



2e, 191

Escuela Nacional de Estudios
Profesionales

IZTACALA - U. N. A. M.
TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM
Carrera de Odontología

EMERGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

GONZALO LOERA ROMO

SAN JUAN IZTACALA,

MEXICO 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

Págs.

TRATAMIENTO DE ALGUNAS EMERGENCIAS EN
EL CONSULTORIO DENTAL

I.-	INTRODUCCION	1
II.-	HEMORRAGIAS	1
	a) Signos y Síntomas de la hemorragia.	
	b) Consecuencias de la hemorragia.	
	c) Mecanismo de la coagulación.	
	d) Factores de la coagulación.	
	e) Condiciones que alteran la hemostasis- normal.	
III.-	COMPLICACIONES DE LA ANESTECIA LOCAL.....	20
	a) Complicaciones locales.	
	b) Complicaciones sistémicas.	
	c) Profilaxis y tratamiento.	

IV.- CONSEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA 29

- a) Factores que influyen en el desarrollo prenatal.
- b) Historia clínica de la paciente grávida.
- c) Malformaciones congénitas.
- d) Antibióticos.
- e) Efectos nocivos de los Rayos X.

V.- EMERGENCIAS QUIRURGICAS 43

- a) Infecciones pericoronales.
- b) Lesiones de los tejidos blandos.
- c) Lesiones óseas.
- d) Lesiones en los dientes.
- e) Prevención.

VI.- CRISIS CARDIACAS 73

- a) Angina de pecho.
- b) Insuficiencia cardíaca.

- c) Infarto agudo de miocardio.
- d) Accidentes cerebro vasculares.
- e) Síncope vaso depresivo.
- f) Asma bronquial.

VII.-	SHOCK ANAFILACTICO.....	84
VIII.-	EPILEPSIA	87
IX.-	CONCLUSIONES.....	89
X.-	BIBLIOGRAFIA	90

C A P I T U L O I .

PROTOCOLO

TRATAMIENTO DE ALGUNAS EMERGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

El presente trabajo de Tesis va dirigido al Odontólogo principiante que ejerce una profesión que plantea múltiples problemas que se agudizan a causa de la inexperiencia, también será utilidad para el profesional que en la práctica privada labora sin los medios necesarios que poseen los Centros Hospitalarios.

Este tema es de suma importancia ya que al salir de la facultad, por nuestra falta de práctica carecemos de la experiencia necesaria para enfrentarnos a los diversos accidentes que se pueden presentar en el ejercicio de la profesión y que en cualquier momento pueden alterar la tranquilidad del consultorio dental. Creo que es vital para el dentista tener la tranquilidad mental de saberse apto para salir exitosamente de una emergencia que puede poner en peligro la vida de su paciente.

Conciente de que el objetivo principal del Odontólogo es el bienestar de sus pacientes para así evitarse - problemas médico jurídico posteriores he redactado las páginas siguientes.

Estoy convencido de que la prevención odontológica es la más valiosa aliada del profesional de la odontología quien siempre debe tener por norma este principio " Evitar las Urgencias ".

No olvidemos que todo contratiempo repercute en - nuestro tiempo y en la salud del paciente.

No logré incluir aquí todos los problemas que requieren un tratamiento de emergencia, ya que este es un - campo muy extenso, pero traté de simplificar los que a mi consideración son los más frecuentes y los de mayor riesgo así como son: hemorragias, complicaciones anestésicas, desmayos, crisis cardíacas. Así como también entraría en este tema: emergencias quirúrgicas, manejo de la paciente - embarazada, equipo y medicamentos necesarios así como sus respectivas divisiones de cada una de las anteriores en -

las cuales entrarían: lipotimias angina de pecho, paro -
circulatorio, oclusión coronaria, shock, lesiones de los -
nervios, etc.

Expongo ante el honorable jurado este sencillo traba
bajo, esperando sea acogido con benevolencia y espero que
mi texto satisfaga aunque sea parcialmente varias de las -
interrogantes que acosan al profesional de la odontología
de ser así habre alcanzado mi objetivo principal.

CAPITULO II.

HEMORRAGIA

INTRODUCCION.

Casi todos los días y a menudo varias veces día - rias, el Odontologo interviene en procedimientos que alteran la integridad y el equilibrio del mecanismo hematocirculatorio. Esto puede ser tan mínimo como la exposición - de una cámara pulpar de la que broten una o dos gotas de - sangre, o tan grave como la sección accidental de una im - portante arteria de la boca que produce una hemorragia casi desastrosa, muy difícil de cohibir. A pesar de que los Odontologos se han tornado muy diestros en la manera de en - carar las dificultades hemorrágicas, la amenaza siempre - presente del paciente sangrante llega a ser a veces muy - molesta y desconcertante.

La prevención es también aquí, el principio fundamental del tratamiento. Tanto antes como después de cada intervención, la mayoría de los problemas hemorrágicos pueden ser superados adoptando medidas preventivas.

HEMORRAGIA.

Se llama hemorragia a la salida de la sangre de los vasos, sea al exterior o bien dentro del organismo. La hemorragia puede ser arterial, venosa o bien capilar, brusca, lenta, moderada o abundante; y aparece por causas naturales o provocadas. Las hemorragias se dividen en:

- A).- Fisiológicas
- B).- Traumáticas
- C).- Médicas
- D).- Quirúrgicas
- E).- Obstétricas

Las hemorragias provocadas comprenden las siguientes:

- A).- Experimentales
- B).- Para transfundir sangre
- C).- Terapéuticas

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA HEMORRAGIA.- Los síntomas y signos aparecen progresivamente al aumentar la cantidad de sangre perdida. En un primer estado no hay síntomas o sólo un ligero descenso en la presión arterial y poca aceleración del pulso. En un segundo estado los síntomas son leves mientras el paciente está acostado, pero este puede desvanecerse cuando se levanta. En un tercer estado los síntomas aparecen aunque este acostado, por orden de creciente de frecuencia los signos y síntomas son Palidez - - acentuada de la cara y mucosa, manos frías y sudorosas, sudor general, náuseas, desvanecimiento, vómitos, convulsiones, sacudidas, calambres, etc. Además el paciente siente frío en las extremidades, malestar de debilidad o mareo. - Si la hemorragia es muy grande el pulso se vuelve lento, - las respiraciones son más frecuentes y profundas y hay sensación de sed de aire; la visión es poco clara y las ex - puestas son lentas.

En un grado avanzado se observa inconciencia, incontinencia de orina, convulsiones, dilatación pupilar y muerte. Algunos síntomas psíquicos o emotivos ocurren con frecuencia al sangrar por primera vez aunque la canti - -

dad extraña sea escasa; ellos son: Palidez, taquicardia, hiperventilación pulmonar y mareo al ponerse de pie. Por eso debe de sangrarse a los pacientes acostados y no sentados o de pie.

CONSECUENCIAS DE LA HEMORRAGIA.- La deficiencia de sangre circulante determina una mala circulación en los tejidos y provoca una insuficiencia de aporte de oxígeno a las células. El sistema nervioso y el corazón sufren pronto y preferentemente la falta de oxígeno. Pero si esta se prolonga algún tiempo se lesionan numerosos órganos y se alteran sus funciones. La restitución rápida de la sangre produce mejorías espectaculares aunque los síntomas sean gravísimos, pero si queda algunas horas en hipotensión si tratarse puede instalarse el shock hemorrágico irreversible. En ese caso la restitución de sangre produce mejorías pasajeras o estas no se observan y acaba por morir. Por tanto es mejor practicar transfusiones tempranas y tardías.

Si la sangría es importante hay un pasaje de líquido intersticial al interior de los vasos. Esto produce una

hemodilución tanto más grande y prolongada, cuanto mayor -
fue la hemorragia que llega al máximo al cabo de 10-24 y -
a veces 90 hrs.

La entrada de líquido intersticial a la sangre se -
debe a la disminución en la presión arterial, por lo que -
predomina la presión oncótica de las proteínas del plasma
y atrae al interior de los capilares el agua y las sales -
del líquido que los rodea. La concentración de eritrociti -
tos que no varía inmediatamente después de la sangría va -
luego disminuyendo por esas aflujo de líquido que entra -
en la circulación. La marcha y duración de la hemodilu -
ción puede evaluarse practicando de tiempo en tiempo el -
recuento de eritrocitos o midiendo la concentración eritro -
citaria por el hematocrito o por la densidad de la sangre.
Es probable que ese aflujo de agua desde el espacio inter -
sticial y las células de los tejidos hacia la sangre sea -
la causa de la intensa desde los pacientes, que han perdi -
do grandes cantidades de sangre, la disminución de proteí -
nas plasmáticas se debe a la pérdida de plasma y a su pos -
terior dilución. Cuando aquella existe, la presión oncó -

tica disminuye y se favorece además la producción de lesiones celulares y el retraso en la cicatrización de las heridas, por eso si es intensa conviene corregirla con transfusiones de sangre o de plasma.

MECANISMO DE LA COAGULACION

Los conocimientos actuales han puesto en descubierto tantas facetas del mecanismo de la coagulación sanguínea que ahora se lo considera un fenómeno de gran complejidad y mal comprendido.

I. Plaquetas

Factor VIII	Sustancia vascular	Tromboplastina
Factor IX	Mesenquimatosa	Intrínseca
Factor XI	_____	+
Factor XII		
Calcio iónico		Tapón Plaquetario

II. Tromboplastina (intrínseca y extrínseca.)

Factor V	_____	Protombinasa
Factor VII		
Factor X		
Calcio Iónico		

III. Protombinasa

Protombina	_____	Trombina
Calcio Iónico		

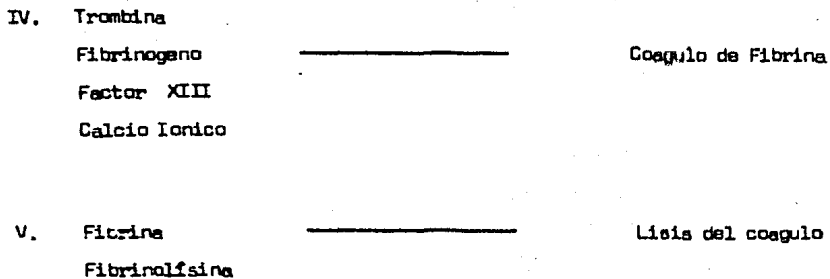


Diagrama abreviado del mecanismo de la coagulación.

FACTORES DE LA COAGULACION

FACTOR	SINONIMOS	FUNCION	CARENCIA
I.	Fibrinogeno	Precursor de la fibrina	Hipofibrinogenemia afibrinogenia
II.	Protombina	Precursor de la Trombina	Hipotrombinemia
III.	Tromboplastina		
IV.	Calcio	Necesario en varias reacciones intermedias	
V.	Factor labil Proacelerina Globulina Ac	Requerido para la activación de la tromboplastina textural	Parahemofilia
VI.	No se asigno actividad a este n°		
VII.	Factor estable Proconvertina SPCA	Requerido para la activación de la tromboplastina (residual) textural	Hipoproconvertinemia

FACTOR	SINONIMOS	FUNCION	CARENCIA
VIII.	Globulina anti mofilica AHG factor antismofi lico	Componente del siste ma generador de la - tromboplastina in - trinseca	Hemofilia clásica Hemofilia A
IX	Tromboplastinogeno Componente trombo- plastinico plasmá- tico	Componente del siste ma generador de la - tromboplastina in - trinsica	Enfermedad de - Christmas Hemofilia I
X.	Factor Stuart Factor Prower Factor Stuart Prower	Requerido para la ac tivación de la trom boplastina histica	
XI.	Antecesor de la - tromboplastina - plasmática	Componente del siste ma generador de la - tromboplastina in - trinsica	Hemofilia C
XII.	Factor hageman Factor Glass	Componente del siste ma generador de la - tromboplastina in - trinsica	Rasgo de Hageman

FACTOR	SINONIMOS	FUNCION	CARENCIA
XIII.	Factor estabili <u>z</u> zante de la fi- brina. Factor laki -lg rand fibrinasa Factor serico Factor insolubi <u>l</u> lidad de la urea	Cataliza la polimeri <u>z</u> zación normal de la- fibrina	

CONDICIONES QUE ALTERAN LA HEMOSTASIS NORMAL

ALTERACIONES POR DROGAS

ANTICOAGULANTES.

El empleo de drogas Anticoagulantes para el tratamiento de afecciones tromboticas se encuentra actualmente en una fase de revisión; no obstante aún se las usa con frecuencia en la práctica médica.

El dentista debe estar familiarizado con la acción de los anticoagulantes y de sus antagonistas. En tales pacientes la consulta con el médico responsable del tratamiento y la vigilancia del enfermo en las 6 a 8 horas que siguen a la intervención odontológica son esenciales para evitar los riesgos de la hemorragia. Básicamente los anticoagulantes pertenecen a 2 categorías principales: la heparina y sus derivados y las drogas cumarínicas. La heparina a diferencia de la cumarina no es afectada por la administración de la vitamina K actúa como un factor anti-trombínico que inhibe la formación de fibrina en la terce-

ra fase de la coagulación; también tiende a disminuir la adhesividad de las plaquetas y a inactivar la tromboplastinación esta última mediada por un cofactor plasmático. - La droga debe darse por vía parenteral y su acción es casi inmediata si se la administra por vía intravenosa la imposibilidad de suministrarla por vía oral, junto con su costo elevado, ha restringido su uso en beneficio de los derivados cumarínicos.

El grupo de la cumarina entre ellos el dicumarol, el tromexan y el sintrom, es el más utilizado en la actualidad. Estas drogas son antagonistas de la vitamina K e inhiben la formación de protombina a nivel del hígado, por lo cual afectan la segunda fase de la coagulación. Desde el punto de vista terapéutico los derivados cumarínicos disminuyen la concentración plasmática de protombina. Este efecto se invierte por acción de la vitamina K que es esencial para la síntesis hepática de protombina.

FISIOLOGIA DE LA HEMOSTASIA.- La hemostasis es el proceso que detiene la salida de la sangre de los vasos - dañados, para resultar eficaz la hemostasis requiere vasos sanguíneos y tejidos extracelulares normales, planquetas - numéricas y funcionalmente normales y un mecanismo normal de la coagulación.

FASE VASCULAR.- La consecuencia más inmediata de una herida a un pequeño vaso es la reducción del sangrado por vasoconstricción y extravación de sangre. La vaso - constricción tiende a reducir el flujo sanguíneo a través del área dañada, la salida de sangre en los tejidos normales está limitada por el tejido extravascular de soporte - y el aumento de la presión tisular que produce el colapso de las vénulas y capilares que entonces se adhieren con rapidez y se obliteran. Este fenómeno casi instantaneo es - complementado con las fases de coagulación y plaquetaria - que son iniciadas por el proceso de activación por contacto y por varias sustancias liberadas de los tejidos dañados de los cuales los más importantes son: la tromboplastinas tisulares y el A.D.P.

FASE PLAQUETARIA.- En unos cuantos segundos después de la lesión las plaquetas comienzan a adherirse a la superficie del vaso dañado y entre sí este proceso se facilita mucho por el retardo en el flujo sanguíneo causado por la fase vascular y produce rápidamente un pequeño tapón de plaquetas o trombo. El proceso de la adhesión y de la agresión de las plaquetas es muy complejo y no bien entendido, y participan muchas sustancias.

El difosfato de adenosina derivado de los tejidos lesionados incluyendo los eritrocitos y las plaquetas. Como los vasos y las plaquetas desempeñan un papel mecánico y bioquímico en la hemostasia.

En los traumatismos leves la formación del trombo de plaquetas es suficiente para detener la pérdida de sangre y en los intensos proporciona una hemostasis temporal sin embargo todos convienen en que la hemostancia permanente depende de la formación de un trombo de fibrina impermeable produciendo en el proceso de producción de la sangre.

FASE DE COAGULACION.- La coagulación de la sangre es el proceso por el cual la sangre líquida se convierte en un coágulo, este proceso comprende la interacción de varias proteínas plasmáticas mal definidas en cantidades muy pequeñas, los factores de la coagulación: El factor III, el factor IV, el calcio y el factor VI y por último la forma activada del factor V.

El calcio es esencial para cada uno de los pasos del proceso de la coagulación pero se sabe muy poco de su mecanismo de acción varios de los factores de coagulación son utilizados o consumidos durante la coagulación in vitro en cambio los otros se encuentran en el suero la fase de coagulación comienza con el fenómeno de la activación por contacto y en la que intervienen los factores; VIII, IX, XI y XII esta es llamada la vía intrínseca. La producción de protombinasa por medio de esta vía es relativamente lenta pero no requiere ni la tromboplastina tisular ni el factor VII. Una protombinasa funcionalmente idéntica puede ser producida en cuestión de segundos por la tromboplastina tisular. Esta abarca una serie de reacciones -

denominadas la vía extrínseca, la que además de los factores X y V, requiere sólo del factor VII, en consecuencia esta vía desvía los pasos iniciados por la activación de contacto en la que intervienen los factores XII, XI, IX y VIII, así la coagulación sanguínea es iniciada sólo por dos procesos la activación de contacto y la tromboplastina tisular; después sigue inicialmente dos vías: la vía extrínseca del tejido activado y la vía intrínseca de la activación por contacto; los últimos pasos llevan la formación de fibrina por un camino común que requiere los factores X y V, fosfolípido protombina y fibrinógeno.

El paso final del paso de la coagulación la reacción fibrina trombina abarca la transformación de fibrinógeno en fibrina que es la base física de todos los coágulos sanguíneos, esto ocurre de 3 maneras; la proteólisis enzimática de fibrinógeno por la trombina que elimina cuatro péptidos la formación de un polímero visible de fibrina pero inestable, finalmente la formación de un polímero como resultado del factor XII.

Estructuralmente la fibrina semeja las proteínas del músculo y la piel y proporciona un soporte fuerte y per

manente para el tapón hemostático permanente.

RETRACCION DEL COAGULO.- Es el resultado del retraimiento de las bandas de fibrina en el coagulo mecánicamente. Las plaquetas proporcionan la energía y el apantcontractil requerido para efectuar este proceso a pesar del criterio teológico de que la retracción del coagulo puede constituir una ligadura fisiológica que hace que los bordes de una herida se conserven juntos, el significado hemostático del proceso permanente incierto.

COAGULACION.- La siguiente etapa del mecanismo de coagulación es un coagulo de fibrina elaborado por el sistema de coagulación. Esto sucede esencialmente en cuatro partes:

- A).- Activación de la tromboplastina
- B).- Conversión de la protombina en trombina
- C).- Conversión del fibrogeno en fibrina.

Cada uno de estos pasos es régido por un mecanismo sumamente complejo y delicadamente equilibrado que requie-

re la presencia de ciertos catalizadores sustancias o factores para propagar los diversos pasos.

RESUMEN.

He presentado una explicación sencilla pero práctica del mecanismo de la coagulación poniendo de relieve tres sistemas; hemostático de coagulación y de lisis. Cualquier pérdida de sangre proviene de vasos seccionados o desgarrados. Esto desencadena un estímulo originado en el interior de los sectores mesenquimatoso y epitelial del vaso, junto con las plaquetas, estímulo que pone en marcha ciertos mecanismos que conducen a la formación del coágulo.

C A P I T U L O I I I .

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

COMPLICACIONES LOCALES.

A. La contaminación bacteriana de las agujas es relativamente frecuente, su consecuencia habitual es una infección leve, a nivel de los tejidos periodontales o más profunda en la fosa pterigomaxilar la esterilización incorrecta de las agujas junto con el manipuleo inadecuado por parte del odontólogo y sus auxiliares, son los factores responsables de los diversos grados de contaminación. El depósito de productos químicos en la aguja se debe al uso de soluciones antisépticas o a veces a los procedimientos de esterilización con vapores químicos. El dolor y la inflamación son las consecuencias habituales.

B. La ruptura de agujas es una complicación rara, cuando ocurre se debe exclusivamente a defectos de técnicas ya que en general el material con que actualmente se las fabrica impide que se produzcan tales accidentes.

C. La mordedura de los labios es una complicación común en los niños y se debe al uso de anestésicos locales de acción prolongada.

D. Los traumatismos provocados por la inyección - constituyen la mayoría de las complicaciones locales, en general las laceraciones de poca importancia cuando se recurre a la técnica supraperióstica y consiste en edema, dolor y a veces una pequeña ulceración en el sitio del pinchazo .

Las primeras dos manifestaciones pueden deberse a la infección, a inyecciones demasiado rápidas o a la administración de un volumen demasiado grande; la tercera a su vez es consecuencia de la infección. Las molestias pueden remitir en pocos días.

E. La hemorragia por hemofilia o el uso de agentes anticoagulantes es una eventualidad siempre peligrosa. La primera situación se reconoce fácilmente ya que tanto el paciente como el dentista suelen estar advertidos. La segunda en cambio es mucho más frecuente pero más

susceptible de ser pasada por alto, estas situaciones son potencialmente peligrosas cuando hay que dar una inyección profunda para calmar el dolor en pacientes ambulatorios.

COMPLICACIONES SISTEMICAS.

A. Las reacciones alérgicas son extremadamente raras. El shock anafiláctico es la manifestación más grave porque su curso suele ser tan rápido que habitualmente termina en la muerte. Afortunadamente el shock anafiláctico es una complicación rara de la inyección de anestésicos. - La alergia se manifiesta a veces por erupciones cutáneas.

B. Las reacciones tóxicas se acompañan de manifestaciones sistémicas cuando la droga administrada en cantidades excesivas, se absorbe con demasiada rapidez. La absorción aumenta cuando se inyecta rápidamente gran volumen de anestésico en tejidos muy vascularizados. La reacción tóxica puede manifestarse por fases sucesivas de estimulación, convulsiones y finalmente depresión.

C. La mayoría de los pacientes presentan reacciones psíquicas, pero el dentista en general, sólo advierte los signos que preceden inmediatamente al síncope. Afortunadamente, las maniobras para combatir el síncope y la capacidad de recuperación del organismo suelen impedir el desarrollo del shock. El síncope puede conducir a un shock secundario, el cual si no es tratado inmediatamente puede hacerse irreversible en el mismo consultorio.

Los anestésicos locales pueden producir crisis agudas de asma, como consecuencia de estrés emocionales o de una reacción alérgica.

D. La incidencia de hepatitis sérica aumenta, continuamente: esta enfermedad se trasmite exclusivamente - por inyección parenteral del virus, en general por el uso de agujas y jeringas que no han sido esterilizadas en forma correcta.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

El tratamiento y profilaxis de muchas complicaciones locales se modificaron con el advenimiento de las agujas descartables por ejemplo: la contaminación bacteriana sería cosa del pasado si las auxiliares de odontología manejasen correctamente las soluciones, agujas y jeringas y si el odontólogo fuese muy cuidadoso cuando aplica las inyecciones. Los traumatismos por desgarros de tejidos también parecerían cosas del pasado. La aguja de elección para las inyecciones profundas en la cavidad bucal son las de Mizzy, Inc., reutilizable y cónica, de 40 mm. de longitud o la de calibre 23 si no se obtiene la cónica. Si se dispone de un personal auxiliar bien capacitado, las agujas se pueden limpiar esterilizar y utilizar de nuevo: de lo contrario se esterilizarán, se empleará una sola vez y se descartarán. En nuestra experiencia, el tratamiento correcto del trismo y la neuritis es la irradiación infrarroja. La parestesia que puede acarrear la lesión del nervio desaparece en pocas semanas tenemos el convencimiento de que los hematomas se evitan en gran medida empleando -

una aguja gruesa y rígida de bisel corto que trasmita una sensación característica al tocar la pared resistente de una arteria. En este caso se puede retirar la aguja un poco para emprender un nuevo trayecto. Aunque también se puede punzar una vena esto no forma hematoma, no obstante ello, hay que aspirar para evitar las reacciones sistémicas. Si la técnica es deficiente puede ocurrir una infección.

Como mencionamos pueden ocurrir reacciones alérgicas a los anestésicos locales, aunque son raras. El primer tratamiento cuando cae la presión sanguínea es administrar oxígeno seguido si es necesario de drogas vasopresoras y un corticoesteroide adecuado vía intravenosa. También se deben de dar antihistamínicos en las anestecias que se hagan después, se usarán sustancias de estructura química distinta.

Para tratar el síncope las convulsiones y el shock coloque al paciente boca arriba y administre oxígeno, compresión positiva si es necesario. Si las convulsiones no pueden ser controladas inyecte lentamente un barbitúrico -

de acción corta, en la dosis mínima suficiente para los fines deseados. Como los barbitúricos intensifican la depresión que aparece naturalmente después de las convulsiones, la oxigenoterapia deberá ser mantenida por cierto tiempo.- Si se ha producido hipotensión y los valores no se recuperan con el tratamiento enunciado inyecte drogas vasopresoras (mefentermina, fenilefrina) por vía intravenosa. Es útil así mismo la administración de hidrocortisona (Solu-Cortril).

Los ataques de asma se tratan con adrenalina subcutánea o con aminofilina (intramuscular o intravenosa) - en inyección lenta.

En operaciones afectados de hipertensión, cardiopatías o enfermedades cerebrales la profilaxis se basa en una premedicación adecuada que impide un eventual pico hipertensivo por descarga de adrenalina endógena.

La hepatitis sérica se previene limpiando muy bien y esterilizando después el instrumental que penetre en los tejidos blandos. Las agujas se esterilizan en autoclave-

a 121° C durante 15 a 30 min. o exponiéndolos a calor seco a 160° C durante una o dos horas. El consejo de terapéutica dental de la Asociación Norteamericana de Odontología recomienda además que si inadvertidamente o por aspiración positiva entra sangre en una jeringa esta debe sumergirse en agua hirviendo durante 30 min. Se recomiendan los cartuchos o ampollitas de dosis individuales de dosis analgésicas por supuesto nunca deben emplearse en más de un paciente. Tampoco las agujas, jeringas, capsulas o ampollitas deben almacenarse en soluciones desinfectantes que se pueden contaminar con microorganismos patógenos por descuido en su manipulación. En cambio, se deben mantener en los mismos recipientes en que fueron esterilizados.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las molestias del paciente pueden evitarse en gran parte utilizando agujas rígidas pesadas y de bisel corto y jeringas buenas y administrando dosis mínimas inyectadas lentamente, del anestésico elegido. El oxígeno es el mejor recurso para tratar las reacciones tóxicas e incluso las de origen psíquico y emotivo. Ningún consultorio tendrá el equipo adecuado a menos que el dentista disponga de los medios necesarios para administrar oxígeno bajo presión positiva. Si el paciente no se recupera con rapidéz, solicite la cooperación de un médico. La hepatitis sérica puede prevenirse recurriendo a agujas y jeringas esterilizadas de tipo descartable y evitando usar cada ampolla de anestésico en más de un paciente.

Finalmente la mejor manera de prevenir las complicaciones locales como el trismo, las neuritis y las celulitis es conocer la anatomía regional y ceñirse estrictamente a los principios básicos de la asepsia y la anatomía. El conocimiento de la fisiología humana sumando a una historia clínica cuidadosamente que varían desde las reacciones alérgicas de mediana intensidad hasta el colapso total.

CAPITULO IV

CONDUCTA DURANTE EL EMBARAZO

El clásico problema de " que hacer con las pacientes grávidas constituyó durante mucho tiempo, un enigma menos insoluble en los consultorios odontológicos. Los principales interrogantes que se plantean son " ¿ Puede tratarse a la mujer grávida como una paciente normal ? " o bien " ¿ Existe el peligro de dañar a la madre o al feto?!"

Estos problemas interesan a la paciente, a sus familiares y al dentista, no hay dudas de que la embarazada debe atender su dentadura, pero las opiniones varían en cuanto a la magnitud del tratamiento y el momento de practicarlo. Muchas de las precauciones exageradas tuvieron su origen en las historias circulantes sobre abortos y partos prematuros consecutivos a una terapéutica odontológica. Si bien esos temores son infundidos en su mayor parte, la experiencia recomienda adoptar una conducta prudente en el manejo de estas pacientes. Para ello es indispensable tener un conocimiento básico sobre la fisiología -

del embarazo. Lo cual ayudará a disipar problemas comunes en estas personas como el temor y la ansiedad, que a menudo transmiten al profesional.

En líneas generales, la grávida puede ser tratada como cualquier otra mujer adulta que ocurre al consulto - rario. Hoy en día se les permite a estas pacientes jugar al tenis y al golf y seguir teniendo contacto sexual. El tratamiento odontológico no es más riesgoso que esas actividades. Los autores modernos están de acuerdo en que el embarazo, en una mujer sana, no constituye una contraindicación para los procedimientos odontológicos corrientes. - Cuando ocurre un hecho desdichado cuya causa es desconocida u obscura el hombre tiende siempre a culpar a alguien - o a algo, actitud errónea que no debe impedir suministrarle la atención adecuada, aliviar el dolor o eliminar una infección bucal. El comienzo del embarazo produce muchos - cambios fisiológicos que hacen de la mujer grávida un problema especial, así por ejemplo es común que la respuesta al stress se halle exagerada; en consecuencia será fundamental conseguir una relajación óptima antes de iniciar un tratamiento. La pregunta importante no es por tanto " pue

de esta paciente ser tratada con seguridad" sino " ¿ Como se la puede tratar sin causarle un stress físico o emocional? ".

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO PRENATAL

- 1.- Dieta
- 2.- Enfermedad
- 3.- Alcohol
- 4.- Traumatismos
- 5.- Posición en el utero
- 6.- Tabaco
- 7.- Orden de nacimiento
- 8.- Edad de los padres
- 9.- Mes de nacimiento
- 10.- Experiencia emocional de la madre.

HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE GRAVIDA

Cuando el odontólogo plantea un tratamiento además de la historia de rutina debe averiguar una serie de datos acerca del curso del embarazo. Son importantes los antecedentes de abortos habituales y la aparición de manchas y calambres en los últimos 2 meses de la gestación, así como cualquier otra complicación del embarazo en curso. En tales casos se aconseja la consulta con el obstetra.

Síndrome de hipotensión supina. La posición del cuerpo es importante en las pacientes que se encuentran en el último trimestre del embarazo. El síndrome de hipotensión supina se manifiesta por una caída tensional brusca que puede corregirse cambiando la posición de la paciente de acuerdo con una explicación para este extraño fenómeno, se ha supuesto que en la posición acostada o semirreclinada el útero puede comprimir los grandes vasos y obstaculizar el retorno venoso al corazón. La vena cava inferior es la principal afectada y el trastorno puede corregirse fácilmente colocando a la paciente en decubito dorsal lateral o en posición sentada para aliviar la presión que el -

utero ejerce sobre los vasos. De este modo se permite el retorno sanguíneo desde las extremidades inferiores.

MALFORMACIONES CONGENITAS EFECTOS TRASPLACENTARIOS DE LAS DROGAS

Desde hace tiempo, empero se sabe que las drogas - que se administran a la mujer embarazada con fines terapéuticos pueden pasar de la circulación materna a la circulación fetal, y que son muy pocas las que no lo hacen. Originalmente se concebía a la placenta como una barrera que se oponía al paso de sustancias tóxicas de la circulación materna a la fetal pero ahora se sabe que las drogas solubles en las grasas atraviesan con mucha facilidad la barrera placentaria. Interviene en estos los antibióticos, sedantes, tranquilizantes odontológicos o juntamente con ellos. En la actualidad se sabe que ciertas drogas entrañan un - frasco peligro en el embarazo y en el periodo neonatal y - se sospecha de muchas otras.

Se ha demostrado que las tetraciclinas pueden decolorar el esmalte dentario si se las administran durante el periodo de calcificación fetal. Los dientes afectados por

el depósito prenatal del antibiotico aparecen amarillos, - en contraste con la blancura de las piezas normales; tal coloración es más intensa en las superficies de oclusión y - en el tercio cervical del diente. A la edad de 4 a 5 - - años los dos tercios incisales de la corona presentan de - color gris ceniciento, con una pigmentación que varía en - tre amarillo oscuro y castaño a nivel del tercio cervical. En los dientes muy afectados puede haber además importan - tes alteraciones morfológicas.

Las grandes cantidades de salicilatos administra - das por periodos prolongados también provocan alteraciones de la coagulación.

Las pequeñas cantidades no suelen ser nocivas. - Sin embargo la vitamina K y las fenotiazinas pueden produ - cir ictericia en el recién nacido.

Se comunicó el caso de un lactante que sufrió los - efectos del librium administrado a la madre durante el em - barazo. Esta recibió 25 mg de librium 4 veces por día pa - ra combatir la ansiedad en el hijo se comprobaron depre - sión mental y leucopenia.

ANTIBIOTICOS

Las penicilinas y las eritromicinas son relativamente inocuas para la madre y el feto y es probable que sean las drogas antibacterianas más seguras.

FLUORUROS. No se deben dar fluoruros durante el embarazo porque la madre no los necesita y porque es mejor administrarlos al lactante.

MEDICACION DE LA PACIENTE EMBARAZADA. Hay que evitar estrictamente cualquier medicación innecesaria en la paciente embarazada. Al parecer, el feto es incapaz de metabolizar y destoxificar ciertas drogas que se consideran inocuas y eficaces en la madre.

Medicación hacia el final del embarazo. La teratogenesis no es todo. Hay un amplio peligro muy específico que no siempre tenemos en cuenta cuando tratamos a una mujer en la etapa final del embarazo. Se trata del peligro de abrumar a un feto con una droga que si el parto ocurre en cuestión de 48 hrs. no podrá ser metabolizada adecuadamente —

por el recién nacido que inicia una vida independiente. - Este riesgo puede ser grave y a veces fatal, por ejemplo: - la administración a la madre de grandes dosis de Synkavit- o de analogos hidrosolubles de vitamina K tiende a produ- cir ictericia grave en el recién nacido, en especial si es prematura. Las sulfamidas plantean un riesgo idéntico. En- tre otras drogas peligrosas figuran el clorafenicol las te- traciclinas, los anticuagulantes y los diuréticos del gru- po de las tiazidas. Es importante tener presente que to- das las drogas que se administren a la madre al principio- o al final del embarazo pueden entrañar un grave riesgo pa- ra el feto.

EFFECTO DEL EMBARAZO SOBRE LOS DIENTES Y LAS ESTRUCTURAS DE SUSTEN

TRASTORNOS PERIODONTALES. La gingivitis es un trastorno - relativamente frecuente en el embarazo. Especialmente en- pacientes que descuidan la higiene dentaria. Esta actitud descuidada se deberfa según algunos autores al estado de - abandono provocados por el malestar y los vómitos frecuen- tes al comienzo del embarazo.

El aspecto de este estado es característico. La encía aparece hipertrofica y sangra al tacto. La gingivitis característica suele obedecer a una alteración endocrina acentuada por un desequilibrio dietético.

En el embarazo, la gingivitis podría considerarse como una reacción en la cual las hormonas influyeron sobre el tejido local y su sistema microcelular, reduciendo el umbral para la lesión de tejido inducida por diversos agentes. A nivel local son factores importantes así mismo el cepillado incorrecto las piezas rotas, los empastes salientes y los depósitos de partículas alimentarias. Para suprimir la lesión local es suficiente a menudo, eliminar estos factores locales e instituir un régimen dietético adecuado. La gingivitis del embarazo puede presentarse como:

- a.-) Hemorragia marginal.
- b.-) Encía rojo-frambuesa en torno de uno o varios dientes.
- c.-) Hipertrofia difusa de la encía.
- d.-) Hipertrofia localizada.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

Efectos nocivos de los rayos X. El efecto perjudicial de los rayos X se relaciona con la superficie expuesta y con la respuesta de los tejidos. La zona de influencia puede ser limitada o bien comprender todo el cuerpo. - En lo que respecta a la vida del individuo, la radiación de una zona pequeña es menos nociva que la de superficies extensas. Cuando se saca una radiografía dentaria las radiaciones primarias penetran en la piel a través de una zona de pocos centímetros de diámetro y a la vez originan radiaciones secundarias al pasar por los diversos tejidos; - estas últimas actúan sobre las células que se hallan tanto dentro como fuera de la zona de pasaje inicial generando efectos nocivos que pueden impedirse recurriendo a colimadores y filtros adecuados.

El feto está relativamente cerca de la fuente de rayos X y su posición lo hace muy vulnerable a la irradiación completa del organismo materno. Puede conseguirse una buena protección con un delantal de plomo.

El riesgo de la radiación para la mujer embarazada sana y el feto se puede reducir al mínimo con 70 Kvp, -

cronómetros electrónicos dentales o escudos de plomo, un colimador para limitar el haz a 6,87 cm. y un filtro de aluminio.

Todo parece indicar que cualquier tipo de anestesia, siempre que sea bien aplicada. Puede realizarse sin temor en la mujer grávida.

RESUMEN

Los auxiliares del diagnóstico como los rayos X, son elementos esenciales y deben usarse como en cualquier otro paciente siempre que se reduzca aun mínimo la exposición a las radiaciones. Debe evitarse el stress. El stress producido por un tratamiento es a menudo menor que el que ocasiona una afección no tratada.

Esta consideración nos ayudará a contestar ciertas preguntas que pueden plantearse como ¿Podemos tratar con seguridad a la paciente grávida?.

En relación con los procedimientos de elección, las estadísticas disponibles indican que aún hay puntos os

curos respecto a la cirugía y la anestesia en la mujer embarazada. Si bien no se han demostrado correlaciones definidas y específicas, se recomienda en lo posible realizar los tratamientos no urgentes durante el segundo trimestre y no en el primero o el tercero. Las complicaciones son menos frecuentes durante el segundo trimestre. Si la paciente está en el primer trimestre es probable que por ejemplo, la extirpación de la pulpa y la colocación de una cubierta sedante sean un tratamiento de elección. El procedimiento definitivo puede realizarse en el segundo trimestre, o bien si no surgen problemas demorarse hasta después del parto.

Se conoce una serie de drogas que pueden ser perjudiciales para el feto, particularmente en los primeros tres meses de la gestación. Por tanto antes de cualquier tratamiento para aliviar la ansiedad debe procederse a una cuidadosa evaluación de la paciente. Recuérdese además que las tetraciclinas están contraindicadas en este período. Como ocurre con todos los pacientes, la mejor actitud ante la embarazada es la odontología preventiva.

INTRODUCCION

Las emergencias quirúrgicas y sus complicaciones son comunes en toda práctica odontológica que incluye procedimientos operarios. Muchas de estas emergencias y complicaciones carecen de importancia, pero otras pueden tener consecuencias muy serias.

Ningún dentista debe realizar intervenciones quirúrgicas a menos que este preparado para hacer frente a las complicaciones que pudieran surgir durante o después de la operación.

En este capítulo se estudiarán las emergencias quirúrgicas y las complicaciones que acompañan a la cirugía intrabucal.

CAPITULO V

EMERGENCIAS QUIRURGICAS

INFECCIONES PERICORONALES. La infección pericoronal es otra emergencia quirúrgica que se presenta con frecuencia. Suele ocurrir en personas jóvenes durante el proceso de erupción del tercer molar, afectándose con mayor frecuencia el tercer molar del maxilar inferior una cúspide del diente en erupción rompe la mucosa bucal y esto produce una situación ideal para el desarrollo de la infección debajo y alrededor del colgajo pericoronal. La región está caliente, húmeda y oscura y contiene productos alimenticios en edo de descomposición que constituyen un excelente medio de cultivo para las bacterias. Este proceso infeccioso se desarrolla con rapidez y muchas veces se propaga a estructuras circunvecinas, produciendo trismus, dolor, inflamación de la garganta, tumefacción y dificultad para deglutir.

En ocasiones el proceso infeccioso es de tanta intensidad que causa hipertenia, escalofríos, pulso rápido y malestar general.

El tratamiento debe incluir la extracción inmediata del diente respectivo administración de antibióticos y analgésicos energicos como medidas coadyuvantes, drenaje y la irrigación del fondo de saco pericoronar. Esto se realiza pasando un instrumento roma debajo del colgajo y desplazándolo hacia arriba. De este modo se obtiene por lo general la salida de una pequeña cantidad de exudado purulento desde el saco. Si con este proceder no se consigue un drenaje adecuado, hay que incidir la mucosa que cubre el diente. Se irriga entonces la región con solución fisiológica o con una solución comparable empleando una jeringa de 10 ml. dotada de una aguja roma y curva de calibre 13, con este lavado mecánico se barren los restos acumulados y se facilita el drenaje de la zona, se puede introducir entonces debajo del colgajo un trocito de gasa con yodofermo o un drenaje de goma, que se empuja hasta el fondo del saco pericoronar. El avelamiento impide que se sigan acumulando restos y material infeccioso el saco y permite la evacuación continua, una vez tratada la infección pericoronar hay que establecer si el tercer molar está en contacto con el tejido tumefacto que rodea a ese diente. En caso positivo, lo más juicioso será extraerlo

en la próxima cita. Como por lo general no haya infección en el diente mismo, se lo extrae sin temor a complicaciones.

Realizados estos procedimientos se mantiene el paciente con antibioterapia y analgésicos potentes, viéndolo todos los días para continuar la irrigación y el tratamiento, por lo general con esta conducta se controla el dolor y cabe anticipar una rápida resolución de la infección.

OSTEITIS ALVEOLAR.- Doloroso estado postoperatorio causado por la desintegración del coágulo en un alveolo dental. Se trata de una pérdida del coágulo sanguíneo que hace las veces de barrera protectora del tejido óseo subyacente. Al desaparecer el coágulo, sus respectivas terminaciones nerviosas quedan expuestas en la cavidad bucal, originando un dolor de variable intensidad. Así cualquier estado que atente contra la formación y mantenimiento de un coágulo sano en el alveolo se puede considerar como causante de este problema. Se trata de una complicación postoperatoria muy común y todos los odontólogos que-

extraen dientes la conocen.

La solución del problema es la prevención, entre los recursos empleados figuran la inserción de conos anti-bióticos o quimioterapéuticos en el alveolo, la perforación de hueso cortical que rodea al alveolo para asegurar un soporte sanguíneo más adecuado un tratamiento de apoyo general, vitaminoterapia, antibioticoterapia sistémica etc., pero a pesar de todo, aún ocurren casos de osteitis alveolar que deben tratarse para aliviar al paciente del pertinaz dolor que produce.

El tratamiento estará encaminado a aliviar el dolor y a estimular la reparación de la herida de la extracción. En su mayor parte consiste en aplicar un tapón que contenga un analgésico para aliviar el dolor y un antiséptico para combatir la infección que pudiera haber. Antes de aplicar el tapón hay que limpiar el alveolo para que no queden restos del coágulo desintegrado de modo que la medicación entre en contacto directo con el hueso. Esto se hace mediante raspado suave o por irrigación, después se seca el hueso y se aplica un tapón medicado con uno de los

muchos analgésicos y antisépticos líquidos o en pasta.

Este tapón deberá aliviar el dolor en contados minutos y mantener cómodo al paciente más de 24 hrs. alveolo seco no hay que curarlo todos los días. Si se cambia diariamente el tapón el manipuleo del alveolo impide la proliferación del tejido de reparación y prolonga el período de recuperación. Así el tapón debe de contener ingredientes de acción prolongada que requieran su cambio solo cada 2, 3 o 4 días. Un tapón que satisfaga estas normas tiene los siguientes medicamentos:

Eugenol	46 %
Bálsamo del Perú	46 %
Clorobutanol	4 %
Benzocaina	4 %

La medicación se aplica sobre yodoformo o gasa común, de modo que quede suelta en el alveolo, cubriendo todo el hueso expuesto hay que volver a rellenar el alveolo con toda la frecuencia que sea necesaria para que el paciente se sienta cómodo, hasta que el hueso quede cubier -

to por los tejidos de reparación que proliferan sobre él.

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

La pérdida del control de los instrumentos produce a veces laceraciones, desgarramientos u otras lesiones en los tejidos blandos, los elevadores o forceps pueden resbalar en la superficie de los dientes y dañar los tejidos - del labio, mejilla etc.

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. En ocasiones la - ruptura de vasos importantes provocan 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 di-

gital 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 lesión hemorrágica por dentro de la boca y otra que lo haga por fuera. Una vez conseguida la hemostasis se sutura si es necesario.

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 el tiempo necesario para impedir o controlar la infección y evitar el desarrollo de 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 activa ante 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. El paciente no ha sido inoculado contra el tétano 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 tétano compete a la práctica, se debe remitir a un facultativo al paciente que re -

quiera este tratamiento.

LESIONES OSEAS

Fractura del alveolo. El hueso alveolar se fractura a veces durante las extracciones difíciles y el fragmento roto puede salir con el diente o quedar en la herida. - En el primer caso el hueso alveolar remanente se presenta con una superficie áspera y dentellada. En estas circunstancias se debe despegar una pequeña banda de periostio para ganar acceso a la zona y suavizar los bordes con el instrumento apropiado.

Pueden intentarse dos tipos de tratamiento cuando el trozo fracturado queda en la herida. Si el fragmento es pequeño y particularmente si ha sido separado del periostio, es necesario extraerlo y tratar la cavidad en la forma ya descrita. En cambio, si el fragmento es grande y se mantiene fijo al periostio, debe ser colocado en su lugar mediante presión digital y fijado por sutura a los tejidos adyacentes.

Este problema se presenta a veces durante la extracción de un tercer molar inferior retenido, durante la cual puede producirse una fractura importante a nivel de la porción interna del hueso. La extracción del fragmento es difícil y deja un gran defecto residual, con intenso dolor postoperatorio, edema y trismo. Lo mejor en tales circunstancias es dejar el fragmento en la posición correcta, lo cual permitirá que se adhiera al resto del hueso y que cure en corto plazo.

Fractura de la tuberosidad del maxilar. Este accidente es raro y se produce, en general cuando se aplica una fuerza excesiva al sacar un segundo o un tercer molar superior o por el uso inadecuado de forceps al extraer dientes muy adheridos. El fragmento roto es a menudo grande y puede incluir uno o más dientes, el piso del seno maxilar y la tuberosidad de este hueso.

Tal complicación puede evitarse mediante un buen plan preoperatorio. Cada vez que sea necesario extraer una pieza del maxilar superior y especialmente si la radio

graffia muestra un seno maxilar grande que se acerca a la cresta alveolar, debe tenerse siempre en cuenta una posible fractura de la tuberosidad. En tales casos es conveniente replegar una lengüeta de periostio y cortar una pequeña porción del hueso alveolar, para luego seccionar el diente y extraerlo en fragmentos. Este procedimiento que solo insume un poco más de tiempo que las extracciones comunes permitirá evitar la desagradable emergencia de una fractura tuberositaria.

Si la tuberosidad ha sido fracturada, deberá intentarse preservar su integridad en la medida de lo posible. El dentista tratará de separar el diente de la tuberosidad sin producir lesiones importantes en el hueso. En caso de ser posible, lo mejor es esperar unas semanas antes de extraer el diente para permitir que la fractura cure. No se necesita fijación alguna si la movilidad del fragmento es mínima; en caso contrario, sin embargo, debe ser estabilizado con tablillas o dispositivos para fracturas. Cuando la fractura haya curado podrá levantarse el periostio, extirpar la porción del hueso y cortar y extraer el diente por partes. Esta técnica permite, en general, sa-

car el diente sin que se produzca nuevas fracturas.

Se recurrirá a otro procedimiento si el diente debe ser extraído inmediatamente. En este caso el operador estabilizará la tuberosidad tanto como sea posible y procederá a la extracción quirúrgica del diente de acuerdo con la técnica descrita. El paso siguiente consiste en reponer la tuberosidad fracturada en su lugar y mantenerla fija mediante una sutura a los tejidos blandos adyacentes.

A veces es necesario extraer todo el fragmento óseo, a causa de la imposibilidad de extirpar el diente o los dientes aisladamente. En otras ocasiones pueden haberse formado grandes bandas de periostio antes de producirse la fractura, que comprometen la irrigación del hueso y hacen conveniente extirpar la tuberosidad. La extracción se hace despegando previamente el periostio con sumo cuidado, hasta que el fragmento quede completamente libre. Esta técnica permitirá extraer el trozo de hueso y las piezas sin dificultad. Pese a todos los cuidados desplegados es común que quede una cavidad muy grande, que a menudo llega

hasta el seno maxilar: la deformación podrá reducirse al mínimo llenando el hueco con agentes hemostáticos absorbibles y reubicando los tejidos blandos en su posición original. La aproximación adecuada de estos tejidos, seguida de una sutura cuidadosa evitará el desarrollo de una fistula entre la boca y el seno maxilar.

Fractura del máxilar inferior. Esta fractura es una complicación rara, aunque no excepcional de las extracciones dentarias. La mayoría de los accidentes se producen por el uso inadecuado de fórceps o la aplicación de fuerzas exageradas, pero lo cierto es que aún los dentistas muy experimentados, que siguen técnicas cuidadosas, pueden fracturar una mandíbula. Este problema, aunque raro, debe considerarse como un riesgo natural de la exodoncia y el hecho de que se produzca no implica necesariamente negligencia de parte del cirujano. El problema es más común en personas de edad, cuyos maxilares son delgados y atroficos, pero puede ocurrir en cualquier tipo de paciente.

En general, la fractura que se produce durante la extracción se acompaña de un crujido audible y de movilidad

anormal en la zona lesionada. Si el diente se mantiene — firmemente al hueso deberá dejarse a un lado la extracción y se procederá a tratar la fractura por los medios conocidos. Sin embargo, si el diente ha sido luxado y puede extraerse con un mínimo de traumatismo adicional, se lo debe sacar antes de tratar la fractura.

Este problema puede evitarse siguiendo los principios quirúrgicos establecidos, es decir, abriendo una vía adecuada que permita un acceso sin obstáculos, y controlando la fuerza que se ha de emplear.

LESIONES EN LOS DIENTES

Lesiones de dientes adyacentes, el uso imprudente de fórceps o elevadores puede luxar, arrancar o fracturar las piezas adyacentes. La extracción de un diente superpuesto a otro, por ejemplo, se hace problemática por la dificultad de colocar un instrumento sin toparse con las piezas vecinas. Los movimientos rotatorios que el dentista realiza con el fórceps pueden lesionar los dientes vecinos y aflojarlos, sacándolos de su posición habitual.

Estas complicaciones se previenen mediante una adecuada evaluación preoperatoria, evitando además toda presión sobre las piezas adyacentes.

El tratamiento de cualquier lesión de los dientes-vecinos depende de la importancia del traumatismo. Nada debe hacerse en el caso de una pieza floja con movilidad mínima, ya que el diente adquirirá, con el tiempo, una buena adherencia. Si la movilidad es grande, en cambio, será necesario estabilizarlo con una barra o curva con la tablilla adecuada. El problema varía y requiere una cuidadosa evaluación en el caso de un diente arrancado por completo. Este debe extraerse si tiene poca importancia funcional o si se halla seriamente afectado por algún proceso patológico. Cuando es importante y está sano, en cambio, se lo repondrá inmediatamente en su lugar y se intentará estabilizarlo mediante la aplicación de tablillas. Producida la readhesión, el tratamiento endodóncico podrá conseguir salvarlo.

Si la fractura comprende fragmentos pequeños de la corona de un diente adyacente, ésta podrá ser restaurada y

pulida. Si los fragmentos son más grandes deberán cubrirse temporalmente, dejando para otra oportunidad la restauración permanente. Si la fractura afecta la pulpa, se aconseja una pulpotomía parcial o la endodoncia.

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 temporal 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 lo deberá evitar en lo posible. Las radiografías postoperatorias, realizadas antes de cerrar la herida

da, ayudarán a evitar complicaciones pero el método no -- siempre resulta práctico. No obstante, es de buen crite -- rio sacar placas cuando el procedimiento ha sido particu -- larmente difícil o cuando se ha producido fragmentación ex -- tensa del diente o de una obturación.

Otra medida simple para reducir al mínimo las com -- plicaciones 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 con -- trario, las obturaciones desalojadas, los fragmentos de -- dientes y otros cuerpos extraños pueden caer en las cavi -- das 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 pue -- den quedar durante años sin originar problemas. Las inter -- venciones dirigidas a recordarlos pueden resultar traumáti -- cas y destructivas por tal razón casi nunca están indica -- das.

Extracción 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 cuales son los dientes que deben sacarse. Si el paciente ha sido remitido por otro odontólogo y si existe alguna duda, es necesario consultar al dentista que lo envió. En segundo lugar se debe disponer de buenas radiografías, bien relevadas 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 indeleble 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, es-

pecialmente cuando las raíces de las piezas adyacentes son cónicas y se aplica una fuerza a la corona para movilizar - la. 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 plantee una situación legal.

Fractura de raíces. Las raíces fracturadas en el alveolo 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 el contrario y salvo pocas excepciones, se las de be sacar inmediatamente.

Si bien muchas veces se evita la fractura de las - raíces recurriendo a las radiografías y haciendo una ade -

cuada planificación preoperatoria, muchos dientes presentan condiciones que tornan extraordinariamente difícil la extracción sin romper las raíces. Cabe anticipar que habrá roturas 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, depende del operador. Por lo tanto, la fractura de la raíz es un riesgo normal de la exodoncia que no debe contemplarse como falla de técnica ni falta de habilidad. Cuando se fractura una raíz la mayoría de las veces hay que retirarla en seguida, porque su remoción no entraña

un procedimiento quirúrgico difícil.

Remoción cerrada. La remoción de las raíces se di
vide en varias categorías. En los dientes de una sola -
raíz en que la corona se fractura y queda toda la raíz, és
ta 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, ésta indicado el elevador
recto introducido entre la raíz y el hueso alveolar. La -
eficiencia con que se emplee el elevador depende de que se
establezcan un firme punto de aplicación en la raíz 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 alveolar y haciéndolo rotar a de-
recha e izquierda se suele desalojar a la raíz única frac-
turada.

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 su

ficiente " garra " sobre ellas como para asegurar su extracción. En consecuencia por lo general esta indicado se parar las raíces entre sí con la fresa o el fermón y extraerlas una por una de la manera indicada precedentemente.

Remoción a cielo abierto. Cuando no se consiguen 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 mucoperióstico 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 raíces. Para extraer las puntas de las raíces 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 hueso con el fin de agrandar el alvéolo en trono 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 y la visibilidad en el interior del alvéolo son difíciles, se desiste de retirar la raíz por el alvéolo. Se expone entonces la raíz mediante reflexión de un colgajo mucoperióstico, 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 bicúspides superiores. De una vez obtenido un acceso adecuado.

Indicaciones sobre extracción de raíces. Si bien las raíces rotas deben extraerse en la mayoría de los ca -

sos, en raras ocasiones es necesario dejarlas en el alveólo. 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 de 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 situados de manera tal que, al intentar extraerlos, se las puede impulsar accidentalmente, hacia los espacios submaxilar 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 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 guiándose por el sitio de inserción del milohioides.

Si ella se encuentra por debajo de los ápices del diente, - la raíz estará en el espacio sublingual, si se encuentra - por encima, en cambio la raíz estará en el espacio subma - xilar.

De manera similar, la situación de los dientes su - periores puede ser tal que cualquier intento de extraer - las 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 interven - ción larga y complicada que deberá evitarse en lo posible. Antes de extraerlas el cirujano debe analizar cuidadosamen - te los alcances de la intervención a realizar y las compli - caciones que pudieran surgir. 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 dejar la raíz en el alveolo; en otras palabras, que la cura puede ser peor que 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 conservado, 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 despegga el periostio del surco alveolar, a nivel del lado interno del maxilar y 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 introducirlo en el espacio anatómico contiguo. Este pro -

blema 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 debe 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 desplazados al seno maxilar; esto se lleva a cabo mediante una exposición amplia de acuerdo con la técnica de 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 solo consiguen a menudo, desplazarlo más profundamente y complicar la situación. Para evitar el problema se aconseja postergar la extracción durante varias semanas, dejando la pieza en la fosa intratemporal 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.

Como en todas las emergencias, la prevención es el mejor tratamiento. Para evitar la rotura de las agujas y lo que se debe hacer en caso de que se rompan:

Prevención:

1. Usar una aguja descartable de por lo menos calibre 25, y de 30 mm. de longitud.

2. No introducir la aguja hasta el cono.
3. Introducida la aguja hasta la profundidad deseada, no se debe tratar de reorientarla sin antes retirarla casi por completo, entonces si se la introduce en la dirección modificada.

Cuando se rompe la aguja:

1. Conserve la calma: no se asuste.
2. Dígale al paciente que no se mueva y usted no le saque la mano de la boca.
Manténgale la boca abierta; puede introducir un mordillo, si lo tiene a mano.
3. Observe si el fragmento asoma. En ese caso, extraígallo con una pinza para algodón o con una pequeña pinza hemostática.

Si se siguen las instrucciones que anteceden, la mayoría de las agujas rotas se pueden extraer si no se las había introducido hasta el cono.

Si el fragmento se pierde:

1. No haga ninguna incisión ni insista en sondear si no logra ver el fragmento.
2. Dígale al paciente lo sucedido, con calma; disipe sus temores y su aprensión.
3. Anote el incidente en su registro. Guarde el resto de la aguja y notifique a su agente de seguros.
4. Envié en consulta al paciente a un cirujano bucal, no para que le extraiga la aguja.

C A P I T U L O VI. CRISIS CARDIACAS

ANGINA DE PECHO

El cuadro se caracteriza por un dolor típico, habitualmente retroesternal, que es desencadenante por el - - ejercicio o la emoción y aliviado por el reposo o las drogas vasodilatadoras. Se debe a una insuficiencia de la - circulación coronaria.

TRATAMIENTO:

1. El objeto es mejorar la circulación coronaria, tratando de dilatar estas arterias con alguno de los siguientes métodos:
 - a) Para un ataque moderado, y como segundo medicamento de elección en casos graves, coloque una o dos tabletas de nitroglicerina debajo de la lengua del paciente (Trinitrina). El alivio se produce de 2 a 3 minutos.
 - b) Si el ataque es grave, rompa una ampolla de nitriti de amilo bajo la nariz del paciente. El alivio se produce en 30 segundos.
 - c) En los casos que no responde puede darse narcó

tico en dosis moderadas, por ejemplo 25 - 50 - mg. de meperidina (demerol) por vía Im. La oxigenoterapea puede resultar beneficiosa.

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON ANGINA DE PECHO

1. Uso de sedantes
2. Anestecia local efectiva
3. Premedicar con nitroglicerina sublingual 5 min. an-
tes de aplicar la anestecia local.
4. No exceder el límite de tolerancia.
5. En pacientes riesgosos casos de urgencia solamente
odontológicos.

INSUFICIENCIA CARDIACA

El síntoma principal de la insuficiencia cardíaca es la disnea o fatiga y en orden de importancia le sigue - el edema, que comienza en los tobillos, el paciente se cansa fácilmente ante el menor ejercicio.

Preguntas recomendables para valorar la insuficiencia cardíaca:

- 1.- ¿ Puede realizar sus actividades normales sin fatigarse ?
- 2.- ¿ Puede subir un tramo de escalera sin descansar?
- 3.- ¿ Se le hinchan los tobillos a medida que avanza el día ?
- 4.- ¿ Se ha despertado alguna vez con fatiga por la noche ?
- 5.- ¿ Debe permanecer sentado para respirar cómodamente ?

- 6.- ¿ Cuantas almohadas utiliza para respirar comodamente cuando duerme ?
- 7.- ¿ Ha experimentado un aumento considerable de peso ultimamente ?
- 8.- ¿ Esta tomando medicamentos ?

TRATAMIENTO:

Insuficiencia cardiaca crónica: Diureticos, sedantes, (digitoxina lanatosidos) - digitalina o un glucosidodigitalico.

Sesiones cortas de trabajo.

No llevar al enfermo a los límites de su tolerancia.

Evitese el tratamiento selectivo en tiempo caluroso y húmedo.

En pacientes riesgosos solo tratamientos odontológicos de urgencia .

Oxigenoterapea.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Se le conoce con el nombre de trombosis coronaria y se produce como consecuencia de una deficiencia grave en la oxigenación del miocardio.

MANIFESTACIONES:

- 1.- Comienzo similar al de la angina de pecho
- 2.- No calma con nitritos ni con el reposo
- 3.- Palidéz
- 4.- Diaforesis
- 5.- Nauseas y sensación de plenitud abdominal
- 6.- Disnea
- 7.- Debilidad extrema
- 8.- Sensación de muerte inminente

TRATAMIENTO:

- 1.- Llame al médico si los nitritos no calman el dolor
- 2.- Administre oxígeno

- 3.- Mantenga al paciente semisentado
- 4.- Pueden darse narcóticos 25 - 50 mg. de meperidina-
(demerol) por vía IM o 1/4 o 1/2 ampolla de mor-
fina por la vía IM
- 5.- Si la disnea es intensa aplique torniquetes a las
extremidades.

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

Comprende los cuadros de trombosis, hemorragia y -
embolia cerebral y se deben, respectivamente a la forma -
ción de coagulos, a la ruptura de vasos al ensanchamiento-
de coagulos desprendidos de otras regiones del organismo.

MANIFESTACIONES:

Premonitorias

- 1.- Mareos
- 2.- Vértigo
- 3.- Parästesias transitorias o debilidad de un lado -
del cuerpo.

4.- Coma

Habituales

- 1.- Dolor de cabeza
- 2.- Náuseas y vómitos
- 3.- Convulsiones
- 4.- Coma

TRATAMIENTO:

- 1.- El tratamiento de urgencia se basa en medidas de sosten. Si hay convulsiones, impida la mordedura de los labios y la lengua coloque un pañuelo o un aposito entre los dientes del enfermo.
- 2.- Mantenga cómodo al paciente.
- 3.- Administre oxígeno si aparece dificultad respiratoria.
- 4.- No dé estimulantes, sedantes ni narcóticos.

SINCOPE VASODEPRESIVO

Pérdida del conocimiento causada por una reducción transitoria del aporte sanguíneo al cerebro, como consecuencia de una caída de la presión sanguínea, que la mayoría de las veces es provocada en el consultorio de odontología por el dolor o la ansiedad.

SINTOMAS Y SIGNOS DE SINCOPE VASODEPRESIVO;

Tempranos

- 1.- Palidez
- 2.- Salivación
- 3.- Nauseas a veces resurgitación
- 4.- Transpiración

Tardíos

- 1.- Dilatación de las pupilas
- 2.- Bostesos
- 3.- Hipernea
- 4.- Bradicardi

- 5.- Inconciencia
- 6.- Movimientos convulsivos

Recuperación

- 1.- Cefalea
- 2.- Debilidad
- 3.- Ansiedad
- 4.- Confusión

ASMA BRONQUIAL

El asma bronquial se manifiesta por paroxismos típicos de disnea acompañados de sibilancias pulmonares, que se deben a la constricción de los bronquios más pequeños.

MANIFESTACIONES:

- 1.- La inspiración que dilata el calibre de los bronquios se cumple sin dificultad. La espiración en cambio es prolongada por el estrechamiento bronquial concomitante, que obstruye el paso del aire que queda en los alveolos.

- 2.- La caja torácica puede presentarse dilatada.
- 3.- Cianosis si el ataque es grave.

TRATAMIENTO:

- 1.- Oxigenoterapia
- 2.- Posición confortable
- 3.- Llamar al médico si el ataque es muy intenso
- 4.- Adrenalina por vía subcutánea 0.03 a 0.5 ml. de la solución al 1:1000 si la dificultad respiratoria es intensa

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SIN INSUFICIENCIA CIRCULATORIA

Este trastorno se produce por constricción bronquial causada por edema o espasmo y la respiración es asmatiforme con las sibilancias características.

Tratamiento:

- 1.- Si se escuchan ligeras sibilancias puede usarse el isoproterenol, que constituye un buen dilatador

bronquial acción moderada que es suficiente con una sola inhalación.

- 2.- La adrenalina es la droga de elección si la obstrucción es grave y puede emplearse una dosis intramuscular de 0.3 ml. de sol. al 1:1000 que se repite tantas veces como sea necesario. Dice sospecha una obstrucción completa por edema de laringe es imperativo practicar una coniotomía de urgencia.
- 3.- Los corticoides y antihistamínicos pueden ser útiles después de administrar adrenalina en dosis de 4 mg. de dexametasona por vía IM o IV. 10 a 20 mg. de benadryl.

C A P I T U L O VII

SHOCK ANALFILACTICO .

Tratamiento:

- 1.- Palidéz. En general la palidéz es el primer signo de la insuficiencia circulatoria y por tanto coloque al paciente acostado boca arriba.
- 2.- Eleve las piernas por encima del nivel del torax.
- 3.- Coloque vapores de amoniaco bajo la narfz del paciente.
- 4.- Oxigenoterapea .
- 5.- Controle la presión arterial.
- 6.- Administre adrenalina 0.03 ml. de sol. al I:1000 - (0.3 mg.) por vía IM.
- 7.- O subcutánea, hasta un mg. por vía IV lenta.
- 8.- Aplicación de corticoides del tipo de dexametaso - na en dosis de 4 a 20 mg. la hidrocortisona a razón de 100 - 200 mg. o la metilprenisolona en dosis de 40 mg.

- 9.- Los antihistamínicos a veces son eficaces en el shock anafiláctico.
- 10.- Si en algún momento se produce una pérdida completa del pulso o de la presión arterial, es imperativo practicar el masaje cardiaco externo y proceder a la respiración artificial.

REACCION ALERGICA CUTANEA

Las reacciones cutáneas que entran en la categoría potencial de emergencia son las de tipo anafiláctico, como la urticaria y el edema anguioneurótico.

El elemento más importante para valorar la gravedad potencial de una reacción alérgica es el tiempo transcurrido entre la administración de la sustancia excitante y la aparición de la lesión.

El tratamiento usual de la alergia de comienzo rápido lento se puede emprender con un antihistamínico administrado por vía IM u oral. 10 mg. de dimetane o 25 mg. de benadryl.

C A P I T U L O V I I I

EPILEPSIA

La epilepsia trastorno crónico del funcionamiento cerebral, se caracteriza por ataques recurrentes que se acompañan de alteraciones en el estado de conciencia. Los ataques son de comienzo brusco y de corta duración.

MANIFESTACIONES DEL GRAN MAL:

- 1.- Los ataques están precedidos generalmente de una aura que el paciente percibe, la mayoría de las veces, bajo la forma de un relámpago luminoso inmediatamente después profiere un grito.
- 2.- Caída y pérdida de la conciencia después del grito.
- 3.- Contracción sostenida, luego intermitente de los músculos de las extremidades del tronco y la cabeza.

4.- Entre 2 y 5 minutos después de las convulsiones se observa:

- a) Sueño profundo
- b) Dolor de cabeza
- c) Dolor muscular

TRATAMIENTO:

- 1.- Aflojar la ropa, especialmente el cuello de la camisa.
- 2.- Colocar una almohada o un saco debajo de la cabeza.
- 3.- Colocar un pañuelo entre los dientes para impedir mordeduras de los labios y lengua.
- 4.- No sugerimos las drogas depresoras ni los relajantes musculares si el profesional no es experto en respiración pulmonar.

CAPITULO IX

RESUMEN

La mejor manera de tratar una urgencia es impedir que se produzca. La mayoría de las emergencias enumeradas son previsibles. La adopción de principios quirúrgicos bien establecidos, la elección de una vía de acceso adecuada, el cuidado con que se manipulen los tejidos, el uso controlado de la fuerza y sobre todo la concentración en el problema, reducirán al mínimo los riesgos quirúrgicos.

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

C A P I T U L O X

BIBLIOGRAFIA .

APRILE HUMBERTO. Anatomía Odontológica. Capítulos I, X.-
Págs. 40 a 44, 718 . Editorial, El Ateneo 1960.

ARCHER W. HARRY. Cirugía Bucal. Tomo I Capítulo I. Págs.-
2 a 5, 17 a 21, 24. Editorial Mundi 1968.

CARRANCA Y TRUJILLO RAUL. Código Penal. Capítulo I artí-
culo 228 y 229, págs. 535, 536. 1966.

CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTE AMÉRICA. Simposio sobre -
Emergencias Odontológicas en la práctica. Serie IX. Vol. -
27. págs. 266 u 282 Edit. Mundi 1973.

GAJARDO SAMUEL. Medicina Legal. Capítulo III. Págs. 159 a
164 Editorial Nacimiento 1952.

CAYTON ARTHUR C. Tratado de Fisiología Médica págs. 349 a-
359 Editorial Interamericana 1971.

GOODMAN Y GILMAN. Bases farmacológicas de la terapéutica. Tomo I Capítulo IX. págs. 139 a 171 Editorial Hispano Mexicana 1957.

GORLIN J. ROBERT. Thoma Patología Oral. Capítulo XXI págs. 1014 a 1024, 1037 a 1040. Editorial Salvat 1971.

GOTH. FARMACOLOGIA MEDICA . págs. 112, 195, 200, 241, 324, 367 a 417, 453, 532, 657 Editorial Interamericana 1970.

MC. CARTY FRANK M. EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA. Capítulos - IV, XVI págs. 85 a 143, 368 a 382 Editorial El Ateneo - 1973.

BE LOVE IRA JAY. Dental Medical Emergencies and Complication. págs. 94 a 97, 220 a 223, 466 a 468. Editorial Chicago Year Book Medical.