadas, han perdido elasticidad y por lo tanto no hay contracción que implica la salida de la sangre; por esto las hemorragias son intensas. También podemos incluir aquí la menstruación y el embarazo, en éstas las hemorragias obedecen a un estado congestivo en todas las mucosas del organismo.

En cuanto al sexo, el hombre es más sensible a las hemorragias que la mujer pues ésta última está adaptada a las pérdidas periódicas de sangre.

PATOLÓGICAS. - Estas causas son las que representan el papel más importante en la etiología de las hemorragias:

- 1).- Presión sanguínea
- 2).- Indole de la lesión
- 3).- Composición de la sangre
- 4).- Lesiones de las tónicas de los vasos
- 5).- Alteración del tejido sanguíneo
- 6).- Desequilibrio cuantitativo y cualitativo
- 7).- Alteraciones hepáticas
- 8).- Alteraciones renales que traen discrasias en la coagulación.

Entre las que modifican la coagulación tenemos:

- a).- Estados caquéticos, anemias perniciosas y anemias plásticas.
- b).- Enfermedades específicas: sífilis, diabetes, tuberculosis, trastornos de la nutrición y enfer

medades de la sangre (hemofilia, leucemia, púrpura hemorrágica, etc.)

La sangre pérdida puede poner en peligro la vida, la cantidad - necesaria para ello es aproximadamente la tercera parte de su - total, o sea que un litro y medio puede considerarse mortal.

Sintomatología:

La hemorragia puede presentarse en forma lenta y profusa.-

En la primera, los síntomas son: palidez, boca seca, náuseas y sudores fríos.

En caso de hemorragia grandes, éstas pueden dar lugar a náuseas, síncope y aún de muerte por anemia; el pulso aumenta progresivamente en rapidez y debilidad y existe un descenso de la presión sanguínea, la temperatura es generalmente subnormal a no ser que existan infecciones; hay disnea, intensa sed, frialdad en las extremidades y debilitamiento físico.

En los últimos estadios, la respiración se hace débil la piel y la mucosa palidecen y enfrían; se presentan vértigos y cefaleas y si estos signos se acentúan sobreviene el shock o-

la muerte.

Los tipos de hemorragias que probablemente son más molestos después de la operación, están constituidos por los pacientes hemofílicos y personas con elevada presión sanguínea.

Tratamiento.-

Deberemos de seguir estos tres pasos:

1o.- Hemostasia.- Antes que nada, podemos probar con presión fuerte valiéndose de una gasa; si esto no cohibe la hemorragia, emplearemos medios químicos con la espuma de fibrina con trombina (gel foam) que se empaca en el alveolo y que tiene la ventaja de que no necesita removerse. Si el caso persiste puede usarse nuevamente el medio mecánico del cemento quirúrgico que empacado a presión, dá buenos resultados.

2o.- Evitar que se repita el accidente.- Para ásto, obtendremos resultados con la administración de vitamina K que no actúa sobre la coagulación sino estimulando al hígado en la producción de trombina.

30.- Restablecer el volúmen sanguíneo.- Si la pérdida fué cuantiosa, se puede restablecer con suero fisiológico o plasma. En casos más graves se hacen transfusiones sanguíneas. Las hemorragias postoperatorias pueden ocurrir después de cesar la acción del vaso-constrictor. Las causas pueden ser: colutorios fuertes, la succión o un rebor de óseo cortante.

Las hemorragias que aparecen después de días, son causadas casi siempre por infecciones de la herida.

Si la hemostasia se consigue estando el enfermo en estado de shock con la presión arterial baja, la hemorragia puede aparecer de nuevo al recuperarse el paciente.

c).- GANGRENA.-

La gangrena es una necrosis a la que se asocia la acción de gérmenes no son específicos salvo en la denominada gangrena gaseosa. Actualmente las gangrenas de la boca son muy raras.

Gangrena significa, desde el punto de vista etimológico, roer, comer, o sea, palabras sin significado patológico claro biológicamente, se trata de muerte brusca (necrosis) - a la que se agrega putrefacción microbiana. Esto último significa la producción de sustancias tóxicas, de olor desagradable, provocadas por microorganismos que atacan a la materia orgánica. A los signos y síntomas locales de cambios de coloración, dolor, tumefacción de rápida propagación y de contornos difusos sin surco de eliminación, se le agregan una serie de fenómenos generales de orden tóxico: abatimiento, fiebre, disnea, color terroso, diarrea y taquicardia que revelan la gravedad - de un cuadro de muchas veces conduce a la muerte. Esta gangrena verdadera se suele llamar húmeda, abierta o séptica. El denominado noma es una variedad de gangrena bucal.

Los gérmenes de la gangrena auténtica pueden ser es-

pecíficos o inespecíficos. Los específicos son los de la llamada gangrena gaseosa: *Vibrio septicum*, bacilo perfringens, -- *Clostridium oedematiens* y *Clostridium histolyticum*. En la boca es rara la gangrena gaseosa y sólo se ha citado sobre extensas heridas de guerra. Los gérmenes inespecíficos actúan sobre lesiones previas y terrenos especiales. La mayoría de ellos son anaerobios facultativos que se asocian con gérmenes aerobios -- que aumentan su virulencia; estreptococo y bacilo perfringens, -- asociación fusoespirilar.

Por lo general y erróneamente, a nuestro juicio, se incluye dentro de las gangrenas a la denominada seca es, en realidad, solamente una necrosis subaguda sin acción microbiana, -- por lo general de causa vascular, aislable a ciertos infartos. Los fenómenos generales tóxicos que pudieran existir pertenecen al proceso que dió origen a la necrosis y no al foco necrosado en sí mismo. El organismo trata de eliminarlo como un cuerpo extraño. Ejemplo típico es la pérdida de un dedo del pie en un arterioscleroso.

Debemos aclarar que si bien esta separación esquemática entre gangrena, necrosis, y necrobiosis tiene evidente res--

paldo clínico, como muchas veces ocurre tanto en clínica como - en patología, hay situaciones de dudosa ubicación.

En síntesis y esquemáticamente, la necrosis sería la - muerte masiva, la necrobiosis la muerte lenta, parcial, y la -- gangrena una necrosis con putrefacción microbiana y con sinto-- mas generales tóxicos.

Las causas que pueden provocar necrobiosis o necrosis son múltiples: a la acción directa del agente etiológico se su ma por lo general, lesiones vasculares. Según la intensidad de los fenómenos y en especial de esos factores vasculares (que -- predominan en la necrosis) puede producirse una u otra lesión elemental.

Diagnostico de las gangrenas en la boca.-

El noma (gangrena) ha casi desaparecido. Ya no se lo ve en la práctica clínica pero, en cambio, el granuloma maligno medio facial y el síndrome de Wegener son de observación ocasio nal.- En estos últimos procesos existe destrucción del macizo - central de la cara alcanza la cavidad bucal, llegando incluso - al plano óseo. La evolución es, por lo común subaguda; hay ma-

nifestaciones generales de toxemia e infección y olor gangrenoso. En el síndrome de Wegener, se asocian manifestaciones viscerales (pulmón) la patogenia es vascular (vascularitis alérgica); en el granuloma maligno se observan lesiones de una reticulosis subaguda. Los enfermos de estos procesos son adultos jóvenes. La localización de estas necrosis (gangrena), su aspecto, su evolución, etc. hacen el diagnóstico de la enfermedad.

CONCLUSIONES.

" La mejor manera de tratar una urgencia es impedir-
que se produzca "

La mayoría de las emergencias enumeradas son previsi
bles. La adopción de principios quirúrgicos bien establecidos,
la elección de una vía de acceso adecuada, el cuidado con que
se manipulan los tejidos, el uso controlado de la fuerza, y so
bre todo la concentración en el problema, reducirán al mínimo-
los riesgos quirúrgicos.

A pesar de estos cuidados puede producirse complica-
ciones incluso en manos del más experto de los profesionales;
por tanto todo dentista debe tener los conocimientos y la habi
lidad suficientes como para enfrentar con éxito las emergencias
que pudieran presentarse.

Los accidentes operatorios, se presentan únicamente-
en casos de imprevisión, u omisión de datos importantes en la-
historia clínica, en el procedimiento de una técnica operatoria
en forma inadecuada, por inhabilidad del operador, que convier-
te los instrumentos en armas contra los tejidos locales. Es -
indispensable el conocimiento de las causas que pueden originar

accidentes o complicaciones en el momento de una intervención quirúrgica. Para poder prevenirlas, deberá conducirse; primeramente al paciente a un buen estado de salud; tanto emocional como físico; con el objeto de contar con su colaboración durante el tratamiento.

Por esto es aconsejable, no pasar por alto un buen interrogatorio y exámen completo y minucioso, de cuando menos de las partes que interesan nuestros cuidados y anotar todos estos datos en la historia clínica.

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

PATOLOGIA BUCAL	KURT H. THOMA
SHOCK	C. SILVA W. VENTURINO
ANATOMIA TOPOGRAFICA	L. TESTUT
ANATOMIA DESCRIPTIVA	DR. QUIROZ
TRATADO DE EXODONCIA	I. WINTER
APUNRES DE EXODONCIA	DR. TAKAO KIMURA
MANUAL ILUSTRADO DE ANESTESIA	ASTRA
RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	RECAREDO A. GOMEZ
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL	MATTALDI
CIRUGIA BUCAL	WILLIAM G. SHAFER
URGENCIAS EN ODONTOLOGIA	G.A. RIES CENTENO
	FRANK M McCARTY