

25

2 Ejemplar



**"ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA"
U. N. A. M.**

CARRERA DE: CIRUJANO DENTISTA

**" ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA
EXTRACCION DE DIENTES INCLUIDOS "**

I L D A A N A Y A B R A V O



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
1.- Introducción.....	1
2.- Historia Clínica.....	3
3.- Alveolitis.....	10
4.- Osteomielitis.....	16
5.- Fracturas.....	24
6.- Lesión a Dientes Adyacentes.....	33
7.- Lesión a Tejidos Blandos.....	37
8.- Comunicación con senos Maxilares.....	42
9.- Hemorragias.....	48
10.- Parestesias.....	55
11.- Conclusiones.....	59
12.- Bibliografía.....	62

INTRODUCTION

INTRODUCCION

El Cirujano Dentista contempla que su profesión se encuentra en el campo pleno de la medicina y que no se ve limitada a la observación y atención de la cavidad bucal, sino a la atención de los pacientes como un todo.

La evolución y las necesidades condicionan la especialidad, el Odontólogo elige entre los diferentes aspectos de las especialidades odontológicas. Debiendo contar con los recursos suficientes para resolver y atender las aletaciones que se presentan al tratar a los pacientes en la práctica privada.

Me inclino a la investigación del tema: Accidentes más frecuentes en la extracción de dientes incluidos; por ser uno de los aspectos más importantes en el campo de la Cirugía Bucal, pero que es esencial en la Odontología actual, que con el avance del tiempo requiere de un mejor desempeño para poder proporcionar una mejor atención a nuestros pacientes y esto solo lo lograremos si nos documentamos de la mejor manera posible para la atención de dichos pacientes; en base a esto estaremos mejor capacitados para la correcta atención de las alteraciones bucales y así preveer y evitar los accidentes y complicaciones port-quirúrgicas.

Para llevar a efecto lo anterior es necesario y de primordial importancia la realización de una buena historia clínica ya que esta será la base de la cual partiremos para el correcto manejo de los pacientes, y de manera especial nos apoyaremos en la elaboración de un buen plan de tratamiento, ya que de esta manera obtendremos mejores resultados en los tratamientos a seguir.

El presente trabajo a realizar estará enfocado primordialmente a evitar los accidentes post-extracción; ya que si se tiene una amplia visión de la evolución de las posibles alteraciones podremos limitar el daño existente.

Además hay que considerar que nuestra profesión se encuentra ubicada en el amplio campo de la medicina y a la vez haré hincapié en la responsabilidad que tiene el Cirujano Dentista en la atención de sus pacientes, ya que como profesional de una de las ramas de la medicina tiene el deber de aliviar y evitar el dolor después de toda intervención en su área de trabajo esencialmente.

HISTORIA

CLINICA.

HISTORIA CLINICA

Se considera un trámite que se aplica al tratamiento del paciente, en la que el Dentista tiene la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente, o para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general, la toma de determinados medicamentos puede entorpecer ó comprometer el éxito del tratamiento; para conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en caso de reclamación jurídica por incompetencia profesional; para llegar al diagnóstico.

La historia del paciente debe elaborarse siguiendo un plan definido y en privado si es posible.

El primer paso para su elaboración es el registro de datos personales ó ficha de identificación, en seguida la historia familiar (antecedentes hereditarios y familiares) a continuación antecedentes personales no patológicos, interrogatorio por aparatos y sistemas así como el padecimiento actual; todo lo anterior está dentro de la "Anamnesis".

Anamnesis:

1. Ficha de identificación ó datos personales.
2. Historia familiar ó antecedentes familiares y hereditarios (grado de longevidad familiar, padecimientos: dia-

betes, sífilis, delgadez, obesidad, parodontopatías, supernumerarios, suceptibilidad a la caries etc.).

3. Antecedentes personales no patológicos.- habitación alimentación, hábitos, higiene, trabajo, deporte, grado de escolaridad, inmunizaciones).

4. Antecedentes personales patológicos.- Enfermedades de la infancia, alergias, traumatismos, antecedentes quirúrgicos.

5. Historia personal por aparatos y sistemas.- Digestivo, respiratorio, cardiovascular, nerviosos, genito urinario, órganos de los sentidos, endocrino, sanguíneo, musculo esquelético y otros.

6. Padecimiento actual.- fecha y modo de aparición así como síntomas (tumefacción, dolor, cefaleas, vértigo, disnea, astenia, cianosis, fiebre sed, ictericia, etc.

El exámen clínico.- debe constar de:

1. Exámen físico.- Estado psíquico, constitución, expresión facial, fanglios, temperatura, pulso, presión arterial, respiración.

2. Exámen bucal.- boca cerrada, boca abierta, labios, mucosa, lengua (dorso, tracción lateral y cara ventral), piso de boca (conductos salivales), paladar (duro y blando),-

uvula, (faringe y amígdalas), encías (de izquierda a derecha) dientes, oclusión y A.T.M.

3. Palpación.- digital, bidigital.
4. Olfación.
5. Función.- contenido de la lesión.

EL Exámen Radiográfico:

Se debe realizar en orden, principiando en la región - de los molares superiores izquierdos hasta el lado contrario El exámen radiográfico se utiliza tanto como medio para descubrir anomalías, como también auxiliar del diagnóstico.

Es importante que el Cirujano Dentista conozca radiográficamente el esmalte, dentina, pulpa, cemento, encía, ligamento parodontal, conductos, lamina dura, hueso cortical de la cresta alveolar y traveculado, Así como también las zonas adyacentes importantes.

Modelos de Diagnóstico:

Son llamados también de estudio y sirven como método de diagnóstico al ser articulados en relación centríca maxilar arbitraria y haciendo el análisis funcional con el objeto de descubrir puntos de contacto prematuros y otras relaciones oclusales. Así como el número de diente, grado de so

bremordida, relación gingival y porción de corona clínica, -
calculo apráximado de su relación corona- raiz; facetas de
desgaste, diseño de prótesis, elaboración de portaimpresio-
nes individuales, provisionales de acrílico etc.

Las Pruebas de Laboratorio:

Permiten al Cirujano Dentista la detección de enferme-
dades generales en los pacientes sospechosos pero, nunca se
harán como sustituto de la historia clínica completa y téc-
nica de exploración clínica meticulosa.

Cuando la historia clínica del paciente sugiere algún-
trastorno hemorrágico, se realizan las pruebas pertinen-
tes: tiempo de sangrado de 1 a 3 minutos, tiempo de protrom-
bina 80-100%, tiempo de tromboplastina parcial 30-50 segun-
dos, fibrinógeno total 200-400 mg., estas pruebas se reali-
zan ya sea por extracciones, enfermedad hepática, heridas -
pequeñas, equimosis, hemorragia gingival espontánea y epis-
taxis: deficiencia de vitamina K, C, plaquetas 100 a 300 --
mil por ml.

En los casos en que se presente debilidad, pérdida de
peso, sequedad de la piel, palidez, las uñas en vidrio de -
reloj, atrofia de las papilas linguales, etc. se sospechará

de anemia y se usarán la pruebas siguientes: pH, eritrocitos 5-6 millones por mm., hemoglobina 12-20 gr, hematocrito de 40 a 60 ml., reticulocitos 0, mielocitos y metamielocitos 0.

En los pacientes con una infección bacteriana aguda -- presentan a menudo elevación de la cifra de leucocitos (recuento leucocitario de 5-10 mil por mm) con un notable aumento de neutrofilos 50 a 70 %.

En enfermos con infecciones crónicas también pueden tener RL aumentado pero en este caso se aumentan los linfocitos de 24-38 %.

En la leucemia suele existir un aumento de RL pero son células de tipo inmaduro.

Los pacientes con agranulocitosis, reacción alérgica, anemia aplásica secundaria debido a efecto de sustancias tóxicas sobre la médula ósea, presentan disminución notable del RL.

Cuando el paciente presenta astenia, adinamia, poliuria, polifagia, aumento de peso, parestesia en extremidades retardo en la cicatrización, tendencia a la infección, se sospecha de "Diabetes Mellitus". Además, en boca se observan parodontopatías, absesos, cálculos, gingivitis, disminución de la irrigación sanguínea que moviliza calcio (perdi-

endose la lamina ósea dura - anodoncia), pruebas de tolerancia a la glucosa: a los 0 minutos (normal), a los 60 minutos (menos de 100 mg), a los 120 minutos (normal), a los 180 minutos normal, administrandose 300 grs. de carbohidratos.

La citología oral es útil en el tratamiento de pacientes de los que se sospecha de herpes simple ó candida y se logra mediante el abatelenguas y llevando el contenido a un portaobjetos y fijandolo con alcohol etílico de 95 grados y se seca al aire.

Sin embargo el diagnóstico de cancer no se puede basar en hallazgos citológicos, siendo necesaria la biopsia: remoción de una porción de tejido con fines de diagnóstico y -- que proporciona información de los tejidos epiteliales y -- conjuntivos.

EL Plan de Tratamiento Selectivo:

Etiología.- causa que produce la alteración.

Diagnóstico.- conocer el estado de salud del paciente- basandose en: anamnesis, examen clínico, estudio radiográfico, pruebas de laboratorio.

Pronóstico.- Lo que se presume que va a suceder.

la elaboración del plan de tratamiento depende del diagnóstico el cual a su vez depende de:

1. Historia clínica médica y dental.
2. Estudio de las estructuras bucales y peribucales.

La selección de instrumentos y métodos para el tratamiento depende de la correcta evaluación de los siguientes auxiliares del diagnóstico.

- Examen visual.
- Exámen Radiográfico.
- Modelos de estudio en articulador.
- Exámen del parodonto (palpación, medición, percusión, y movilidad).
- Frotis.
- Pruebas de vitalidad pulpar.
- tipo de oclusión.
- Aspectos psicológicos y económicos.

A L V E O L I T I S

ALVEOLITIS

GENERALIDADES/

La alveolitis, es la infección del alveolo dentario la cual tiene características alarmantes, por la intensidad de uno de sus síntomas, el dolor.

En el caso de la alveolitis, el coágulo se desprende y el hueso queda por completo descubierto. La superficie interna del alveolo se encuentra desprovista de tejido de cicatrización el cual toma el aspecto del hueso necrótico, el mucoperiostio que normalmente tiene tendencia a proliferar obliterando el alveolo causado por la extracción del diente, que ofrece un borde ligeramente inflamado, irregular y separado del hueso.

Revisando a diferentes autores al designar esta secuela post-extracción la han denominado de diferentes maneras: "osteitis localizada; alveolitis seca dolorosa; alveolalgia; alveolo seco; osteitis alveolar etc."

Se considera que éste proceso se presenta de diferentes maneras y se clasifica de la manera siguiente:

A. Las que forman parte de las inflamaciones óseas más extendidas: osteitis, periostitis óseas, etc., es cuando la

la lesión alveolar forma parte de una gran lesión inflamatoria, sin embargo, es necesario hacer notar que existen dentro del conjunto de estas lesiones la posibilidad de dos casos más de alveolitis.

- Alveolitis Humeda.-

Es excepcional, regularmente hay -supuración y la cavidad se encuentra llena de pus, por consecuencia ha tejido de putrefacción y saliva.

La capa necrótica del hueso no se debe eliminar en masa, si no en pequeñas partículas. En algunos casos esta capa es muy superficial, los elementos fagocíticos y osteoclasicos se encuentran en esta, y pronto se inicia la cicatrización desde diferentes puntos de brotes de tejido de granulación y epitelización de la superficie.

- Alveolitis Seca ó Séptica.-

El alveolo se encuentra a-
bierto ó sin coágulo, paredes óseas expuestas y dolorosas ,
el tejido gingival poco infiltrado, dolor intenso sobre to-
do en los bordes del alveolo.

Esta clase es típica, generalmente después de una ex--
tracción laboriosa, sin lesión previa alveolar, y con más -
razón si la hubo, se nos presenta una lesión en que por fall

ta inmediata ó desaparición prematura del coágulo, el alveolo queda en comunicación con la cavidad bucal: en la cual podemos ver que las paredes óseas tienen un color grisáceo, con un aspecto de piedra pomex, por lo cual no se ven los puntos de tejido alveolar. Sin embargo, no se forman secuestros y pasan de 8 a 20 días ó más, antes de que el proceso cicatrice y durante éste tiempo el sintoma persistente es el dolor.

ETIOLOGIA/

Las causas que determinan las alveolitis no se encuentran bien definidas, pues se ignora si la desintegración del coágulo se debe a un trastorno de tipo hemático o a un factor extraño. Entre estos últimos se menciona: la infección, la acción tóxica de los anestésicos usados en forma local, también ha sido atribuido en el desarrollo de la alveolitis el retardo en la formación del coágulo por medicamentos.

Otra causa puede ser que se presente por una manipulación excesiva que ocasionen traumatismos durante la extracción dentaria.

Una de las causas más importantes en la formación de la alveolitis son los factores bacterianos por lo anterior-expuesto se dice que los principales invasores son de tipo anaerobio especialmente basilos y espiroquetas. Esta bacteria, por efecto de sus toxinas y por una acción de sus terminaciones nerviosas del hueso alveolar, sería la que provoca el dolor.

DIAGNOSTICO.

Para poder hacer diagnóstico de alveolitis será necesario tomar en cuenta los signos y síntomas que a continuación se describen: El alceolo seco se desarrolla más comúnmente durante el tercero ó cuarto día post-operatorio y se caracteriza por dolor grave y continuo y olor necrótico. Clínicamente, la afección puede describirse como un alceolo en el que el coágulo sanguíneo primario ha pasado a ser necrótico y permanece dentro del alveolo, como un cuerpo extraño séptico hasta ser eliminado por irrigación. Esto generalmente se produce unos días después de la extracción, dejando las paredes alveolares desprovistas de su cubierta protectora.

El hueso denudado se acompaña de dolor grave, que sólo puede controlarse por aplicación local de analgésicos potentes.

tes y empleo de analgésicos o narcóticos por vía bucal ó parenteral.

TRATAMIENTO.

Según el Dr. Luis Centeno, la primera preocupación del Cirujano Dentista es la de quitar el dolor. El tratamiento deberá dirigirse solo a mantener Higiene en el hémida, usando apósitos antisépticos y analgésicos dentro del alveolo, con suficiente potencia para mantener comodo al paciente. La naturaleza tiene que realizar la reparación. El raspado está contraindicado, esto no solo retrasa la curación fisiológica y la reparación si no que también puede permitir que la infección invada el área de defenza inmediatamente por detras del alveolo desnudado y la sobrepase.

Naturalmente prevenir la enfermedad es el mejor tratamiento, con este fin es importante hacer cirugía atraumática; evitar contaminación, y mantener buen nivel de salud general.

Cuando se desarrolla un alveolo seco, el tratamiento deberá ser paliativo. El alveolo se irriga delicadamente con solución salina normal y tibia para eliminar todos los desechos.

Después de haber secado al alveolo se coloca cuidadosamente un ligero apósito de gasa simple de 6 mm. saturada de una pasta obturante, como partes iguales de polvo de Yoduro de Tímol y de cristales de benzocaína disueltos en eugenol. El apósito debe cambiarse según sea necesario, hasta que ceda el dolor y el tejido de granulación haya cubierto las paredes del alveolo.

OSTEOMIEELITIS.

OSTEOMIELITIS

GENERALIDADES.

En el sentido estricto de la palabra se denomina osteomielitis a cualquier lesión inflamatoria que afecta a la medula ósea. Sin embargo, por el uso, la significación del término se ha limitado a las lesiones inflamatorias piogénas de los huesos; por lo común resulta afectado el maxilar; durante la niñez y los años posteriores la mandíbula constituye la localización preferida.

La opinión de algunos autores es la siguiente: La osteomielitis empieza como una infección de la porción esponjosa o malar del hueso, que generalmente entra por un herida o una solución de continuidad a través de la capa cortical (pared del alveolo) permitiendo así que la infección entre en la porción central.

La infección puede localizarse o difundirse a través de todo el espacio medular de la mandíbula.

La complicación más común de la cicatrización de heridas post-extracción en humanos es la lesión conocida como "alveolo seco", esto es básicamente una osteomielitis focal, en la cual el coágulo se ha desintegrado o perdido, con producción de mal olor, dolor intenso, pero sin supuración. La lesión toma su nombre del hecho de que una vez perdido el coágulo, el alveolo aparece seco a causa de que el hueso se encuentra expuesto.

También se le puede definir a la osteomielitis como inflamación del hueso y de la médula ósea, sin embargo, el -- significado clínico del término es generico y se aplica a -- un gran número de enfermedades óseas que tienen la inflama-- ción como común denominador: además podemos agregar que pa-- ra poder considerar una inflamación como osteomielitis de -- los maxilares, además de la inflamación característica debe presentarse "la persistencia de la infección (durante un -- periodo largo de tiempo a pesar del tratamiento instaurado), y la progresiva afectación del hueso".

ETIOLOGIA.

Es posible tratar de concretizar la causa que en l -- lo general de los casos van a producir osteomielitis mandi-- bular, y de ese modo señalaremos que la osteomielitis mandi-- bular suele presentarse posterior a una extracción que ha -- sido laboriosa, sobre todo de los terceros molares entre o-- tros dientes incluidos, de procesos inflamatorios tales co-- mo granuloma, de una periodontitis apical aguda, de iractu-- ras expuestas, y en general de diversos focos de afección -- mismos que traen diferentes microorganismos patógenos.

La osteomielitis mandibular se da consecutivamente a la extracción de dientes inferiores, no puede esto extrañarnos, puesto que sabemos muy bien que esta región es más propensa a las infecciones que otras zonas bucales, y sabemos además que los molares inferiores cuando no han logrado erupcionar, es a menudo muy difícil la extracción. Sin embargo en estas osteomielitis post-extracción no puede inculparse al trauma como única o más importante cause, porque en la mayoría de los casos ya existía previa a una inflamación de tipo infeccioso (apical ó marginal) que ha provocado el proceso en cuestión.

El germen causal casi siempre es el Stafilococo Aureos Hemolítico, también puede ser ocasionada por enfermedades como Sífilis, Tuberculosis y Actinomicosis.

DIAGNOSTICO/

El Cirujano Dentista que se enfrenta a un padecimiento debe en todo momento, a pesar de que a simple vista sea sencillo el mismo, acudir a todos y cada uno de los medios a su alcance a efecto de estar en condiciones de emitir un diagnóstico adecuado, ya que en la vida diaria el profesionalista que emite un buen diagnóstico es aque que se

vale de numerosos medios clínicos como de laboratorio, permitiendo una correcta evaluación de los síntomas que le presentan.

De esta manera podemos mencionar que va desde la simple observación, palpación, el interrogatorio y la exploración simple o armada. Entre los medios mas complicados para quien va a diagnosticar pero que resulta de mayor utilidad podemos mencionar el método roentgenográfico, en el que utiliza básicamente los rayos X, de igual manera resulta acertado el uso de biopsias preoperatorias, medios de cultivo - antibiogramas etc.

Por medio de la Roentgenografía podemos obtener datos que nos ayudan a dar un correcto diagnóstico del padecimiento y estos son:

- Presencia o ausencia de lesión ósea.
- El tamaño, la forma, la localización y complicaciones de la misma.
- La posibilidad de un diagnóstico.

En cuanto a la evaluación del material obtenido, concretamente refiriendonos a la Osteomielitis Mandibular diremos que, en el principio de la afección de referencia el examen radiográfico no nos aporta signo alguno sino que es hasta las dos semanas de iniciada la osteomielitis cuando -

es posible detectar en la radiografía sus imágenes.

Entre las imágenes a que nos referimos podemos mencionar que el hueso aparece con manchas de diferente intensidad, nítidamente radiopacas, observándose una rarefacción irregular debida a una destrucción del trabeculado óseo, -- con aumento de los espacios del mismo.

Las imágenes radiolucidas son zonas en donde falta hueso mismo que se encuentra reemplazado por tejido de granulación.

Histopatogenia.- nos remite de manera directa al estudio de los tejidos enfermos, y para ello cuenta entre otros medios con la biopsia.

La muestra obtenida del tejido a estudiar observado microscópicamente nos muestra una densa infiltración de la médula por leucocitos polinucleares, en la parte afectada las trabéculas óseas presentan ausencia total de células en sus lagunas formando secuestros. En los espacios médulares perifericos encontramos neutrófilos, (linfocitos, células plasmáticas) y una proliferación de tejido conjuntivo.

Medios de Cultivo.- Los cultivos resultan el siguiente paso inmediato a seguir después de la biopsia, y el material extraído se ha observado en el microscopio, considerándose-

que dicha información no es lo suficientemente clara como - para sí sola determinar el diagnóstico.

Antibiograma.- a fin de establecer una terapéutica anti-infecciosa adecuada en lo que respecta a la elección de un antibiótico útil, se realiza la prueba denominada antibiograma, para determinar a que antibiótico es sensible el gérmen productor de la enfermedad.

Si bien esta prueba facilita la oportuna indicación de el antimicrobiano a usar, sólo la clínica es capaz de establecer el tratamiento adecuado. Hay factores de sensibilidad toxicidad, alergia, edad, embarazo, etc., que aconsejan la correcta elección.

El Cirujano Dentista que haga buen uso de todos los medios necesarios para diagnosticar la enfermedad, y el tratamiento adecuado a sus pacientes, con seguridad habrá de obtener éxito en su objetivo. Cabe señalar que la osteomielitis mandibular; al igual que todas las afecciones que sufre el cuerpo humano, sigue en determinado momento un mecanismo del cual todo profesionalista, debe estar perfecta y minuciosamente enterado.

TRATAMIENTO/

Cuanto más pronto se haga el diagnóstico e insti

tuya el tratamiento definitivo tanto mayor la oportunidad de impedir el progreso de la afección. Aun antes de que haya oportunidad de obtener pus para cultivo es aconsejable administrar un antibiótico en altas dosis, desde luego que esto puede hacer difícil obtener un cultivo cuando empieza la supuración, pero el tiempo es un factor muy importante y cuanto más pronto pueda instituirse la terapéutica antibiótica—mayor la oportunidad de curación. Cuando sea posible obtener un cultivo, entonces se prescribe el antibiótico que se considere más eficaz.

Se deben observar cuidadosamente el edema y la induración a fin de advertir el primer indicio de la fluctuación—y hacer lo más pronto posible una incisión grande hasta el hueso para evacuar el pus, evitando así que éste eleve el periostio. Si la induración se extiende más allá del límite de la incisión después del drenaje primario entonces la incisión debe extenderse inmediatamente.

A manera de conclusión diremos que el tratamiento debe ser el siguiente:

1. Procurar que la terapéutica a base de antibióticos—resulte lo más efectiva posible.

2. Si a pesar de haberse iniciado un tratamiento a base de antimicrobianos, estos resulten incapaces de evitar -

la formación de pus, procurar proporcionar de inmediato una vía de acceso.

3. Se hace necesario igualmente mantener la zona drenada abierta durante un periodo más o menos largo por apósito y paralelamente continuar con la administración de medicamentos.

4. Finalmente la extracción del sequestro, no sin antes comprobar mediante material radiográfico que la infección ha sido controlada definitivamente y consecuentemente, el sequestro se haya delimitado.

El tratamiento puede ser interrumpido en cualquiera de las cuatro etapas enunciadas, siempre y cuando se presente una cicatrización que se considere normal. Debiéndose continuar con la administración de antimicrobianos al paciente - durante 4 a 6 semanas posteriores de haber drenado, lo anterior se hará como medida profiláctica.

FRACTURAS .

FRACTURAS MAXILARES

GENERALIDADES.

Las fracturas de los maxilares y la mandíbula comprenden el 0.04 de todas las fracturas.

En la mayoría de los casos estos traumatismos son causados por peleas, accidentes industriales, accidentes automovilísticos y de otros tipos. La mandíbula tiende a fracturarse, pues tiene la forma de un arco que articula con el cráneo en sus extremos proximales mediante dos articulaciones, siendo el mentón una parte prominente de la cara.

Las fracturas ocurren más frecuentemente en la mandíbula debilitada por factores predisponentes.

Estos factores predisponentes pueden ser:

Enfermedades que debilitan los huesos, por ejemplo, -- trastornos endocrinos como hiperparatiroidismo y la osteoporosis post-menopausica y trastornos del desarrollo como la osteopetrosis y las enfermedades generales como la del retículo endotelial, la enfermedad de Paget, la osteomalacia y la anemia del mediterraneo.

Las enfermedades locales como displasia fibrosa, tumores y quistes pueden ser factores predisponentes.

El paciente que se da vuelta a la cama mientras duerme puede sufrir una fractura patológica de la mandíbula si está suficientemente debil.

TIPOS DE FRACTURAS.

Las fracturas se clasifican en varios tipos dependiendo de su gravedad y de si es simple, conminuta ó compuesta.

En la fractura simple la piel permanece intacta; el hueso ha sido fracturado completamente, pero, no está expuesto y puede o no estar desplazado.

En la fractura en tallo verde, un lado del hueso está fracturado y el otro solamente doblado. Este tipo de fractura se observa en niños en los cuales el hueso se dobla sin fracturarse.

En la fractura compuesta hay una herida externa que llega hasta la fractura del hueso. Cualquier fractura expuesta a través de la piel o membrana mucosa se supone infectada por comunicación externa.

El Cirujano Dentista está acostumbrado a tratar fracturas compuestas en boca; los antimicrobianos han ayudado a evitar la infección potencial, ya que si no es tratada puede provocar una osteomielitis.

En la fractura conminuta el hueso se encuentra astillado, y puede ser sencilla (no expuesta) o compuesta.

Pondremos especial atención en el estado general del paciente y la presencia o ausencia de traumatismos más serios, son de principal importancia la asfixia, el Shock y la hemorragia que exigen atención inmediata.

Después de confirmar el tipo de fractura a través del estudio radiográfico se procederá a su tratamiento que incluye: la reducción, la fijación y posteriormente vendra la resolución.

SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS FRACTURAS.

- Antecedentes de traumatismo.
- Índice de deformidad en la oclusión.
- Movilidad anormal.
- Crepitación.
- El trismo en caso de lesión de algún nervio.
- Dolor.
- Incapacidad Funcional.
- Laceración de la encía.
- Puede haber anestesia de labios y mucosa por lesión del nervio alveolar inferior.

- Equimosis de la encía y mucosa.

El tratamiento de las fracturas mandibulares consiste en tres pasos esenciales: reducción, fijación y resolución.

Como ya hemos mencionado, la reducción puede tratarse manual o mecánicamente. Posteriormente el Cirujano Dentista generalmente sigue el procedimiento de que cuando existen dientes en maxilar o mandíbula, su oclusión puede utilizarse como guía para la reducción, colocando barras para arcada o alambres o bien férulas sobre los dientes y los huesos se llevan a su lugar o posición correcta, a través de una interdigitación de los dientes en forma armónica.

Si esto no es suficiente existen casos en que es necesario la fijación a través de un alambrado directo a través del hueso (OSTEOSINTESIS) esto además de la fijación intermaxilar.

Las fracturas en el maxilar superior se presentan frecuentemente y según Leford, hace una clasificación de la manera siguiente:

Leford I (fractura de Guerin).- esta ocurre en posición transversa por encima de los dientes. La línea de fractura incluye el proceso alveolar, el paladar antral y a veces las proyecciones pterigoideas del esfenoides.

Leford II (fractura pirámidal).- esta fractura produce una separación que pasa a través de la sutura cigomatica maxilar, reborde inferior de la orbita, huesos lacrimales y apófisis pterigoides.

Produce una sección triangular del tercio medio de la cara el cual permanece libremente o inmóvil.

Leford III (Cráneo-facial).- esta fractura separa la cara del cráneo quedando el maxilar libre "flotante" la línea de fractura pasa a través de la sutura cigomatico-frontal y naso-frontal, suelo de la órbita y áreas etmoidales y esfenoidales.

SIGNOS Y SINTOMAS.

- Dolor al mover el maxilar.
- Susividad a la palpación.
- Frecuente evidencia de sangrado dentro del tejido.
- Deformidad.
- Perdida o limitación de la función.
- Falta de oclusión.
- Equimosis.
- Inflamación de los tejidos alrededor de la fractura.
- Crepitación al manipular el hueso.
- Parestesia cuando hay lesión de un nervio.

En el tratamiento de las fracturas del maxilar superior; el diagnóstico en ocasiones puede dificultarse debido a que a la palpación de los huesos a través del edema de los tejidos faciales es confusa. Incluso en el exámen radiográfico, las radiografías pueden ser difíciles de interpretar debido a las numerosas superposiciones de numerosas estructuras, lo que ocasiona problemas al hacer el diagnóstico -- máximo si no hay desplazamiento.

El tratamiento en general de maxilar fracturado consiste en colocarlo en relación correcta con la mandíbula, con la base del cráneo e inmovilizarlo.

La forma en que ocluyen los dientes es de gran utilidad para determinar una correcta reducción . La fijación se obtiene mediante tracción intermaxilar suplementada por alambreado intraóseo directo.

Si el maxilar no tiene dientes en número suficientes, entonces se liga a un arco situado en la mandíbula. La fijación maxilar se mantiene de 4 a 6 semanas, tiempo en el que generalmente la unión del maxilar se ha cumplido o verificado.

En las fracturas comminutas del tercio medio de la cara cuando la suspensión interna se hace imposible, se hace

necesaria la suspensión externa la cual se hace por medio de una capelina ó un armazón colocado en la cabeza, las continuas mejoras proporcionan al paciente más comodidad y facilidad de aplicación.

El maxilar desdentado es rara vez asiento de fractura, debido que al no existir dientes, no se trasmite la totalidad de la fuerza del golpe a la cara, incluso las dentaduras transmiten la fuerza sobre una de soporte, resultando - que en ellas mismas se fracturen. Cuando se producen fracturas, éstas por medio de sus suspensión interna con alambre en la dentadura maxilar, en la dentadura inferior con alambrado circunferencial, complementando con dos tipos de alambrado con fijación intermaxilar, utilizando arcos vestibulares y tracción elástica.

Los alambres de suspensión interna se quitan con sedantes o anestesia local, la fijación intermaxilar no se quita por lo menos en seis semanas.

La fractura del maxilar es un accidente frecuente en el curso de la exodoncia, la variedad de las fracturas dependen de la importancia del accidente, la fractura del borde alveolar no tiene mayor trascendencia, el trozo de hueso

se elimina con el órgano dentario ó queda relegado en el alveolo del cual se deberá extraer, para evitar así trastornos inflamatorios del tipo de la osteitis, abscesos, que no terminan hasta la extirpación de hueso. El mecanismo de la fractura del borde alveolar, o de trozos mayores de hueso - reside en la fuerza que la pirámide radicular ejerce al pretender abandonar el alveolo por un espacio menor que el mayor diametro de la raíz, en otras ocasiones la fuerza aplicada sobre la tabla externa es mayor que su límite de elasticidad, el hueso se quiebra siguiendo líneas variadas, en general es la tabla externa, un trozo de la cual se extrae el diente.

Fractura de la tuberosidad del maxilar.- en la extracción de los terceros molares superiores sobre todo en los incluidos ó por el uso incorrecto de los elevadores aplicados con fuerza excesiva. La tuberosidad del maxilar superior o parte de ella puede desprenderse, acompañando al molar, en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal.

Fractura total del maxilar inferior.- la fractura total de la mandíbula es un accidente posible, aunque no fre-

cuenta , en general es a nivel del tercer molar donde la --
fractura se produce y se debe a la aplicación incorrecta y
fuerza exagerada en el intento de extraer el tercer molar -
no erupcionado, en raices con cementosis y dilaceradas.

La luxación del maxilar inferior; consiste en la sali-
da del condilo de la mandíbula de su cavidad glenoidea, es
una accidente poco común, se produce en ocasiones en las --
extracciones de los dientes incluidos inferiores como es el
caso de los terceros molares y puede ser unilateral o bila-
teral. La mandíbula luxada puede volver a su sitio por una
maniobra común como es: colocando los dedos pulgares en la
arcada dentaria inferior y los dedos restantes sostendrán -
el maxilar inferior, posteriormente se ejecutan dos movi---
mientos fuertes, uno hacia abajo y otro hacia arriba y a---
tras, reducida la luxación se puede continuar la operación

LESION

A DIENTES

ADYACENTES

LESION A DIENTES ADYACENTES

La fractura de un diente es un accidente que suele ser común, no solo en la extracción de los dientes incluidos, sino en cualquier tipo de extracción en donde no se haya tenido precaución de haber estudiado cuidadosamente el exámen radiográfico - ó el de haber aplicado mal el instrumental apoyandonos donde no sea el punto indicado, ó el aplicar una fuerza excesiva en algún punto de apoyo no adecuado, lo anterior nos puede ocasionar la fractura de dientes adyacentes a la pieza por extraer ó la fractura del diente ó dientes a extraer o de las raices tomando las formas más variables, como es ya conocido por todos, las lesiones o frácturas de las piezas dentarias pueden ser evitadas- estudiando analíticamente las radiografías tomadas a las piezas por intervenir pero en el caso de no realizar lo antes mencionado se procedera' ha hacer lo siguiente:

Tratamiento De La Lesión.-

En estos casos nuestros cuidados- deberan ser dirigidos a extraer el resto de la pieza lesionada- como pueda ser en la extracción de un tercer molar, la pieza afectada regularmente será el segundo molar y para esto debemos- realizar las maniobras previas para solucionar el error cometi-

do y procederemos a tomar una placa radiográfica para conocer la posición actual del resto de la pieza.

Preparación del campo operatorio.- a causa del traumatismo producido por la fractura del diente a extraer, se producen desgarrros de la encía, se desplazan esquirlas óseas y sobre todo en el alveolo se sitúan trozos del diente, la pulpa puede quedar expuesta, como ya se mencionó antes se desgarran y al lesionar el periostio produce una hemorragia abundante lo cual obstruye la visión del campo operatorio, para esto es necesario en primer término eliminar, los trozos óseos y dentarios que lo cubren, cohibir la hemorragia de las partes blandas y así lograremos mayor visión del resto que se extraera.

Fractura del Segundo Molar.-

La presión ejercida sobre el forceps o sobre los elevadores puede ser transmitida a los dientes vecinos, provocando la fráctura de su corona, sobre todo cuando ésta se encuentra debilitada por caries ó restauraciones amplias, ó luxando el molar cuando hay disposiciones radiculares que lo faciliten, tales como raíces fusionadas, en caso de ser luxado, el diente en su totalidad, se procederá a la reimplantación del mismo haciendo previa endodoncia fuera de la boca del paciente y entonces se fija

rá por los procedimientos usuales, en caso de existir fractura de la corona ó de las raíces se hará la extracción del diente afectado.

Fractura del Instrumental.-

No es excepcional que las pinzas ó elevadores se fracturen en el acto quirúrgico cuando se aplica una fuerza excesiva sobre ellos lo cual provoca heridas en partes blandas u óseas vecinas.

Para la extracción de dichos instrumentos cuando haya sido muy traumática la intervención y de tiempo duradero será necesario una nueva intervención ya que de no hacerlo así provocaríamos toda una serie de trastornos, debemos hacer notar que pueden haber quedado dentro del alveolo del diente extraído -- restos de amalgama o del diente fracturado.

Ingestión del Tercer Molar.-

Aunque la ingestión del tercer molar no es un accidente muy frecuente se nos puede presentar en alguna ocasión y para que esté accidente suceda; es necesario que al momento de hacer la extracción del molar apliquemos una fuerza demasiado excesiva y lo luxemos impulsandolo de su alveolo ó en el momento de tomarlo con el forceps, se nos res-

bala y se fuese hacia el istmo de las fauces, si fuese de esta manera podremos visualizar el molar y para lograr sacarlo debemos hacerlo con mucho cuidado para evitar lesionar tejidos vecinos ya que de suceder lo contrario se corre el riesgo de provocar el reflejo del vómito.

En caso de que no logremos visualizar la pieza extraída y esta además haya sido seccionada será necesario esperar la respuesta del organismo para ver si el molar no ha obstruido las vías respiratorias, si no hay respuesta por parte del organismo al momento, esto nos indicará que el molar ha ido directamente al estómago, por el momento no podremos hacer nada, pero será necesario indicar al paciente de la importancia de tomarse una placa de intestino para ver si el molar no obstruye el intestino causando problemas de retención, en caso de que fuese así, el paciente deberá ser canalizado con un gastroenterólogo.

LESION

A TEJIDOS

BLANDOS

LESION A TEJIDOS BLANDOS

Las lesiones a tejidos blandos es un accidente posible pero poco frecuente; puede producirse actuando con brusquedad, sin medida y sin criterio quirúrgico.

Aun teniendo todos los cuidados necesarios el Cirujano Dentista, algunas veces puede deslizarse el instrumento de la mano de éste, después de extracciones laboriosas y fatigantes, ocasionando con esto heridas a la encía o las partes blandas vecinas.

Generalmente la manipulación del fórceps, del abrebocas o algún descuido por parte del Cirujano Dentista, son causas de la lesión a los tejidos blandos.

La pérdida del control de los instrumentos produce en ocasiones laceraciones, desgarramientos u otras lesiones de los tejidos blandos. Los elevadores 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 extracción de los dientes incluidos puede producirse la fractura del hueso adyacente al diente, con desgarramiento 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 instru

mentos y un soporte adecuado de la mano con el fin de limitar -- los movimientos.

DESARRAMIENTO DE LA MUCOSA.-

Estas heridas deben tratarse in mediatamente; en la mayoría de los casos se procede a suturar -- sin debridamiento. 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 lesiones ya sean laceraciones o desgarramientos limitados a la mucosa sean lo suficientemente profundos como para asegurar el cierre de planos.- El resbalamiento de la mucosa solo requiere una sutura con pun-- tos interrumpidos o continuos. El periostio que se haya separado del hueso debe ser reubicado y suturado sin demora.

HERIDAS PROFUNDAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.-

Pueden producirse heridas profundas cuando los dientes son tratados con discos bu-- riles u otros instrumentos de exodoncia resbalan en la superfi-- cie dentaria y laceran o desgarran los tejidos blandos.

En ocasiones la ruptura de vasos importantes provoca hemo-- fragias profusas; esta situación es rara, afortunadamente, pero cuando se presenta exige una intervención rápida. El Cirujano --

Dentista 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 colocandolo en la zona sangrante. En ocasiones se requiere de 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 suturan 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 submucosa para reducir la tensión sobre las suturas de la mucosa. Aunque generalmente se utilizan hilos absorbibles para la sutura de 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 , 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 Cirujano 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 haya contraindicada porque favorece el desarrollo de bacterias anaerobias que pudieran penetrar durante la lesión. El tratamiento consiste en explorar la herida para asegurarse de que no queden cuerpos extraños, lavarla minuciosamente con antiséptico y dejarla que se cure mediante granulación.

El Cirujano Dentista también deberá tomar 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 Cirujano Dentista hará lo posible para revertir 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 este caso, deben darse en cantidades suficientes y durante el tiempo necesario para impedir o controlar la infección y -- evitar el desarrollo de gérmenes resistentes.

Otra causa de lesiones a los tejidos blandos es la fractura del instrumental empleado para la extracción al ejercer excesiva fuerza sobre ellos, hiriendo tejidos blandos o hueso, pueden quedar fragmentos incrustados en el fondo del alvéolo, como restos de amalgama o del mismo diente, provocado en el momento de la -- fractura.

También es factible la lesión de tejidos blandos por maniobras bruscas, sin medida y sin criterio. Si al hacer la extracción no se efectúa la debridación fácilmente se desgarran la encía, con el vástago del elevador se produce irritación en la comisura labial, lastimando mucosa, carrillos y lengua, con los -- bocados del fórceps o con la punta del elevador por una mala técnica.

COMUNICACION

CON SENOS

MAXILARES

COMUNICACION CON SENOS MAXILARES

Generalidades.-

Los senos maxilares suelen ser mayores que cualquier otro seno y se aloja principalmente en el cuerpo del maxilar superior; es un espacio o cavidad hueco encontrado especialmente en el hueso.

El seno maxilar es de forma piramidal, con base en la pared nasooantral y vértice en la raíz del cigoma. Normalmente el piso del seno es el proceso alveolar.

El seno está revestido por mucosa delgada que está unida al periostio. El epitelio ciliado ayuda a eliminar las excreciones y secreciones que se forman en la cavidad.

El grosor del seno no es constante sobre todo en el techo y el piso; pueden variar en grosor de 2 a 5 mm. en el techo y de 2 a 3 mm. en el piso.

Los dientes permanentes y temporales se encuentran debajo del piso y muchas veces las raíces de los molares y premolares permanentes se extienden hasta el seno.

La inervación proviene de la rama maxilar del quinto par craneal. El riego sanguíneo proviene de la arteria infraorbitaria, rama de la maxilar interna.

Etiología.-

Se estima que de 10 a 15% de los casos de sinu^uitis maxilar son de origen dental ó relacionado con él. Esto incluye abertura accidental del piso del antro durante la extracción dentaria, penetración de raices y aun en dientes completos en el antro durante la extracción, e infecciones introducidas a través del piso del antro por dientes con abscesos apicales.

Podemos provocar una comunicación con el seno y por consi^guiente la infección del seno como resultado de un raspado dema^uciado enérgico del alveolo después de una extracción.

Otra causa sería el uso inadecuado y a ciegas de curetas l^o cual nos puede provocar la infección del hueso o tejidos --- blandos de cualquier zona de la boca.

Durante la extracción de los molares superiores, puede a^ubrirse el piso, esta perforación adquiere dos formas: acciden^utal o instrumental, en el primer caso y por las razones anatón^uicas (mencionadas anteriormente) de vecindad del molar con el pi^uso del seno, al efectuarse la extracción queda instalada la co^umunicación.

En otros casos los instrumentos de exodoncia pueden perforar el piso sinusal adelgazando y desgarrar la mucosa antral, - estableciéndose por este procedimiento la comunicación.

La proximidad anatómica de las raíces de los molares y premolares con el piso del seno facilita la infección del antro, - por extensión directa de un absceso apical, o por perforación - accidental durante la extracción.

Diagnóstico.-

El diagnóstico es muy sencillo de hacerlo cuando ha habido una comunicación bucosinusal ya que inmediatamente se advierte el accidente porque el agua pasa al seno y sale por vía nasal.

Cuando hay afectación del seno sin que haya habido un traumatismo previo; para hacer el diagnóstico temprano, debe darse importancia al dolor persistente o recurrente en dientes y cara sin causa dental precisa.

El diagnóstico temprano es pertinente, ya sea que el Cirujano Dentista tome la responsabilidad del tratamiento o no lo haga.

Si la radiografía preoperatoria muestra que los ápices de las raíces de los dientes por extraerse penetran en el piso del seno, y si se sospecha este estado después de la extracción, se indica al paciente que cierre las narinas con los dedos y trate de expulsar aire suavemente por la nariz. En caso de haber atravesado la membrana del seno, la sangre en el alveolo hará burbujas.

Tratamiento.-

Si la penetración es pequeña y se ha tenido -- cuidado, evitando labados, colutorios enérgicos y sonarse la nariz frecuentemente y fuertem en la mayor parte de los casos se formará un coágulo, se organizará y ocurrirá cicatrización normal.

Quando hay comunicación el alveólo nunca debe ser empacado con gasa, algodón etc., porque este procedimiento perpetuará -- la abertura en lugar de favorecer du cierre, además debemos evitar la exploración del alveólo con algún instrumental ya que esto puede llevarnos a una complicación por infección a regiones, no contaminadas.

Si el piso del seno está completamente destruido y quedan-- fragmentos de hueso en las raices de los dientes después de la-- extracción, y si la inspección muestra una abertura grande, de-- be hacerse sutura inmediatamente. El cierre primario reduce la posibilidad de contaminación del seno por las infecciones buca-- les; evita los cambios patológicos del seno que pueden persis-- tir durante algún tiempo y requieran más esfuerzos terapéuti-- cos y muchas veces evita la formación de fistula bucoantral que exigirá cirugía ulterior de naturaleza más difícil y extensa.

Un procedimiento sencillo que da buen resultado para cerrar una penetración accidental en el seno es la siguiente: se levanta el mucoperiostio del lado bucal y el lingual, y se reduce y -- disminuye bastante la altura de la cresta alveolar a nivel de la penetración. Los bordes de tejido blando que van a ser aproximados se reavivan para que las superficies cruentas queden en contacto. Es conveniente que el material de sutura sea absorbible, porque evita la posibilidad de que los puntos se salgan demaciado pronto lo cual podría limitar el éxito de la cicatrización. -- Los puntos se dejan de 5 a 7 días, además debemos mandar gotas -- nasales para contraer la mucosa nasal y favorecer el drenaje.

Fistula Bucoantral.-

Para lograr el cierre de una fistula bucoantral, sobre todo si la abertura es grande, puede efectuarse empleando un colgajo palatino.

Una intervención importante que no deberá dejarse pasar desapercibida es el posible cierre de fistulas bucoantrales por medio de trasplantes libres de espesor total obtenidos del lado -- opuesto del paladar o del pliegue mucobucal. Es un procedimiento sencillo y se usa tejido que no es extraño a la boca, por ser -- transferencia de tejido de una parte de la boca a otra. El sitio de donde se obtuvo el colgajo cura fácilmente, ya que debe ser --

protegido por la aplicación de tintura de Benjui ó apositos sedantes.

Las causas de cierre de la fistula bucoantral son las siguientes:

1. No se elimina por completo toda infección dentro de la cavidad antral antes de operar. Lo cual puede lograrse por lavados, antibióticos o ambos.

2. Diversas enfermedades, como diabetes, sífilis y tuberculosis, pueden perjudicar la curación normal de las heridas.

3. Colgajos colocados sobre la abertura con demasiada tensión, y no crear una superficie viva o sangrante en el sitio receptor del colgajo.

El método más seguro para lograr éxito en el cierre es lograr un buen drenaje del seno hacia la nariz, practicando una antrostomia intranasal antes de intentar la fistula crónica. Esto lo podemos llevar a cabo de la siguiente manera: se aplica una compresa de algodón empapada en tetracaina al 2% (pontocaine) en solución al 1% de efedrina, en la pared inferior del meato y el cornete inferior.

HEMORRAGIAS.

HEMORRAGIAS

La hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes dentro de nuestra carrera de Cirujano Dentista.

Se puede presentar de diversas formas y en diferentes ocasiones; de manera espontánea o ya prevista como en el caso de una extracción ó después de algún acto quirúrgico.

Sin embargo, existen enfermedades generales que van a ser causa de hemorragias, las cuales tendrán repercusión y cabida dentro del campo de acción del Cirujano Dentista.

Asimismo, el Cirujano Dentista debe conocer dichas enfermedades, sus cuadros clínicos generales, las manifestaciones bucales y sus tratamientos.

La hemorragia es la extravasación o escape de sangre - del sistema vascular: esta puede ser arterial, venosa ó capilar.

Cuando la hemorragia se debe a una ruptura de una arteria, la sangre saldrá a intervalos, rítmicamente, siguiendo el bombeo cardíaco.

Si la sección es una vena, la sangre saldrá en forma - continua, escurriendo pasivamente.

Cuando la sección ocurre en varios capilares, es difi-

cil establecer el origen exacto de la hemorragia, el flujo será constante, a manera de cortina sobre los tejidos.

La hemorragia puede presentarse en la piel o en mucosas, en el interior de cavidades serosas o en los intersticios de cualquier tejido. Se clasifica también en interna y externa; y según el sitio donde se produce, en donde usamos diferentes terminos, por ejemplo, apistaxis (en nariz), Hematemesis (en vomito), hematuria (en orina).

En cuanto a su forma, también se clasifica en: petequias, equimosis, hematoma, edema.

En el consultorio dental, una forma rápida y simple para determinar si hubo disminución considerable ó no de volumen sanguíneo, es tomar el pulso y la presión arterial.

En caso de disminución importante del volumen sanguíneo la frecuencia cardiaca aumenta en 20 latidos cuando menos, y la presión arterial disminuye en 20 mm.

Esta forma de determinar si la hemorragia es ó no importante es excelente, dado que si el paciente le observamos una gran cantidad de sangre en la cavidad oral, por ejemplo no habrá dudas de la pérdida de volumen sanguíneo; pero si únicamente existen leves manchas de sangre en la almohada, después de alguna extracción, resulta difícil determinararlo.

En cuanto a las manifestaciones clinicas generales podemos mencionar que la piel se pone fria, pálida, pudiendo presentar un color grisáceo debido a la estasis sanguinea - en los capilares y a una cianosis, la respiración es rápida y hay sed intensa.

A estas manifestaciones se les da el nombre de sindrome clinico de Shock Hipovolémico o Hemorragico.

En base a la etiología, las hemorragias especificamente de la cavidad bucal, las podemos dividir en cuatro grupos:

I.- Hemorragias debidas a Factores Locales:

- Infección (fusospiroquetas, herpes simple primario).
- Irritaciones locales (dientes mal colocados, agresiones -
calculosas, protesis variadas)
- Post-quirúrgicas o post-traumaticas.
- Malformaciones congénitas, hemangionas, telangiectasias -
hemorragicas hereditarias.

II.- Hemorragias por deficiencia o disfunción de factores de la coagulación.

- Deficiencias:

- Hereditarias: Hemofilia A, Hemofilia B, Enfermedad -
de Von Willebrand.

- Iatrogenicos:

Terapéutica anticoagulante.

- Enfermedades Hepáticas:

Deficiencia de factores II VII IX X.

- Disfunción:

Mieloma multiple, Lupus Eritematoso generalizado, Macroglobulina.

III.- Hemorragia por deficiencia, exceso ó disfunción de plaquetas.

- Deficiencia

Purpura trombocitopénica idiopática.

Púrpura trombocitopénica secundaria.

1. reacción de incompatibilidad funcional

2. leucemia.

3. Anemia Aplastica.

4. Alergia a medicamentos o sustancias químicas.

5. Terapéutica con citotóxicos.

6. Esplenomegalia.

7. Coagulación intravascular acelerada.

- Trombocitosis excesiva.

- Disfunción.

Trombastenia: hereditaria (trombastenia de glanzman).

adquirida: uremia, crioglobulinemia, macroglobulinemia

IV.- Hemorragia por enfermedades generales, distintos de los que afectan la sangre o los organos hematopoyeticos.

- Trombos sépticos en la endocarditis bacteriana.
- Meningococemia.
- Escorbuto.
- Infecciones virales.

Alteraciones Fisiológicas.- ciertos desequilibrios endocrinos, sobre todo en la mujer, tienden a prolongar el tiempo de coagulación. Muchas mujeres con menstruaciones prolongadas suelen padecer hemorragias post-operatorias.

Se debe tener cuidado en casos de Hemofilia, discrasias sanguíneas, púrpura trombocitopénica, pacientes embarazadas.

Sabemos que las infecciones retardan la coagulación, - así como los traumatismos en la zona operada, y que los pacientes con hipertensión grave ó moderada son más propensos a la hemorragia.

Técnicas para el control de la hemorragia:

-Sutura.- es sumamente eficaz para prevenir y controlar la hemorragia ya que reconstruye planos incidiosos y favorece la cicatrización y debe reunir ciertos requisitos -

deben unirse tejidos de la misma naturaleza, la sutura debe ser perfecta hasta donde sea posible, para evitar espacios-muertos en donde puedan desarrollarse germenos. El tipo de sutura y el tipo de material de sutura deben ser acordes al tejido por suturar: la sutura debe ser hecha sobre una hérida limpia, sin coagulo ni desgarrros.

-Compresión.- esta puede hacerse digital sobre la hérida, o en el trayecto del vaso sangrante empleando un torniquete, o una banda elastica de Esmarch. En casos especiales como en hemorragia en capa se usa la presión directa. La mayoría de las hemorragias se pueden cohibir con presión rirecta de una gasa o un dedo en el sitio lesionado.

- Medios Químicos.- el uso de farmacoquímicos llamados nemostáticos; se dividen en coagulantes y vasoconstrictores

Los vasoconstrictores disminuyen la luz de los vasos - favoreciendo su obliteración. Tenemos la adrenalina, epinefrina, antipirina. Estos se pueden usar incluso en el preoperatorio.

- Medios Biológicos.- de origen orgánico como espuma de fibrina, albúmina, gernetina, celulosa y se usan aplicaciones tópicas.

- Gelfoam, que es una esponja de gelatina que se reabsorbe de 4 a 6 semanas.

- Oxichel.- la celulosa oxidada que es una sustancia que libera ácido celulósico: su presentación es en forma de gasa o algodón.

- Surgicel.- celulosa oxidada y regenerada, es una almohadilla de gasa mas resistente y adherente que el oxichel y viene en forma de cinta de gasa gruesa.

- Cera para hueso.- ocluye el orificio hasta producir coagulación.

P A R E S T E S I A S .

PARESTESIA.

CONCEPTO.-

La parestesia constituye una lesión de los trastor
nos nerviosos. Es una sensación anormal, es decir, es una -
alteración sensitiva o trastorno de la sensibilidad, que --
consista en sensaciones anormales de hormigueo, adormeci---
miento o entumecimiento, picazón, ardor o cosquilleo, que -
se experimenta en la piel sin la presencia de ningún estímu
lo externo.

Una extracción dentaria laboriosa, como sucede --
de una manera frecuente en los dientes incluidos, puede oca-
cionar una lesión de gravedad variable, sobre los troncos -
nerviosos. Estas lesiones pueden radicarse en los nervios -
dentario superior e inferior.

Los accidentes más frecuentes e importantes son -
los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, den-
tario inferior y mentoniano.

El traumatismo del nervio, puede consistir en sec-
ción aplastamiento o desgarró del nervio, siendo la manifes-
tación de estas lesiones como neuritis, neuralgias o aneste-
sias en zonas diversas (parestesias).

Se deben prevenir las lesiones de los nervios utilizando estudios radiográficos preoperatorios para determinar el tratamiento electivo para la extracción del diente incluido, en estos casos la odontosección es de valiosa ayuda terapéutica.

ETIOLOGIA.-

Las parestesias se observan en algunas enfermedades del sistema nervioso, entre ellas se encuentran las irritaciones de las vías sensitivas, polineuropatías, inhibiciones o interrupciones de dichas vías, izquemia de los nervios periféricos, también pueden encontrarse en traumatismos del cráneo y de la columna vertebral. Lo mismo que en enfermedades del sistema circulatorio (izquemias). Además, es frecuente encontrar parestesias post-quirúrgicas que puede tratarse por complicaciones de la anestesia o por la cirugía en sí, es decir, por la manipulación inadecuada o la lesión involuntaria del nervio causando irritación.

Esta última causa es muy importante ya que el Cirujano Dentista puede llegar a enfrentarse a este problema después de alguna intervención quirúrgica, la cual puede afectar a la lengua provocando parestesia de ésta cuando se

lesiona el nervio lingual, pero puede llegarse a afectar -- también la zona que inerva al nervio alveolar inferior, así como la región del nervio mentoniano; a la parestesia de esta región se le denomina signo de Roger y abarca el mentón, la mitad del labio inferior e incisivos homolaterales, todas estas constituyen las zonas más frecuentes afectadas y se dan de acuerdo al tipo de intervención que se realizó.

SINTOMATOLOGIA.-

Las parestesias constituyen una perturbación de - la sensibilidad, caracterizada por la percepción sin estímulo alguno de adormecimiento, sensación de hormigueo o entumecimiento, sensación de hormigueo, ardor, pinchazos, sensación de frío o calor, vibraciones de electricidad etc. Estas pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, sin - embargo, se ha observado que se presentan con más frecuen--cia en las extremidades, específicamente en las partes distales como manos, pies y dedos.

Las experiencias sensitivas de esta índole resultan de una disfunción a nivel de las vías que conducen la - sensibilidad. Algunas veces parece como si una parte del -- cuerpo estuviera atada con cuerdas muy apretadas, o bien, -

se tiene la impresión de que la piel está sometida a un continuo goteo. A menudo el paciente siente una parte de la cara tumefacta aunque la inspección demuestre lo contrario. - Es posible que el hormigueo y las punzadas provengan de una izquemia de los nervios periféricos o de una irritación de los mismos.

En conclusión la parestesia se manifiesta como una sensación de adormecimiento u hormigueo, ésta se puede presentar en diversas zonas que generalmente son la lengua, labio y mejilla.

Esta complicación se produce al lesionar un nervio, ocurre con mayor frecuencia en el nervio lingual que - en el dentario inferior. Puede durar desde unos días hasta varios meses.

TRATAMIENTO. -

El tratamiento está encaminado a combatir el factor etiológico. Cuando el origen de la parestesia es postquirúrgico no existe tratamiento alguno, generalmente esta desaparece al transcurrir varias semanas, sin embargo, es recomendable la administración de antineuríticos y complejo B.

CONCLUSIONES .

CONCLUSIONES.

Durante el desarrollo de éste trabajo de investigación, se le ha dado primordial importancia a los accidentes y complicaciones tran o post-operatorias que con mayor frecuencia se nos pueden presentar en el Consultorio Dental al hacer una extracción laboriosa, como es el caso de los dientes incluidos.

Es muy importante para el Cirujano Dentista el conocimiento del área circunvecina del diente incluido por extraer ya que es imprescindible la extracción de dicha pieza dentaria.

El Odontologo deberá conocer la posición y el manejo correcto del instrumental quirúrgico, ya que de esta manera obtendra mayor probabilidad de éxito en las intervenciones a realizar.

En conclusión diremos que para lograr el éxito en nuestras intervenciones lo más importante sera tomar medidas preventivas como son:

- La realización de una historia clínica completa ya que ésta nos revela diferentes datos como es el estado nutricional del paciente y su estado de salud en general.

- Otro dato muy importante es el estudio radiográfico - de la pieza por extraer, ya que así tendremos una visión clara del trabajo a realizar y del problema que deberemos resolver así como la técnica adecuada a seguir y los cuidados que se tendrán que tomar durante el desarrollo de la intervención.

- Además debemos tomar en cuenta que en base a la Historia Clínica y el estudio radiográfico preoperatorio, podremos realizar un buen plan de tratamiento específico para cada caso en particular, teniendo de esta forma mayores probabilidades de éxito al realizar la extracción de un diente incluido.

BIBLIOGRAFIA

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

1.- Archer W. Harry

Cirugía Bucal Atlas Paso a Paso de Técnicas
Quirúrgicas.

Tomo I y II

1980.

2.- Basker S.N.

Patología Bucal

Editorial Ateneo

1975.

3.- Berket Lester William

Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento.

Editorial Interamericana.

1980.

4.- Costich White.

Cirugía Bucal.

Librería Interamericana U.S.A.

Traductora: Dra. Georgina Guerrero.

1974.

5.- G. Ginest, H. Frezier, J. Pons, M. Palfer-Sollier.

Cirugía Estomatológica y Maxilofacial.

Editorial Mundi.

Buenos Aires, Argentina.

1967.

6.- Gurelnick W.

Tratado de Cirugía Oral.

Editorial Salvat.

Barcelona 1971.

- 7.- J. O. Andreasen.
Lesiones Traumáticas de los Dientes.
Editorial Labor.
1977.
- 8.- Kruger Gustavo.
Tratado de Cirugía Bucal
Méx. Interamericana.
1978.
- 9.- Martínez Jiménez Ma. Guadalupe.
Dientes Incluidos.
U.N.A.M.
1974.
- 10.- Mead Sterling V.
Cirugía Bucal.
Unión Topográfica.
1937.
- 11.- Quiroz Gutierrez Fernando.
Patología Bucal.
Editorial Porrúa.
1959.
- 12.- Ries Centeno Guillermo.
Cirugía Bucal, Patología Clínica y Terapéutica.
Editorial Ateneo, Buenos Aires.
1950.
- 13.- Rodríguez Bñez Edmundo Javier.
Extracción y Tratamiento de Dientes Retenidos.
U.N.A.M.
1975.

14.- Starshak Thomas J.

Cirugía Bucal Preprotética.

Editorial El Ateneo.

Buenos Aires, Argentina.

1974.