



28
29

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"Zaragoza"

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MAS FRECUENTES
EN LA EXODONCIA,
ACCIDENTES MEDIATOS

T E S I S
Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

MARIA DEL SOCORRO CERDA LOPEZ

Dirigida por el Dr. Pascual Estrada González, Profesor en el área
de Biología Humana de la Escuela Nacional de Estudios
Profesionales "Zaragoza" U.N.A.M.



México, D. F

1985



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

PAGINAS

PROTOCOLO..... I XIII
INTRODUCCION. I

C A P I T U L O I

DEFINICION, ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EXODONCIA 3
FISIOPATOLOGIA..... 5

C A P I T U L O 2

CLASIFICACION DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.. 7
ACCIDENTES MEDIATOS..... 8
HEMORRAGIA..... 8
PERSISTENCIA A LA ANESTESIA..... 12
DOLOR POST-OPERATORIO..... 12
INFECCION. 13
FIEBRE..... 14
ALVEOLITIS..... 14
OSTEITIS..... 16
OSTEOMIELITIS.. . . . 18
PERIOSTITIS..... 18
SINUSITIS..... 20
ADENITIS..... 20
EDEMA..... 20
INFLAMACION FLEMONOSA..... 21
SEPTICEMIA..... 22
TETANOS. 23

C A P I T U L O 3

CUADRO CLINICO.....	25
MANEJO DENTAL EN URGENCIAS.	28

C A P I T U L O 4

PREVENSION DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.....	33
TECNICA DE EXODONCIA CORRECTA.....	35
CASO CLINICO.....	39
BIBLIOGRAFIA POR CAPITULOS.	40
RESULTADOS.....	41
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	45
DIBUJOS.....	46
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	56

1

PROYECTO DE TESIS

I.- TITULO DEL PROYECTO

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MAS FRECUENTES
EN LA EXODONCIA (ACCIDENTES MEDIATOS)

II.- AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

III.- PERSONAS QUE PARTICIPAN

ASESOR: DR. PASCUAL ESTRADA GONZALEZ

ASIGNATURA "B" SECCION BIOQUIMICA

ALUMNA: MARIA DEL SOCORRO CERDA LOPEZ.

E.N.E.P. ZARAGOZA, U.N.A.M.

4.- FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Se sabe que el nivel socioeconómico de nuestro país se encuentra en decadencia, por lo que en la actualidad se irá requiriendo paulatinamente con mayor frecuencia de un tratamiento de tipo exodónico que de un tratamiento de tipo operatorio radical ya que es más accesible a la población por ser más rápido y eficaz, ya que muchas de las exodoncias se podrían diferir a tratamientos de otro tipo como la colocación de alguna prótesis, estos resultarían sumamente caros y requieren de más tiempo y material ó en el caso de alguna infección, dolor persistente, hematoma, sinusitis, periodontitis, tétanos, alveolitis, hemorragia, etc.

Por esta causa, el Cirujano Dentista deberá conocer en forma precisa y absoluta la técnica de exodoncia; así como las complicaciones que se deriven de esta área.

Los accidentes de la extracción se clasifican en tres grandes grupos: 1.- Inmediatos, 2.- Mediatos y 3.- Accidentes del Simpático. Haré hincapié en los accidentes Mediatos, también llamados Postoperatorios que se presentan después de la intervención quirúrgica y que con frecuencia se presentan emergencias a hospitales por hematomas e infecciones post-anestesia, encuestas realizadas en Centros Hospitalarios ISSSTE. y por la experiencia misma dentro de mi consultorio. La extracción es el más común de los actos quirúrgicos que se presentan ó realizan en Odontología y que aparentemente requieren de escasos conocimientos médicos y tan solo fuerza física. Este conocimiento es erróneo, ya que la ignorancia de los conocimientos básicos médicos-quirúrgicos pueden llevarnos a situaciones que afectarían en forma general el funcionamiento normal del organismo, peligrando, inclusive, la vida del paciente.

La elaboración del presente trabajo, está basado en la recopilación de datos por diferentes especialistas en la materia.

III

A través del mismo, pretendo dar a conocer los accidentes y complicaciones que ocurren con más frecuencia, así como su tratamiento. Espero sea de fácil entendimiento y superación para nuestros compañeros.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Habiendo observado en mi práctica profesional la incidencia de problemas post-operatorios en la rama de la Exodoncia ha despertado una constante preocupación como resolver este problema que es de vital importancia desde el punto de vista Salud Pública. La mayoría de los accidentes de la extracción son previsibles, ya que estos se presentan por negligencia del Cirujano - Dentista ó por falta de conocimientos, aunque esto puede sucederle al más cuidadoso, debido a causas ajenas al cuidado de éste.

Para que el Cirujano Dentista se desenvuelva dentro de su área en forma adecuada, deberá tener las bases científicas de Anatomía, Fisiología, Patología, auxiliares de laboratorio, gabinete y tratamiento; así como el conocimiento a la perfección de la exodoncia y el tratamiento de las complicaciones existentes.

EXTRACCION

El término fué utilizado por primera vez por Whinter en la literatura médica y se define como el acto quirúrgico concerniente a la extracción dentaria. Desde tiempos antiguos se realizaban dichas extracciones.

En la cavidad bucal intervienen varios factores de tipo local y general, estos cambios son cada día más agresivos, debido a la alimentación que en los últimos años ha cambiado radicalmente, observándose sustituciones de compuestos químicos, ya que actualmente el uso de saborizantes artificiales y colorantes son más agresivos sobre la capa que recubre al diente llamada esmalte; otro hecho y de manera importante es la educación, ya que actualmente existen personas que ignoran como se debe de realizar una técnica de cepillado.

Este aspecto ha tratado de ser corregido por el equipo de salud pública y mediante una mayor transmisión y difusión de los conocimientos actuales y por los medios masivos de comunicación.

Existen microorganismos en la flora bucal que intervienen normalmente, pero cuando existe algún descuido en la higiene bucal, estos microorganismos se aprovechan por medio de la descomposición de azúcares, sales, minerales, ph de la saliva, que en conjunto van a formar la placa dentobacteriana, dextranas y levanas que actúan interrumpiendo el estado normal de éstos y atacan el órgano dentario, llevándolo a una caries de 1o., 2o. y 3er grado ó caries rampante, y como consecuencia se producen abscesos, enfermedades parodontales, procesos inflamatorios, etc. y, finalmente, se llega a la destrucción total del órgano dentario.

Generalmente el paciente llega por emergencia, dolor que a veces hace que el odontólogo mal preparado, sin alguna ética profesional se confunda y realice la extracción que ésta pueda ser necesaria ó innecesaria y nos cause problemas posteriores que pueden ir desde complicaciones menores a mayores, como; Infecciones, Hematomas, Hemorragias, Alveolitis, Sinusitis, Tétanos; ya que son causas del material no esterilizado, una mala técnica de exodoncia ó por un mal diagnóstico.

Por otra parte, el odontólogo puede extraer el germen dentario, el cual ocasionaría un problema posterior para el paciente; como ejemplo citaremos al paciente diabético que es más susceptible a las infecciones.

El promedio de pacientes en las Instituciones ó consultorios privados, ha disminuido debido a la situación económica, es por esto que el paciente que llega al consultorio (generalmente es por emergencia), opta por un tratamiento de tipo exodóncico que por un tratamiento de tipo radicular, el cual sería pulpectomía ó pulpectomía, esto se debe al alza de los precios en los materiales odontológicos, tiempo y trabajo.

En forma generalizada, la población se vé afectada y, más aún, la población rural que la población de las zonas urbanas, ya que ésta cuenta con mayor acceso a la medicina del tercer nivel, siendo ésta la más desarrollada para detectar complicaciones en forma inmediata.

Por otra parte, siendo afectado el nivel social, ya que interactúa directamente sobre el anterior y que casi siempre uno es consecuencia del otro y dentro de estos puntos existen varios factores que influyen en la vida del hombre como estética, deglución y sobre todo problemas de tipo digestivo y que la ausencia de los órganos dentarios sin su correcta reposición, será causa de alteraciones psicológicas, y, más aún, será el de haber adquirido una enfermedad secundaria por la extracción y que ésta puede tener grados variables de gravedad.

Para algunos pacientes resultaría más estético una intervención de tipo reconstructivo, ya que con la exodoncia se requieren necesidades protésicas y esto dependería del nivel económico de cada persona. Para realizar una exodoncia, el odontólogo debe estar preparado y equipado con los instrumentos necesarios para tratar de resolver toda clase de casos y resolver los accidentes que puedan ocurrir en el consultorio. El odontólogo deberá tener los conocimientos indispensables de la anatomía de los órganos dentarios y su lugar de implantación; así mismo, deberá conocer técnicamente la forma, el método del uso del instrumental, puesto que de esta forma obtendrá el éxito al realizar cualquier intervención quirúrgica.

Debemos tomar como norma, tener cuidado en evitar la lesión de los tejidos circundantes al diente por extraer; así como la protección de las estructuras anatómicas de la cavidad bucal, como son los labios, carrillos, mucosa del paladar y del piso de la boca; así como los tejidos duros, como son los procesos alveolares del maxilar y mandíbula. Estas precauciones redundan en el beneficio del paciente y del mismo operador.

Es por eso la necesidad de una buena preparación del Odontólogo y de que éste incremente la atención dental del aspecto preventivo dentro del área quirúrgica (extracción para que de esta forma se reduzcan las complicaciones postoperatorias en la cavidad bucal).

OBJETIVOS

- 1.- Enumerar las complicaciones mediatas de la exodoncia.
- 2.- Hacer énfasis en los signos y síntomas más importantes de cada una de las complicaciones postoperatorias, para saber diferenciarlas.
- 3.- Describir las complicaciones generales que pueden repercutir sobre todo el organismo secundarias a una exodoncia.
- 4.- Saber que complicaciones de una extracción ponen en peligro la vida del paciente.
- 5.- Contar con las medidas específicas de prevención de las complicaciones.
- 6.- Que el Cirujano Dentista tenga conocimiento para actuar -- cuando se presentan dichas complicaciones y hacia donde debe canalizarlas.
- 7.- Enumerar en forma somera, los tratamientos de cada una de las complicaciones Postoperatorias.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Con una preparación académica teórico práctica del odontólogo, empleo de material bien esterilizado y adecuado, así como una elaboración de Historia Clínica completa; evita que dichas complicaciones se presenten y cuando se presenten mejoran su manejo por existir un conocimiento previo de estas complicaciones que se derivan de la Iatrogenia del Odontólogo y la Idiosincracia del paciente.

M A T E R I A L

Para la elaboración de la siguiente tesis, se manejan los siguientes niveles de información:

- a) Información documental de manejo de los elementos teóricos existentes sobre el problema.
- b) Información empírica proveniente de distintas fuentes de información.
- c) Investigación de campo, recoge información directa sobre el objeto de estudio, libros, revistas, datos estadísticos, casos clínicos del ADM, historias clínicas de Instituciones Hospitalarias.

El estudio se lleva a cabo en 6 meses en los cuáles se obtendrá la información actualizada de bibliografía nacional y extranjera más actual sobre estos aspectos, en relación directa a complicaciones mediatas de la exodoncia de libros y revistas, así como se obtendrán casos clínicos presentados en hospitales asistenciales que ejemplifiquen en forma adecuada los grados de complicaciones.

Daremos primero una explicación ó descripción teórica, enumerando cada uno de los problemas post-operatorios con su análisis correspondiente y tratando de ejemplificar todos estos aspectos, por lo menos. Experiencias personales adquiridas dentro del consultorio particular. También se dará a conocer un caso clínico real, en el área privada.

Se valorará también la forma en que se maneja una complicación por un dentista privado, así como la forma habitual en que se maneja una Institución de salud, en donde se cuenta con auxiliares de diagnóstico a la mano.

M E T O D O

Una investigación, por lo general requiere del concurso de diversas formas de aplicación del método científico; sin embargo, hay una que predomina, es la que dá el nombre al método (estadístico, experimental, deductivo, inductivo, analítico, -- dialéctico, etc.) Para la realización de la siguiente tesis me basaré en el método científico, método que generalmente requiere toda investigación deductivo que va de lo general a lo particular y método inductivo que va de lo particular a lo general.

METODO CIENTIFICO

El método científico, a grandes rasgos consta de los siguientes pasos: La observación, hipótesis, experimentación y -- formulación de leyes y teorías. Pero este método puede sufrir -- modificaciones, según sea el objeto de estudio, según el autor Hernández Tenorio en su libro Técnicas de Investigación Documental.

Basándonos en el material de apoyo al módulo de seminarios de integración de la Escuela ENEP Zaragoza, el método científico nos dá los siguientes pasos:

- 1.- Planteamiento del problema
- 2.- Genéresis, Desarrollo Estado Actual
- 3.- Análisis
- 4.- Hipótesis
- 5.- Modelo de Servicio Superador
- 6.- Contradicciones

INDICE

- 1.- Definición y antecedentes históricos de la Exodoncia.
- 2.- Fisiopatología
- 3.- Clasificaciones de las complicaciones postoperatorias
- 4.- Cuadro Clínico
- 5.- Manejo Dental en Urgencias
- 6.- Prevensión de las complicaciones postoperatorias
- 7.- Técnica de Exodoncia.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES

TIEMPO EMPLEADO

- | | |
|--|---------------|
| 1.- Elección del tema | 4 Semanas |
| 2.- Elección de Asesoría | 1 Semana |
| 3.- Elaboración del protocolo | 4 a 5 Semanas |
| 4.- Asesoría | 3 Semanas |
| 5.- Aprobación del Proyecto | 1 a 3 Semanas |
| 6.- Elaboración de fichas bibliográficas | 3 Semanas |
| 7.- Traducción sobre tiro | 8 Semanas |
| 8.- Asesoría | 6 Meses |
| 9.- Redacción del Informe | 2 Semanas |
| 10.- Presentación del informe | 2 Semanas |
| 11.- Autorización de impresión | 5 Semanas |

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

- 1.- SODEMAN JR. WILLIAM A. FISIOPATOLOGIA CLINICA, QUINTA EDICION INTERAMERICANA.
- 2.- WOOD W. B. JR. THE PATHOGENESIS OF FEVER, IN MUDD, S (ED) INFECTIOUS AGENTS AND HOST REACTIONS. PHILADELPHIA, W. B. SAUNDERS CO/1970.
- 3.- MACLEAN L.D. PATTERNS OF SEPTIC SHOCK IN MAN: A DETAILED STUDY OF 56 PATIENTS ANN. SURG. 166: 543 1967.
- 4.- UDDHOJI V.N. AND WILL, M.H. HEMODINAMIC AND METABOLIC STUDIENS ON SHOCK ASSOCIATED WITH BACTEREMIA. ANN. INTERN. MED. 62; - 956. 1965.
- 5.- R. MONTGOMERY. BIOQUIMICA MODERNA MEDICA, NOVENA EDICION. INTERAMERICANA.
- 6.- ANDRES GOTH FARMACOLOGIA MEDICA, NOVENA EDICION INTERAMERICANA
- 7.- MAC BRIDE - BLACKLOW. SIGNOS Y SINTOMAS, QUINTA EDICION INTERAMERICANA.
- 8.- MARCUS A., KRUPP - MILTON J. CHATTON. DIAGNOSTICO CLINICO Y - TRATAMIENTO, DECIMA TERCERA EDICION. MANUAL MODERNO.
- 9.- ARTHUR C. GUYTON. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA, SEXTA EDICION INTERAMERICANA.
- 10.- FREDERIK H. MEYERS. ERNEST JAWETZ- ALAN GOLDFIEN. MANUAL DE - FARMACOLOGIA CLINICA, CUARTA EDICION. MANUAL MODERNO.
- 11.- ROBERT BERKOW, M.D. EDITOR TRE MERCK MANUAL THIRTEENTH EDITION MERCK SHARP. DOHME RESEARCH LABORATORIES.
- 12.- DAVID P. FISCHBACH M.D.- RICHARD P. FOGDALL, M.D. COAGULATION THE ESSENTIALS. LIBRARY OF CONGRESS CATALOGING IN PUBLICATION DATA.
- 13.- RIES CENTENO - CIRUGIA BUCAL - ARGENTINA= 6a. EDICION.

B I B L I O G R A F I A C E N I D S

- 1.- CAMERON IW.- An investigation into some of the factors concerned in the surgical removal of the impacted - - lower wisdom tooth, including Br J Oral Surg 1980 Sep. 18 (2) 112-124 IDIOMA Eng.
- 2.- BALTCH AL ; PRESSMAN HL: Bacteremia following dental - extractions in, patients with and without penicillin prophylaxis. AM J Med Sci 1982 May-Jun; (3) 129-240
- 3.- GILAS T: LANGER B. TAYLOR BR. Hemogenous infection of - peritoneovenous shunts after dental procedures. Can J - - Surg 1982 Mar; 25 (2) 215-6
- 4.- KREKMANOV L. Alveolitis after operative removal of third molars in the mandible. Int. J. Oral Surg 1981 Jun; 10 (3) 173-9
- 5.- LIPOSKI RB. Immediate repair of the oroantral communication; a preventive dental procedure. J. Am Dent Assoc - 1981 Nov; 103(3); 727-9.
- 6.- LITTLER BO. Orbital pseudotumour of dental origin. Br. J Oral Surg 1981 Sep 19(3); 208-7
- 7.- SYRJ: ANEN SM SYRJ: ANEN KJ. New combination of drugs - intended to be used as a preventive measure for the post-extraction complications A Preliminary report. Int. J. - Oral Surg 1981 Feb; 10(1) 17-22.
- 8.- HANSEN HJ . Neuro-Histological reactions following tooth Extractions. Int. J. Oral Surg 1980; Dec; 9(6); 411-26
- 9.- SYRJ: ANEN SM: SYRJ; ANEN KJ. The effects on extraction wound healing of a new drug combination introduced for - use in the prevention of post extraction complications - a preliminary report. Br J. Oral Surg 1981 Mar; 19 (1) - 57-66.
- 10.- DEVER CB: SAZIMA HJ: Life-Threatening infection after - extraction of third molars. J. Am Dent Assoc 1980 - Oct; (4); 649-50.

- 11.- MACGREGOR AJ: ADDY A. Value of penicillin in the prevention of pain swelling and trismus following the removal of ectopic mandibular third molars.
Int. J Oral Surg 1980 JUN; 9 (3); 166-72
- 12.- BYSTEDT H: NORD CE: NORDENRAM A. Effect of azidocillin, erythromycin clindamucyn and doxycyckine on postoperative complications after surgical removal of impacted mandibular third molars.
- 13.- KAUFMAN MD. Masticatory spasm in facial hemiatrophy.
Ann Neurol 1980 Aug; JUN: 7 (60); 585-7
- 14.- BRUCE RA: FREDERICKSON CG: SMALL GS. Age of patines and morbidity associated with mandibular third molar surgery.
J Am Dent Assoc 1980 Aug; 101 (2); 240-5
- 15.- PINCKNEY LE: CURRARINO G. Osteomyelitis of the cervical spine following dental extractions:
Radiology 1980; May; 135 (2); 335-7
- 16.- NESS PM: PERKINS HA. Transient bacteremia after dental procedures, and other minor manipalations.
Transfusión 1980 Ja-Feb; 20 (1); 82-85
- 17.- STRAUSS HR: TILGHMAN DM. Ludwig angina, empyema, pulmonary infiltration, and pericarditis secondary to extraction, of a tooth. J Oral Surgery 1980 Mar (38) (3); 223-9
- 18.- KIPP DP: GOLDTEIN BH; Dysesthesia after mendibular tirth molar surgery a retrospective study and analysis of 1,377 surgical procedures. J Am Dent Assoc 1980 Feb; 100(2);185-92

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

La extracción es el acto más común que se realiza en odontología, aparentemente requiere escasos conocimientos médicos y tan solo fuerza física.

Este concepto es erróneo, ya que el desconocimiento de los principios básicos médico quirúrgicos, puede llevarnos a situaciones que afectarían en forma total el funcionamiento general normal del organismo, peligrando inclusive la vida del paciente.

La elaboración del presente trabajo, está basado en la recopilación de datos expuestos por diferentes especialistas en la materia. A través del mismo se pretende dar a conocer los accidentes y complicaciones que ocurran con más frecuencia durante la extracción, así como su tratamiento.

Se sabe que el nivel socioeconómico de nuestro país, se encuentra en decadencia, por lo que en la actualidad se irá requiriendo más de la especialidad de la exodoncia.

Por esta causa, el cirujano dentista debe conocer en forma precisa y absoluta, la técnica de exodoncia, así como las complicaciones que se deriven de esta área, ya que en la actualidad, tanto el dentista como el paciente no le han dado una mayor importancia a la extracción, pues esta es una cirugía menor que con la Iatrogenia del Odontólogo, Idiosincrasia del paciente, se ocasionan complicaciones post-operatorias.

Espero sea una obra de fácil entendimiento y motivo de superación para nuestros compañeros odontólogos.

C A P I T U L O I

DEFINICION Y ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EXODONCIA

FISIOPATOLOGIA.

C A P I T U L O I

DEFINICION: Se define a la exodoncia como el acto quirúrgico concerniente a la extracción dentaria, término que fué utilizado por primera vez por Whinter.

ANTECEDENTES HISTORICOS: Se sabe de innumerables fuentes de información, que desde la edad más remota de la humanidad ya se practicaban las extracciones, dato constatado en hallazgos encontrados en los cráneos, en donde hay evidencia de este tipo de tratamiento; las extracciones quedaron relegadas a los barberos, no siendo aceptado como un proceso científico por los estudios de esas épocas.

Desde el tiempo prehistórico, el hombre fué cambiando - su régimen alimenticio como las raíces, semillas y pastas por: - maíz, cebada y arroz; a consecuencia de este cambio en su régimen alimenticio, sus dientes y encías sufrieron transformaciones, los molares que a sus ancestros les duraban toda la vida, comenzaron a caer, las encías a inflamarse, muchas veces se desarrollaban hematomas en el rostro. Sin embargo, los monos, que permanecieron - en el bosque no sufrieron ninguna alteración, es decir, que la - combinación de alimentos y a base de almidón serían la causa de estas enfermedades dentales, los primeros curanderos eran los sacerdotes y curaban con oraciones, posteriormente se pensaba que - lo indicado era arrancar ó extraer las piezas dentarias ó bien limar los dientes, para ello usaban una piedra a modo de martillo y un trozo de madera en función de escoplo; sistema que después de miles de años emplean los indígenas australianos.

La historia de la odontología, se confunde con la historia de la medicina hasta la primera parte del Siglo XVIII, ejercida primero por médicos y después por cirujanos odontólogos, fué - considerado como parte integral de esa profesión durante siglos.

Posteriormente se conceptúa recién al año 1728 como al "Nacimiento de la Odontología", bajo la faz de una nueva especialidad científica y profesional con la aparición de Pierre Fauchard

y su famosa obra "Le Chirurgien Dentiste", padre de la Odontología. En la antigüedad, al lado de medicaciones absurdos y raros, cuya explicación se haya en el concepto de las enfermedades del salvaje, encontramos remedios que actualmente utilizamos con éxito: Timol, Eugenol, etc. La extracción dentaria que ya se venía realizando -- desde los más remotos tiempos, que se calcula en unos 10,000 años, fué la primera manifestación odontológica de la antigüedad.

Los chinos fueron los fundadores del palillo y cepillo dental como acto profiláctico, usaban también la acupuntura, con ello curaban con puntas de fuego, agujas de oro y plata sobre la - encía de la pieza enferma.

Al cirujano Huatu, del Siglo II se le atribuye el descubrimiento de la anestesia e hizo un profundo estudio del pulso. En el Japón, era y aún es, una práctica corriente el teñido de los -- dientes, especialmente en las mujeres casadas. En las razas orientales era signo de elegancia llevar los dientes esmaltados de ne-- gro y rojo, se creé que ese modo estaba reservado a personas de mu cha significación.

Los japoneses antiguamente tenían una prótesis rudimentaria haciéndose paladares artificiales de madera en los que se colocaban piedritas para simular los dientes anteriores, y trozos de cobre fundido para reemplazar las muelas posteriores. He aquí un - antecedente de que las extracciones se llevaban a cabo en la antigüedad.

Para las extracciones, los indúes usaban como anestésicos, ciertas sustancias como Bileño, Belladona ó adormidera, curaban también los dolores dentarios por medio de la sugestión. Estimulaban la extracción con censerros e instrumentos de percusión.

La odontología en México. Ricardo Gronbé y Carlos A. -- Young fundaron la Sociedad Dental Mexicana. En 1910 fué fundada - la Escuela de Odontología separada de San Idelfonso, los primeros odontólogos fueron: Miguel Díaz Mercado, Angel Cimbrón, Felipe -- Juambelz y Erasmo González. Llevaron al país los adelantos e in-- vestigaciones de la Escuela Norteamericana y contribuyeron al progreso odontológico en México.

En 1880 se observaba la práctica de la extracción en los barberos, y aún así, existía la ley que les prohibía a éstos, el ejercicio de la odontología sin previo exámen, pero esto se explica por la escasez de profesionistas titulados en esa época, los primeros fueron los franceses, después los norteamericanos, mexicanos y latinoamericanos.

FISIOPATOLOGIA: Las enfermedades pueden ser causadas después de alguna intervención quirúrgica (post-extracción), - son causa de la Iatrogenia del odontólogo y algunas ocasiones la indiosincracia del paciente.

Dentro de las causas Iatrogenia tenemos:

- Material no esterilizado ó mal esterilizado
- La aplicación de fuerza excesiva, puede llegar a la extracción del diente contiguo, junto con todo el borde alveolar.
- El manejo poco cuidadoso
- Incisión incompleta ó desgarrada
- Retracción excesiva de colgajos ó sutura poco uniforme, aunque sin ser dolorosa para el paciente anestesiado, dará por resultado daño tisular ó nécrisis que a su vez -- proporciona un medio excelente para la multiplicación de bacterias, nos dará como resultado una infección influida por la virulencia de los gérmenes como estreptococos, estafilococos, espiroquetas y virus, resistencia del huésped.

El alveolo se encuentra protegido contra la incisión de microorganismos piógenos, si nada se hace por atravesar ó violar esta pared hasta que el mecanismo de reparación esté listo para reemplazar la estructura desvitalizada - (este proceso toma de dos a tres semanas), según la capacidad de regeneración del individuo, al terminar este ciclo, la pared alveolar desvitalizada estará secuestrada - molecularmente e inmediatamente detrás de ella se encontrará una capa defensora regeneradora de tejido conectivo joven que llena el vacío y experimenta sustitución ósea, cuando esto no se presenta, puede ocasionarse una septicemia, ya que traspasa la barrera defensiva del alveolo.

En ocasiones de presentan hemorragias que generalmente la etiología puede estar relacionada con factores que dificultan ó impiden la llegada de los nutrientes adecuados al coagulo sanguíneo.

Dentro de la etiología de la hemorragia hay tres factores fundamentales que son:

- 1.- Alteración de la coagulación sanguínea
- 2.- Alteración de las plaquetas
- 3.- Hemostasia deficiente mal realizada

Existe la patología del alveolo seco, esto se explica porque después de la extracción no existe hemorragia, no se conoce la etiología de esta patología.

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

(MEDIATAS)

C U A D R O

C L I N I C O

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS:

Las complicaciones post-operatorias ó también llamadas accidentes mediatos, son las que se presentan después de la intervención quirúrgica (extracciones)

Existen otros tipos de complicaciones como son:

ACCIDENTES INMEDIATOS:

Son aquellos que ocurren durante la intervención quirúrgica, desde la preparación del paciente hasta el final de la intervención.

ACCIDENTES DEL SIMPATICO:

Estos se presentan sobre el sistema nervioso del simpático y se clasifican en:

- a) PRIMARIAS: Son las causadas al momento de la anestesia.
- b) SECUNDARIAS: Se presentan después de la anestesia
- c) LIGERAS: La que produce una ligera variante en lo que se espera, desaparecen sin tratamiento.
- d) GRAVE: Es una pronunciada desviación de lo normal y requieren un tratamiento definido.
- e) TRANSITORIO: Es grave, pero no deja efectos residuales.
- f) PERMANENTES: Deja efectos residuales y ligeros.

Para estas dos últimas complicaciones se requiere de investigación documental, ya que la presente Tesis está basada en ACCIDENTES MEDIATOS. (Complicaciones Post-Operatorias)

COMPLICACIONES MEDIATAS:

HEMORRAGIA:

La hemorragia es una de las complicaciones más importantes durante la extracción dental, ocurre en los pacientes con antecedentes patológicos, por un estudio insuficiente del caso, y no

se han tomado las medidas preventivas adecuadas.

En caso de presentarse hemorragia en pacientes normales se puede originar por diversas razones:

Procesos congestivos, en la zona de extracción debidas a granulomas, focos de osteitis, pólipos, gingivitis, heridas y -desgarro de la encía, esquirlas ó trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival.

En ocasiones puede ser un tronco óseo arterial el que sangra ó pueden ser los múltiples capilares lesionados durante la extracción.

El tipo de la hemorragia debe de conocerse.

HEMORRAGIA ARTERIAL: Produce un chorro de sangre rojo brillante, aparece como flujo intermitente.

HEMORRAGIA VENOSA: Aparece como un flujo de sangre rojo oscuro.

HEMORRAGIA CAPILAR: Se caracteriza por una salida continua en capas y la coloración es intermedia entre la arterial y venosa.

Básicamente se observan tres tipos de hemorragia postoperatoria:

- 1.- PRIMARIA: La que continúa sin interrupción desde el momento de terminar el acto quirúrgico.
- 2.- INTERMEDIA: La que desaparece después de que el sangrado se ha detenido y ocurre en el período comprendido en las 24 horas siguientes.
- 3.- SECUNDARIA: Que consiste en hemorragia después de un lapso de 24 horas, contadas a partir del momento en que se ha suspendido la hemorragia causada por la extracción dental.

T R A T A M I E N T O:

En cuanto a la HEMORRAGIA PRIMARIA, si es capilar, se intentará primeramente, con presión manual ó presión masticatoria,

mediante una gasa embebida con suero fisiológico tibio, dejando un poco más del tiempo de la coagulación. Si a este simple tratamiento la hemorragia no sede, se recurre al tratamiento compresivo de la cavidad, utilizándose gasa iodoformada, a la que puede agregársele vasconstrictores ó alguna sustancia trombo---plástica; estas gasas permanecerán en el alveolo y se retirará paulatinamente a partir de las 48 horas.

También se pueden suturar los bordes del alveolo, la compresión de la sangre que se acumulará dentro de él, presionará el vaso seccionado, favoreciendo la coagulación.

En caso de HEMORRAGIAS VASCULARES, se presiona previamente el vaso contra el lecho óseo, golpeando el punto sangrante con un instrumento romo.

En caso de HEMORRAGIA INTERMEDIA, se produce por movilización del coágulo.

El paciente presenta un coágulo enorme que se desborda del alveolo, casi siempre sucede esto cuando el paciente ha realizado (colutorios) violentos, comidas abundantes, esfuerzos físicos, traumatismo del coágulo por succión de la lengua ó con sus dedos.

El coágulo debe ser removido con cureta y mediante lavados a presión, con suero fisiológico ó agua bidestilada ó gasa embebida con agua oxigenada, se formará un nuevo coágulo que cubrirá la hemorragia.

Quando se presenta HEMORRAGIA SECUNDARIA, también se puede deber a la movilización del coágulo, pero también a la infección del mismo, se sigue el tratamiento ya indicado.

En el caso de INFECCION, está indicada la antibióticoterapia local espolvoreando un comprimido en la zona afectada, para controlar el crecimiento de microorganismos patógenos, además se sigue controlando la formación de un nuevo coágulo, suturar la herida, si es preciso.

Es necesario antes de iniciar cualquier tratamiento, tomar una radiografía.

Además, si es necesario anestesiar la zona hemorrágica debido al dolor post-operatorio y a la sensibilidad de la zona afectada, se debe buscar el punto sangrante. El vasoconstrictor del anestésico con frecuencia detiene la hemorragia, si esto sucede antes de haber localizado el punto sangrante, resultará difícil tratarlo, y es posible que la hemorragia reincida cuando termine la acción del anestésico.

P R E V E N C I O N .

El Cirujano Dentista debe advertir al paciente que no succione la herida, ni explore con la lengua, prohibirle los co-lutorios bucales hasta que el coágulo se haya retraído y esté lo suficientemente firme para tolerar un trauma moderado, esto puede llevar 24 horas aproximadamente; dieta blanda, masticar del lado opuesto a la extracción. Son otras medidas preventivas.

Procurar siempre revisar el alveolo después de la extracción y comprobar que no existen espículas ó restos de dientes que pueden ocasionar una hemorragia posterior.

Los trastornos hematológicos y lesiones vasculares que predisponen a la hemorragia son los siguientes: (y los cuales deberán ser tomados en cuenta para las medidas adecuadas de prevención y evitar accidentes inesperados ó que tengan consecuencias graves derivadas de una extracción)

- a) HEMOFILIA
- b) PSEUDOHEMOFILIA
- c) LEUCEMIAS
- d) ESCORBUTO
- e) PURPURAS
- f) TROMBOCITOPENIAS
- g) HIPOTROMBINEMIA
- h) ARTERIOESCLEROSIS
- i) TRAUMATISMOS QUIRURGICOS
- j) TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
- k) TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA.

PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA

Generalmente ocurre la persistencia de la anestesia después de la inyección del nervio dentario inferior, puede ser que la anestesia se prolongue días, semanas y hasta meses.

Esta complicación se debe, cuando no es de origen quirúrgico, al desgarrar de un nervio con agujas que tiene rebabas, ó por la inyección del alcohol junto con la novacaina, el alcohol pudo haber quedado como residuo junto con la jeringa en caso de que se acostumbre la esterilización con el alcohol (lo cual resulta un método anacrónico).

TRATAMIENTO:

No existe tratamiento para esta complicación, ya que el tiempo se encarga de que el nervio se regenere lentamente y después de un período variable se recupera la sensibilidad.

DOLOR POST-OPERATORIO:

Este tipo de dolor aparece cuando cesa el efecto del -- anestésico, el cual va aumentando gradualmente, cuando no responde a los analgésicos comunes requiere una investigación más a fondo. El dolor puede ser debido a la fractura ó desviación de una lámina ósea, ó la presencia de un cuerpo extraño en las lesiones en los tejidos blandos (encia, carrillos, etc.) durante la extracción dental.

TRATAMIENTO:

Se administra anestesia local, se toma una radiografía y se procede a explorar el alveolo, si se descubre la causa del dolor, se corrige; si no se detecta una causa predisponente se prescribe un narcótico como la codeína (60 mg.) o meperidina (50 mg) de cada 4 a 6 horas según sea la sintomatología dolorosa, teniendo en consideración los riesgos que implica el utilizar estos medicamentos, como son el de producir hábitos y requerirse cada vez mayores dosis; así como un síndrome de supresión cuando se retira el medicamento en forma brusca. Comunmente basta con 6 u 8 tabletas para vencer la fase dolorosa producida por el trauma.

Un método preventivo del dolor post-operatorio es poner atención a los bordes filosos, cuerpos extraños que pueden quedar en el alveolo; utilizar técnicas adecuadas y limpieza del alveolo.

INFECCION:

Es un desarrollo de agentes patógenos en los tejidos orgánicos, por lo que el cirujano dentista debe de aplicar todos los recursos a su alcance para prevenir la infección, ya que ésta es un factor importante para producir dolor. Es bien conocido que los focos de infección en los tejidos maxilofaciales pueden extenderse hacia la cavidad intercraneal y producir graves lesiones como meningitis bacteriana, que en forma aguda puede ocasionar la muerte ó dejar secuelas neurológicas muy importantes. Los focos infecciosos maxilofaciales, pueden ser la causa de extrañas formas de epilepsia y también contribuye a la aparición de esclerosis múltiple.

La infección post-operatoria puede ser la clave de algún padecimiento general como la diabetes Mellitus ó una discrasia sanguínea como las leucemias, ó deberse también a un factor local como restos de amalgama, esmalte, espículas óseas, partes de raices ó puntas de instrumentos, por lo que será necesario valernos de los rayos X para orientarnos hacia un mejor diagnóstico.

Si existe trismo ó signos de infección grave, se administrará antibióticos y se realizarán curaciones locales de la zona infectada con irrigaciones tibias de agua estéril ó suero fisiológico. Si se ha desarrollado un absceso, éste debe drenarse.

La mejor manera de prevenir una infección radica en la limpieza cuidadosa del instrumental, una asepsia y antisepsia de la región y el instrumento, así como contar con los antecedentes de las enfermedades generales, todo esto será nuestro mejor armamento de prevención.

FIEBRE

Es una de las manifestaciones más comunes de infección como respuesta orgánica compleja a ésta, la cual puede ser provocada por diversos gérmenes patógenos ó ser secundaria a procesos de inmunosupresión.

La fiebre se caracteriza por una elevación de la temperatura arriba de los 38^o centígrados. Durante las infecciones, la fiebre generalmente se presenta acompañada de alteraciones de la cuenta leucocitaria y aumento de la velocidad de sedimentación globular.

En algunos gérmenes, especialmente bacilos gram negativos y leucocitos, se han encontrado pirógenos (substancias que producen fiebre)

Después de una extracción se sospecha de bacteremia por existir temperatura superior a la normal 37.5^oC. ó escalofrío ó aumento de la tumefacción, hay que administrar antibióticos como anteriormente se mencionó.

ALVEOLITIS

Se designa como el término a un estado post-operatorio doloroso, se considera como una complicación frecuente y la más molesta de la extracción.

El dolor puede presentarse de los 2 a los 10 días después de la extracción en ausencia de signos de inflamación generalizada, esto indica que la cicatrización se retrasa y que hay una infección local.

LAS CAUSAS LOCALES SON

El uso indiscriminado de anestésicos locales, los cuales poseen vasoconstrictores que provocan ezquemia local, que disminuye la capacidad de recuperación de los tejidos.

El traumatismo durante la extracción, como es la excesiva presión de la trabécula ósea, realizada por los elevadores, así como las ejercidas sobre las tablas alveolares, el márgen gingival ó el curetaje indiscriminado.

La falta de reducción post-extracción de las tablas alveolares, la presencia de cuerpos extraños dentro del alveolo, como esquirlas óseas dentarias, restos de granuloma, quistes ó tártaro-dental.

Otras causas locales, pueden ser las lesiones periapicales, sepsis bucal, gingivitis crónica, además de la falta de cuidados post-operatorios, como las irrigaciones forzadas ó los colutorios que pueden disolver el coágulo.

Los síntomas de la ALVEOLITIS son:

El dolor intenso, continuo e irradiado.

El alveolo donde se localiza la infección, presenta las siguientes características:

Los bordes del alveolo tumefactos.

Las paredes bucal y lingual ligeramente rojas y edematizadas.

En ocasiones nos podemos encontrar con que el alveolo no presenta coágulo y que sus paredes están cubiertas por una capa verdosa ó están desnudas, el hueso alveolar expuesto al medio bucal, el alveolo expuesto a restos alimenticios, detritus y exudado purulento, debido a estas características se le llama "ALVEOLO SECO"

TRATAMIENTO:

Un exámen radiográfico para determinar el estado del hueso.

Lavado del alveolo a presión con suero fisiológico tibio, luego una gasa impregnada en agua oxigenada, se procederá a limpiar el alveolo.

Si no se consigue con estas maniobras dejar limpio el alveolo, se hace un "raspado" con una cureta, tratando de no lesionar las paredes alveolares; se seca el alveolo y se rellena la cavidad alveolar con un cemento quirúrgico (Wonder Pack ó Alvogyl).

A partir de las 48 horas se procederá a su paulatino retiro para que se vaya formando un tejido de granulación y consecuentemente la cicatriz del alveolo.

PREVENSION:

Cerciorarse de la higiene bucal del paciente, antes de la extracción, además de la zona a intervenir.

Usar una dosificación precisa del anestésico.

Elegir una técnica adecuada.

Inspeccionar adecuadamente el alveolo después de la extracción, además de una correcta reducción de las tablas alveolares.

Generalmente, el tratamiento tiene éxito; en caso contrario, la infección puede evolucionar a la adenitis ó al flemon séptico.

OSTEITIS:

Otro accidente mediato es la OSTEITIS, sucede con mucha frecuencia al realizar la extracción de un diente retenido ó en un diente normalmente erupcionado; puede originarse la fractura de las tablas maxilares ó del tabique interradicular.

Si no se anula la infección sobre este fragmento de vitalidad reducida, provocará fácilmente la aparición de una osteítis, más tarde una necrosis, la osteítis es una lesión inflamatoria osteoperióstica de origen dentario.

Esta infección se presenta casi siempre después de una extracción dentaria laboriosa, se puede instalar a los pocos días de haberla realizado, cuando el alveolo aún no ha cicatrizado por la presencia de una alveolitis.

Los dolores persisten y el alveolo se encuentra rodeado por una mucosa rojiza congestionada, por la cual sale secreción purulenta, la halitosis está siempre presente.

Una sonda ó el explorador introducido en el alveolo, percibe un hueso rugoso que se desplaza fácilmente indicando el sequestro, el cual es identificado por medio de una radiografía.

Si es posible, se toma la radiografía desde otro ángulo, pues la línea de fractura puede pasar inadvertida ó encubierta.

La OSTEITIS sigue su curso, sino es tratada; hay por lo general intensa repercusión ganglionar, es necesaria la extirpación del sequestro para asegurar la curación, además de la eliminación del hueso necrozado y las zonas enfermas ó afectadas.

La mayoría de los casos de osteomielitis aguda de los maxilares adultos se encuentran precedidos por extracciones dentarias y el caso se presenta invariablemente en la región en la región molar inferior. La predisposición a ésta se debe a causas descritas anteriormente, relacionadas con el desarrollo de osteitis alveolar.

La presencia de hueso denso rodeando a los alveolos molares inferiores, reforzado por las líneas milioideas y oblicuas externas, tornan más difíciles las extracciones dentales en esta zona.

La irrigación vascular de la mandíbula, se encuentra doblemente en peligro, comparada con la del maxilar, la arteria dentaria inferior es una arteria terminal, con escasa potencia para la instalación de una eficaz circulación colateral, ya que en su canal óseo corre próximo a la región periapical, y en algunas ocasiones, pasa entre las raíces del tercer molar inferior.

Por lo que es posible que ante la presencia de una infección Apical aguda, el vaso resulte involucrado y en algunas ocasiones, traumatizado durante la extracción de un tercer molar.

La osteomielitis en su fase aguda, se caracteriza por dolor a nivel de la zona del hueso afectado, edema local, dolor al presionar, puede producirse una pérdida de la función al emplear los dientes del área afectada, así como un espasmo muscular, reflejo debido a la inflamación aguda del hueso, endurecimiento de los maxilares ó dificultad en la apertura de la boca (trismus)

Se acompaña de dolor y edema la fase crónica; también la aparición de abscesos y fístulas.

TRATAMIENTO:

El tratamiento incluye la administración de antibióticos así como procedimientos de incisión y drenaje de pus. En caso de cronicidad, es recomendable extirpar el hueso necrótico y los tejidos blandos adyacentes.

PREVENCIÓN:

Después de una extracción es preciso tener cuidado al extirpar los fragmentos del reborde alveolar fracturados y desprendidos; tener cuidados de la antisepsia, días después de la extracción.

OSTEOMIELITIS

Se conoce con este nombre a la infección de la Médula de la Osea, causada generalmente por el estafilococo dorado. El proceso se extiende a lo largo de los espacios medulares y produce necrosis y destrucción de grandes cantidades de hueso.

PERIOSTITIS:

Generalmente se presenta la periostitis proliferativa en la mandíbula de los pacientes jóvenes, en respuesta a una infección periapical.

Los síntomas son: Dolor, hiperemia e inflamación, en los alrededores de la zona ósea afectada.

La reacción perióstica proliferativa origina una hiperplasia localizada del hueso cortical, lo cual produce una protuberancia ósea en la superficie de la mandíbula. Si la formación ósea es rápida, puede traer como resultado el depósito de un tejido menos organizado, incluyendo hueso inmaduro, si el depósito del hueso es lento, entonces la hiperplasia puede consistir en hueso compacto maduro, con prominentes líneas de reposo que corren paralelas al periostio que lo produjo.

TRATAMIENTO:

La eliminación del foco de infección, conduce a un retorno gradual al contorno normal del hueso, aunque esto a menudo es un proceso lento. En las periostitis han dado últimamente buenos resultados los preparados de hormonas suprarrenales, aplicadas por medio de inyecciones bajo el periostio.

SINUSITIS:

Es una infección de los senos paranasales, su origen se puede deber a una infección dental ó a la penetración en el seno de un órgano dentario, durante la extracción; a la infección por rotura de la pared del seno, e incluso al desgarramiento de la mucosa que recubre la cavidad.

Los síntomas de la sinusitis son muy notables en casos agudos, el enfermo presenta escalofríos, náuseas, cefalea, halitosis, edema en párpado inferior, salida de secreción purulenta en meato nasal medio y malestar general. El dolor es persistente en la zona del antro, pero puede ser referido al cuello. Descargas fétidas que pueden drenar por la nariz del lado afectado.

Los dientes del lado afectado pueden hacerse dolorosos, generalmente la palpación de la fosa canina causa dolor intenso. Puede existir decaimiento general, vértigo y mareo, sobre todo cuando el enfermo inclina su cuerpo hacia adelante.

En muchos casos, en que la sinusitis es de origen dental, se vé edema en la mucosa antral, tal como aparece en el catarro común, pero esta no desaparece hasta que la infección ha sido eliminada. En la infección antral verdadera, se encuentra exudado purulento, hiperemia y hemorragias ocasionales.

El edema de la submucosa es tan acentuado que llena toda la cavidad y si se acumula exudado inflamatorio se forma un absceso. En la superficie interna aparecen ocasionalmente quistes de retención que ocasionan la obstrucción de los conductos de las glándulas.

En el caso de la sinusitis crónica, la cuál pudo ser originada por una infección dental lentamente progresiva ó como sucesión de la forma aguda, el enfermo tiene molestias vagas, es posible observar bronquitis y molestias gastrointestinales, originadas por el goteo post-nasal continuo, cefalea vaga, profunda y frecuente.

Para la aparición de la sinusitis crónica, no es necesaria la aparición de perforación definitiva de la pared del antro, se puede desarrollar a partir de las lesiones periapicales ó parodontales y osteitis del piso del antro. En estos casos, la infección se propaga a través del hueso a la mucosa antral, produciendo edema exudado inflamatorio, fibrosis y degeneración quística de la membrana.

TRATAMIENTO:

El alivio del dolor puede ser inmediato si existe la posibilidad de drenaje, el dolor comenzará a calmarse aproximadamente - en 30 minutos, el tratamiento puede consistir en:

- a) Descanso del paciente.
- b) Analgésicos y sedantes.
- c) Terapia Antibiótica.
- d) Limpieza del seno por medio de lavados de proets ó - bien, apertura quirúrgica del mismo, para la eliminación del foco infeccioso.

Las radiografías de los senos paranasales muestran el velamiento de la cavidad afectada.

ADENITIS:

Es la inflamación de una glándula, ganglio ó grupo ganglionar, se presenta en las complicaciones a distancia de las infecciones bucodentales, pueden ser agudas ó crónicas. Las complicaciones bucodentales dan lugar por lo general a adenitis cérvico faciales agudas y debe establecerse el diagnóstico diferencial con la tuberculosis, con la sífilis y con la presencia de neoplasias, sean de tipo benigno ó maligno, estableciendo el origen dentario de la adenitis, es indispensable extraer ó curar, si es posible, el diente causal, no es posible esperar la curación espontánea en una patología de este tipo, ni por medio de medicamentos ni quirúrgicamente, sino se suprime la cauda dentaria.

EDEMA:

Se define como una hinchazón blanda y fria en los tejidos. Generalmente es un signo y en muy pocas ocasiones toma las características de una entidad, cada causa de edema se considera clasificada para la prevención y el tratamiento.

Durante nuestra práctica odontológica diaria, principalmente al efectuar extracciones únicas ó múltiples, debemos actuar con la mayor prudencia y conocimiento del acto operatorio, ya que - el trauma, la infección, la alergia, hemorragia y otros factores, - pueden ser causa de que se presente edema como un signo indeterminado de cualquiera de estas patologías enumeradas.

INFLAMACION FLEMOSA:

El flemón es una celulitis séptica generalizada, que se caracteriza por una inflamación difusa de los tejidos blandos, no hay fluctuación y la zona inflamada aparece tumefacta e inmadura a diferencia del absceso, ésta tiende a extenderse por los espacios entre los tejidos y a lo largo de los planos faciales. Este tipo de reacción ocurre como resultado de la infección por micro-organismos que producen cantidades significativas de hialuronidasa fibrinolisinasa, que actúan para destruir y disolver el ácido hialurónico que es una sustancia cementante intercelular de todo el organismo, así como la fibrina, respectivamente.

Los estreptococos son los micro-organismos principales causantes de esta afección, ya que son productos potentes de hialuronidasa, los estafilococos también lo producen, pero en menor cantidad.

La celulitis afecta de manera más común al cuello, - cara y piso de la boca, como resultado de una infección dental provocada por una extracción, como secuela de un absceso periapical ó de una osteomielitis. La celulitis será el resultado de una infección que sigue a la extracción dental, debido a una infección aplicada con una aguja infectada, ó a través de una zona infectada; también puede presentarse posterior a una fractura mandibular.

El paciente con celulitis originada por una infección dental, suele estar enfermo de manera moderada, tiene temperatura elevada y leucocitosis, existe tumefacción dolorosa de los tejidos blandos afectados, firme y parduza, la piel está inflamada y en ocasiones, violácea. Cuando están afectados los espacios entre los tejidos superficiales. Si la infección se localiza en planos más profundos, suele haber Linfadenitis regional. Cuando la infección se localiza en el maxilar, se perfora la capa ósea cortical externa sobre la inserción del buccinador y se produce una inflamación en la mitad superior de la cara que luego se propaga a toda la zona facial.

La infección de la mandíbula perfora la lámina cortical externa bajo la inserción del buccinador, provoca inflamación difusa de la mitad inferior de la cara y se extiende - hacia arriba, así como al cuello cuando la celulitis persiste. La infección tiende a localizarse y puede formarse un absceso facial que buscará una superficie libre para drenar, si proporcionamos un tratamiento temprano, podemos evitar la resolución mediante la abertura de la piel.

TRATAMIENTO:

- a) Eliminar la causa de la infección.
- b) Administración de antibióticos, en dosis masivas, es conveniente realizar hemocultivos de exudados y antibiogramas.

SEPTICEMIA:

El término Septicemia, se refiere a una enfermedad en que por el fracaso de la barrera defensiva que circunscribe a un proceso inflamatorio bacteriano sobreviene la difusión y la extensión por todo el organismo de la infección.

El germen causante de esta enfermedad ó sus toxinas pasan a la sangre y anidan en este medio; pero para esto es necesario que se tenga localizado un foco séptico de donde parte la infección y mantenga dicha invasión.

Cualquier bacteria es capaz de provocar una septicemia, aunque cualquier infección produce un cuadro clínico general que demuestra invasión sanguínea del microorganismo. Pero las septicemias son producidas a menudo por estreptococos y es tafilococos y a la cual se presenta una sintomatología propia en que predominan los fenómenos generales con repercusión prácticamente imprevisible en todos los órganos, ya que no existe sistema orgánico que no presente alguna alteración.

Existen formas fulminantes de septicemia que originan la muerte del paciente en pocos días, sobre todo si es menor de edad, pero existen sepsis que se prolongan sobre todo - cuando se someten a tratamientos, presentándose evoluciones de meses (croniosepsis) en que los términos apenas son perceptibles, febrícula irregular, malestar impreciso y dolores erráticos; sobre todo cuanto se trata de focos sépticos localizados a dientes, amígdalas, senos, maxilares, etc.

El diagnóstico de la septicemia se facilita con la demostración del microorganismo en sangre a través de hemocultivos, pero en ocasiones no es preciso identificar el germen.

TRATAMIENTO:

La antibioticoterapia con antibiograma en forma sistemática y la erradicación, es el tratamiento ideal y único, - en ocasiones es necesaria la erradicación quirúrgica, sobre todo a nivel dental.

TETANOS:

El tétano es una enfermedad infecciosa producida por la toxina elaborada por el bacilo "Clostridium Tetani" que se introduce en el cuerpo a través de cualquier herida ó laceración de la piel ó mucosas por materiales contaminados.

La infección siempre requiere una herida previa y se caracteriza por la selectiva acción sobre el sistema nervioso que presenta la toxina tetánica. Todas las lesiones de la boca que se producen con objetos contaminados capaces de introducir materiales sucios en la herida de extracción, es una complicación que siempre debe tenerse en cuenta, y debe de recurrirse a medidas de protección contra la contaminación por este germen, ya que cuando se presenta la infección siempre tiene resultados catastróficos con una morbimortalidad elevada; por lo tanto, ante la sospecha de una herida contaminada, se debe actuar rápidamente.

TRATAMIENTO:

El tratamiento incluye una rápida limpieza de la herida, sobre todo con agua oxigenada, ya que esta es un germen anaerobio. En caso de que el paciente haya sido inmunizado con toxoide tetánico y haya recibido inyecciones de refuerzo en los intervalos indicados, deberá de recibir otra inyección de refuerzo que consiste en 0.5 ml. de toxoide tetánico con hidróxido de aluminio (tetinox)

Si el paciente no ha sido vacunado contra el tétano ó si se tiene dudas sobre su inmunidad, se administrarán de 250 a 500 unidades de gamaglobulina humana antitetánica (hipertet) por vía intramuscular, al mismo tiempo de aplicación del toxoide tetánico en la forma antes descrita, y se proseguirá a aplicar otra dosis extra a la 4a. semana y una dosis de refuerzo a los 6 meses a un año.

El cirujano dentista, en ocasiones dá poca importancia a las lesiones provocadas durante la extracción, ya que la frecuencia de tétanos se ha reducido en forma considerable, gracias a las vacunaciones masivas aplicadas a la población; sin embargo, no están de más las medidas profilácticas y pensar siempre en esta enfermedad.

El *Clostridium tetani*, después de una semana de incubación, comienza por la clásica contractura muscular facial provocando las facies típicas ó (risa sardónica) y posteriormente se disemina hacia los demás músculos del organismo, presentando espasmos que semejan convulsiones que pueden llegar a ocasionar fracturas, pero que su importancia radica cuando se ven afectados los músculos de la respiración; así como los laringeos, la muerte por asfixia y paro cardiaco son difíciles de evitar, aún en los centros más avanzados, teniendo un pronóstico sombrío aún en el momento actual, llegando a superar una mortalidad del 50% y siendo más grave entre más corto sea el período de incubación.

PREVENCION:

Las medidas incluyen una rigurosa esterilización de todos los materiales utilizados durante las extracciones dentales, limpieza minuciosa de las heridas post-extracción, hemostasia completa y cierre apropiado de la misma.

C A P I T U L O I I I

- I) CUADRO CLINICO
- II) MANEJO DENTAL EN URGENCIAS

I) CUADRO CLINICO

- HEMORRAGIA.- Paciente con antecedentes patológicos hemorragia arterial (chorro de sangre intermitente rojo brillante)
Venosa (hemorragia continúa sangre oscura) capilar (hemorragia en capas coloración intermedia)
- PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA.- No es de origen quirúrgico, ocurre por desgarro de un nervio con rebabas de agujas en mal estado, ocurre también por inyecciones con alcohol junto con anestésicos.
- DOLOR POST OPERATORIO.- Aparece cuando cesa el efecto del anestésico, el cual va aumentando gradualmente y que cuando no responde a los analgésicos, requiere de una inspección general a fondo.
- INFECCION.- Puede ser la clave de un padecimiento sistémico, como son diabetes, mellitus, discracias sanguíneas, como leucemias.
- ALVEOLITIS.- Dolor que aparece de 2 a 10 días posteriores a la extracción, en ausencia de inflamación, retraso en la cicatrización, dolor intenso continuo irradiado, existe tumefacción de los bordes del alveolo, paredes bucales y linguales hiperémicas y con edema, se encuentra el alveolo recubierto por una placa grisásea ó amarillenta fétida.
- PERIOSTITIS.- Dolor intenso pungitivo secundario al proceso infeccioso eritema de la región, existe hiperplasia localizada del hueso cartical, llegando a presentarse protuberancia ósea en la superficie de la mandíbula.
- SINUSITIS.- Existe el antecedente de extracción dental ó un absceso periapical fistulizado, y la sintomatología es secreción nasal fétida, acompañada de cefaleas frontal pulzatil que se acompaña de modificación con los movimientos, además existe halitosis hipertemia elevada, además del seno y del párpado afectado; así mismo, puede existir sinusitis por contiguidad.

- EDEMA.-** Se define al edema como una hinchazón blanda y fría de los tejidos, el trauma, la infección, alergia, - hemorragia, pueden ser causa de edema.
- INFLAMACION FLEMOSA.-** El flemón es una celulitis séptica, se caracteriza por inflamación difusa de tejidos blandos, la zona del absceso tiende a extenderse por los espacios, entre los tejidos y a lo largo de los espacios faciales, ocurre por la infección con microorganismos, afecta al cuello, cara y al piso de la boca como resultado de una infección dental, provocada - por una extracción ó como secuela de un absceso periapical ó de una osteomielitis.
- SEPTICEMIA.-** Es el resultado del fracaso de la barrera defensiva que circunscribe un proceso inflamatorio bacteriano, sobreviene la difusión y la extensión por todo el - organismo.
El germen ó sus toxinas pasan a sangre reproduciendo se en este medio, pero para esto es necesario que - haya un foco séptico localizado y que mantenga dicha invasión. Los síntomas son febrícula irregular, malestar, dolores erráticos, por medio del hemocultivo se hace el diagnóstico.
- TETANOS.-** Es producido por una toxina elaborada por el bacilo "Clostridium" tetani, se introduce a través de una - herida ó la ceración de la piel, o las lesiones en - boca que se producen con objetos contaminados, y que sean por una vía de entrada a la infección que puede por si misma causar la muerte.

II) MANEJO DENTAL EN URGENCIAS

Una buena historia clínica valorada cuidadosamente, podrá ser un mejor seguro contra urgencia en el consultorio dental.

Aunque estos casos de urgencias sean raros, el Dentista y su personal deberán de estar preparados para manejar los que se presenten.

El consultorio dental, deberá de estar preparado -- con oxígeno, que puede aplicarse bajo presión positiva, una charola de urgencias conteniendo todos los medicamentos necesarios; nunca deberá tomarse medicamento de esta charola de urgencias, ya que de necesitarlo, el resultado será desastroso.

El síncope (desmayo) generalmente ocurre cuando se administra anestesia local, la etiología es hipoxia cerebral, (baja oxigenación cerebral), esta reacción es de naturaleza -- psíquica y no deberá interpretarse como reacción al medicamento administrado, los síntomas son: Mareo, palidez, aturdimiento, piel sudorosa y en ocasiones, pérdida total del conocimiento.

TRATAMIENTO.- Consiste en colocar al paciente en posición supina con la cabeza más baja que el resto del cuerpo, se mantiene una vía aérea permeable, y deberá administrarse oxígeno, pueden usarse ligeros estimulantes respiratorios como espíritu -- amoniacal.

Puede evitarse el síncope considerando la constitución física del paciente. Deberán tomarse las medidas necesarias para desvanecer todo temor.

Las reacciones o anestésicos locales, con la posible excepción de la lidocaína; se caracterizan por una fase inicial de excitación seguida por fuerte depresión. El paciente puede volverse muy locuaz e intranquilo, pueden producirse náuseas y vómito. Si el medicamento se administra intravenosamente, la fase inicial de excitación puede ser breve, terminando en convulsiones que irán seguidas por notable depresión. En caso de observar cualquier señal de reacción al medicamento du--

rante la inyección, habrá de retirarse inmediatamente la -
 aguja. En caso de grave estimulación del sistema nervioso
 central, depresión ó colapso cardiovascular, el dentista -
 deberá actuar y llamar a sus colegas, no para demostrar la
 mala preparación del dentista, sino la sensatez.

Para evitar reacciones alérgicas, deberá reali--
 zar una historia clínica completa y aspirar siempre antes
 de inyectar.

Existen reacciones tardías ó menos graves, pue--
 den caracterizarse por inflamación en el sitio de inyec---
 ción, angioneurótico, ardor, urticaria.

TRATAMIENTO.- Antihistamínicos y cuidados paliativos.

Reacciones anafilactoides; se desarrollan rápida-
 mente, el paciente se vuelve tembloroso, existe prurito in-
 tenso y respiración asmática, la presión arterial descien-
 de, el pulso se debilita ó se pierde. El paciente puede --
 perder la conciencia con ó sin convulsiones, puede produ--
 cirse la muerte en pocos minutos ó varias horas después.

Consiste en la aplicación inmediata de un torni-
 quete por encima del sitio de la inyección, si es posible;
 en este caso el medicamento de elección es la adrenalina,
 debido a sus efectos vasopresores broncodilatadores y anti-
 histamínicos, la dosificación en adultos varia de 0.3 a 1 mlg.
 de una solución de 1:1000 por vía subcutánea ó intramuscu-
 lar. En todas las reacciones generalizadas graves, colocar
 venoclisís, lo que permitirá la administración de medica--
 mentos y líquidos, en caso necesario deberá iniciarse y man-
 tenerse una vía intravenosa. Esta permitirá la titulación
 y dosis fraccionadas de adrenalina, aunque la dosificación
 total es aproximadamente la misma, el oxígeno bajo presión
 deberá administrarse con respiración asistida. Los antihis-
 tamínicos difenhidramina, 50 mg. se administraran por vía
 IV ó IM, se recomiendan generalmente los corticoesteroides
 como la hidrocortizona (solucortif 100 mg. IV ó IM) debido
 a su efecto vascular periférico.

Deberá requerirse ayuda profesional cuanto antes sea posible para consultar el tratamiento ulterior del paciente, si continúan los síntomas, habrá de pensarse en volver a administrar adrenalina ó antihistamina, si la presión arterial es baja, habrá de pensarse en usar un medicamento vasopresor como la fenilefrina, de 1 a 5 mg. por vía IM. durante la exodoncia, a veces se desplazan inadvertidamente los dientes a la bucofaringe, laringe, traquea y esófago, los dientes en estas posiciones pueden provocar graves problemas que podrian haberse evitado observando precauciones sencillas. Siempre deberá colocarse una pantalla de gasa para bloquear la bucofaringe. Esto se verifica cuando el procedimiento de exodoncia se lleva a cabo bajo anestesia general ó local.

Los dientes posteriores o bucofaringeos no representan problemas, siempre que puedan recuperarse antes de descender a estructuras más profundas. Cuando un diente se desplaza a bucofaringe con el paciente bajo anestesia local, se le pide al paciente mantenerse totalmente quieto y no tragar ó tomar aire, hasta haber recuperado el diente. Si el caso se produce bajo anestesia general, todo procedimiento deberá detenerse, hasta recuperar el diente. Deberá prevenir al ayudante para que no mueva el retractor y la punta de aspiración, ya que cualquier movimiento podría causar la pérdida del diente laríngeo ó a esófago, cuando el diente se desplaza a posición posterior de la boca, el reflejo natural del paciente es toser ó tragar. En la mayor parte de los casos, el paciente tragará, llevando el diente al esófago, independientemente de las reacciones del paciente, deberán tomarse radiografías para determinar la localización exacta del diente. Si se encuentra que el diente está en el aparato gastrointestinal, deberá recetarse una dieta con mayor residuo y el paciente deberá ponerse en contacto con el dentista, en caso de producirse cualquier tipo de síntoma gastrointestinal, generalmente el diente se defecará sin incidentes, cuando el diente en ocasiones permanece en la laringe se puede

extraer con un laroscopio, si queda en el arbol traqueobronquial, se administrará oxígeno, y se deberá de trasladar a un área donde pueda ser extraido mediante una broncoscopia y extracción del diente, con toma de radiografias previas para su corroboración.

C A P I T U L O I VP R E V E N S I O N D E L A SC O M P L I C A C I O N E SP O S T O P E R A T O R I A S

C A P I T U L O I V

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

Cuanta más experiencia posea un dentista en exodoncia, más consciente estará de las complicaciones que puedan ocurrirle y más cuidadoso será su exámen. Se volverá experto en justipreciar al paciente y el área de la boca involucrada.

Las consideraciones legales requieren registrar el exámen.

EL EXAMEN CONSISTE EN:

HISTORIA CLINICA: Estado actual, historia familiar, el dentista puede realizar un exámen minucioso y sencillo pero abarcando los temas de interés respecto a diabetes, hemorragias, enfermedades cardiovasculares, etc. Si el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente, y que tipo de cirugías, enfermedades graves, cuando fué examinado por última vez, por su médico de cabecera, que medicamentos se encuentra tomando en el momento actual si es alérgico ó si tiene historia de fiebre reumática, con cuantas almohadas duerme, si tiene dificultad para subir escaleras.

EL EXAMEN CLINICO: Consiste en la inspección, color, - inflamación, estado del diente y estructuras circundantes, palpación, percusión, instrumentación, y pruebas de vitalidad, el diente en cuestión se examina cuidadosamente, además se examinan dientes adyacentes y estructuras circundantes detalladamente, en busca de problemas que pueden dar complicación. El borde de la obturación que sobresale se fractura del diente vecino, la osteorradionecrosis en el maxilar subyacente ó el maxilar fracturado bajo un diente flojo en un paciente que acaba de recibir un traumatismo.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO.- Es necesario tomar una radiografía antes y después de la extracción, pues nos dará evidentes quistes, raices, absesos, fracturas de maxilar, etc., deberán evitarse las tomas de radiografías en mujeres embarazadas.

Generalmente, en nuestro medio no se toman radiografías posteriores a la exodoncia, hábito el cual debemos corregir, - ya que si se trata de evitar las complicaciones, será éste un punto en el cual se hace hincapié.

EXAMEN DE LABORATORIO.- Cuando se sospecha en un pa---ciente alguna patología como diabetes mellitus, diatesis, he---morragias, no deberá dudarse en realizar un exámen de laborato---rio, antes de someter al paciente a cualquier riesgo operato---rio. Las pruebas de selección de diabetes y nivel de hemoglobi---na están disponibles en el comercio en tiras de papel tratadas. Existen, además, otros pasos para evitar las las complicacio---nes post-operatorias, como:

- a) Selección del anestésico, regional ó local.
- b) Los instrumentos deberán estar perfectamente esteri---lizados, ya que de no ser así, arriesgamos a nues---tros pacientes a que sufran una infección.
- c) Deberá revisarse clínicamente, radiologicamente, el área donde se realizará la extracción y tener un --- buen diagnóstico para la intervención quirúrgica.
- d) Deberá evitarse el empleo de una fuerza excesiva, - ya que se puede fracturar la pieza contigua, ex---traer algún gérmen dentario ó fracturas de mandíbu---la ó maxilar.
- e) Asegurar perfectamente la pieza dentaria extraída, ya que se puede provocar la deglución de la pieza - dentaria ó que ésta se vaya al arbol bronquial ó fa---ringe.

T E C N I C A D E E X O D O N C I A

Después de haber completado la historia clínica, exámenes de laboratorio, radiografías y la exploración clínica del diente, se discute con el paciente el procedimiento exodóntico, y el operador toma nota sobre la planeación del procedimiento, incluyendo la premedicación.

El paciente temeroso que llega al consultorio puede iniciar la premedicación una noche anterior, ó mientras está en la sala de espera, su efecto será según lo que se administre, cantidad y estado del paciente.

El instrumental debe estar en su lugar, cubierto por una compresa estéril.

Se pide al paciente que se ponga cómodo en el asiento dental, se coloca en posición adecuada, posteriormente se colocó una toalla de papel sobre el paciente a nivel del hombro y se pide que haga un enjuague bucal; posteriormente se explica que esté tranquilo y se entable un diálogo para serenar al paciente y aplicar el anestésico, se espera aproximadamente 10 minutos para su efecto, se le apagará la lámpara; mientras tanto, se dedicará a estudiar cuidadosamente la radiografía del diente afectado. La lámpara se vuelve a encender, el ayudante y el operador se lavarán las manos para la operación, colocar un lienzo estéril sobre el papel. Si el paciente muestra ansiedad ó la extracción es complicada, se colocará un lienzo estéril sobre los ojos, sujeto con pinzas hacia el otro campo estéril, usar una gasa sumergida en cloruro de benzalconio al 1:10,000 (Benzal) para limpiar la porción extraoral, se colocará otra gasa estéril sobre el campo operatorio (diente por extraer) para evitar que algunos fragmentos se deslicen a la parte posterior de la faringe, mantiene el campo operatorio seco, y se encarga de absorber la saliva y sangre, esta técnica se utiliza cuando no se cuenta con aspirador continuo de succión.

Cada extracción y cada tipo de pinzas requieren diferentes posiciones de la mano izquierda para acomodar las posiciones de la mano derecha que sostienen las pinzas.

Se usa una cureta para comprobar la anestesia. Entonces se hace girar alrededor del manguito gingival libre, para cortar -- las adherencias gingivales de cada diente que vá a extraerse en ese cuadrante, no deberá utilizarse fuerza alguna, pues esto --- alarmará al paciente. Se tomarán las pinzas ocultas a la vista - del paciente y se guiarán a la boca.

El pico palatino ó lingual se colocará primero, seguido -- por el pico bucal ó labial. El eje longitudinal de las pinzas de be colocarse paralelo al eje longitudinal del diente, el fracaso en lograr esto es la causa más común en fracturas dentales, se - aplica presión hacia la punta del diente para asentar las pinzas entre la unión entre cemento y esmalte. Se aplica suficiente pre sión sobre los mangos para sostener las pinzas en el diente, sin que deslicen, en ocasiones una fuerza poco común puede hacer añi cos un diente débil. Las pinzas deberán de sostenerse cerca de - los extremos de los mangos, para obtener ventaja mecánica máxima.

No se obtendrá mayor delicadeza sosteniendo las pinzas a - la mitad de los mangos, cada diente requiere una serie, aparte - de movimientos para extraerlos (Ver. figuras 1,2,3,4,5,6,7,8, 9 y 10)

Después de la extracción, todas las espículas óseas, por-- ciones del diente y cálculos libres se retiran del alveolo, así como de canales bucales y linguales. De existir tejido patológico en la región apical, se quita cuidadosamente con una cureta. Se elimina ó fractura todo tejido de granulación, pero no se ras pa el hueso. Esto último no deberá de realizarse en el área inci siva superior, ya que las venas que corren por ese sitio, care-- cen de válvulas y, consecuentemente, en caso de material infecta do y trombos podrían ascender fácilmente hacia la cavidad del -- cráneo y pudiendo presentarse una trombosis del seno cavernoso.

Si en la radiografía se observa radiolucidez apical, será conveniente no colocar la cureta en el alveolo, pues podemos pro vocar una inoculación de microorganismos.

Quando se sospecha infección post-operatoria, pueden colocarse conos de sulfamidas en los alveolos de molares, premolares y caninos inferiores.

El alveolo se cubre con una compresa de gasa para evitar la hemorragia, se le pide al paciente que muerda por lo menos 5 minutos, se vuelve a cambiar la gasa y el paciente puede volver a casa, dándose instrucciones y analgésicos, en caso de dolor.

Deberá citarse al paciente para revisión post-operatoria, ya que esto evitará complicaciones ó se tratarán a tiempo, en caso de existirlas.

Figura No. 1. Incisivos Central Superior. Los dedos de la mano izquierda retraen los tejidos. C. Pinzas No. 1, a) pinzas aplicadas, b), primer movimiento hacia el labio labial, c) movimiento rotatorio del lado labial al distal, e) movimiento rotatorio invertido del lado labial al mesial, f) movimiento hacia abajo en línea con la posición original del diente.

Figura No. 2. Incisivo Lateral Superior. A) Dedos de la mano izquierda, C) pinzas No. 1, a) pinzas aplicadas al cuello anatómico, b) primer movimiento hacia el lado palatino, c) movimiento hacia el lado labial, d) movimiento hacia abajo en línea con la posición original del diente.

Figura No. 3. Canino Superior. Posición de los dedos de la mano izquierda, C) pinzas No. 1, a) pinzas aplicadas al cuello anatómico, b) primer movimiento hacia el lado labial, c) movimiento hacia el lado palatino, d) y e) movimiento labial y palatino repetidos con más fuerza, f) movimiento hacia abajo en línea con la posición original del diente.

Figura No. 4 Premolares Superiores, B) Posición de los dedos de la mano izquierda, C) pinzas No. 150, a) pinzas aplicadas al cuello anatómico, b) primer movimiento hacia el lado bucal, c) movimiento hacia el lado palatino, d) movimiento hacia abajo en línea con la posición original del diente.

Figura No. 5 Molares Superiores, A) retracción de tejidos y palpación de placa bucal, con el lado radial del dedo índice, lado derecho, B) retracción de tejidos, lado izquierdo, C) pinzas No. 105, a) pinzas aplicadas al cuello anatómico, b) primer movimiento hacia el lado bucal, c) movimiento hacia abajo y hacia el lado palatino, d) movimiento bucal repetido con más fuerza, e) movimiento hacia abajo en línea con la posición original del diente.

Figura No. 6 Incisivos y Caninos Inferiores, A) los dedos de la mano izquierda retraen la lengua y el labio mientras el pulgar sostiene el maxilar, B) posición invertida empleada con pinzas No. 151, C) pinzas No. 151, pueden usarse ya sea éstas ó las pinzas colocadas en el cuello anatómico, b) primer movimiento hacia el lado labial, c) movimiento hacia el lado lingual, d) movimiento hacia arriba en línea con la posición original del diente.

Figura No. 7 Premolares Inferiores (Ver figura No. 6 de las letras A y B.

Figura No. 8 Premolares Inferiores. Posiciones empleadas para extracciones del lado derecho usando pinzas No. 151, B) posiciones empleadas para extracciones del lado izquierdo usando pinzas No. 151, C) pinzas No. 151, a) pinzas colocadas en el cuello anatómico, b) primer movimiento hacia el lado lingual, c) movimiento hacia el lado bucal, d) movimiento rotatorio del lado mesial al bucal, e) movimiento rotatorio invertido, f) movimiento hacia arriba en la línea con la posición original del diente.

Figura No. 9 Molares Inferiores, A) Observe las posiciones de la mano izquierda, B) el pulgar retrae la lengua, el índice retrae el labio y el dedo cordeal sostiene el maxilar, C) pinzas Mead, a) pinzas en posición, b) primer movimiento hacia el lado lingual, c) movimiento hacia el lado bucal, d) y e) movimientos hacia el lado bucal y lingual repetidos con más fuerza, f) movimiento hacia arriba en línea con la posición original del diente.

Figura No. 10 Molares Inferiores, A) Pinzas No. 16, (en cuerno de vaca), B) Se coloca el pulgar en la superficie oclusal del diente posterior siguiente ó sobre el reborde de la mandíbula.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente masculino de 19 años de edad. Acude al consultorio dental, por un dolor en diente 37, presentando dolor en cambios térmicos, el cual le pusieron curación - con óxido de zinc eugenol, para controlar hiperemia, el paciente dejó de acudir a la cita con el odontólogo controlando éste con analgésicos (prodolina 1 c/4 hrs.), durante 5 días, al 6o. día acudió al dentista por dolor agudo y ruptura del mismo diente, el dentista le dijo que era necesario extraer el diente, a lo - cual aplicó 3 cartuchos de anestesia, el cual no le hizo efecto en su totalidad, el dentista empezó a extraer el molar, causando fractura del mismo, el paciente, desesperado por el dolor, - no quiso que el dentista siguiera con la extracción; éste le -- contestó que le dolía porque tenía infección, que tomara anti-- biótico. Tres horas más tarde acude a otro dentista y le comenta lo sucedido, el dentista, al valorarlo clínicamente, observa infección y unas erupciones en la piel (brazos), el cual le pre - gunta que si tiene comezón, revela ser positivo, si observó tenerlas antes de la extracción?, revela ser negativo, el dentista le dice que es una reacción alérgica, que tiene que ingerir un antihistamínico, ya que fué provocada por la anestesia y que posteriormente tenía que consultar a un médico general. Dos horas más tarde, acudió al médico general, éste le dijo lo mismo que el dentista y le recetó "avapena" intramuscular durante 3 - días y la suspendió posterior a esto; volvió a erupcionar, éste regreso al médico general.

BIBLIOGRAFIA POR CAPITULOS

C A P I T U L O I

- SALVADOR LERMAN.- HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA, PAGINAS 323 Y 325
 RIES CENTENO.- CIRUGIA BUCAL, ARGENTINA, 6a. EDICION, PAGINA 10

C A P I T U L O II

- GUSTAV O. KRUGER.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL INTERAMERICANA, 4a. EDICION, PAGINAS 4, 13, 51, 95, 96, 97 Y 174.
 RIES CENTENO.- CIRUGIA BUCAL, ARGENTINA 6a. EDICION, PAGINAS - 138, 140, 174, 181, 188, 193 Y 246.
 EL ATENEO.- EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA, BUENOS AIRES, ARGENTINA, PAGINA 132 FRANK M.
 LIBRO EL ATENEO.- EMERGENCIAS QUIRURGICAS, BUENOS AIRES, ARGENTINA, PAGINAS 132, 146, 147 HASTA 173.
 PASTORI.- EXODONCIA CON BOTADORES, EDITORIAL MUNDI, PAGINA 129

C A P I T U L O III

- GUSTAV O. KRUGER.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, INTERAMERICANA, 4a EDICION, PAGINAS 95, 96, 97 Y 51.

C A P I T U L O IV

- GUSTAV O. KRUGER.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, INTERAMERICANA, 4a EDICION, PAGINAS 13, 14, 16, 17, 38, 40, 41, 42, 43, 44 HASTA 47 Y 51 DIBUJOS PAGINA 52 A LA 61
 CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E. CASO CLINICO DE GEOFFREY L. HOKWE, TRADUCTORA DRA. PATRICIA REQUEJO, LA EXTRACCION DENTAL, EL MANUAL MODERNO, PRENSA 1a. EDICION.

R E S U L T A D O S

La presentación de esta trabajo, se fundamentó básicamente en que debido a la situación económica por la que atraviesa nuestro país, la exodoncia se verá incrementada en forma significativa; por tal motivo, conocer los antecedentes, así como la técnica correcta de su aplicación son fundamentales para identificar las complicaciones que surgen, ya sea como el manejo dental de urgencias, así como las complicaciones mediatas que se pueden derivar de la práctica operatoria realizada en el consultorio dental.

La bibliografía consultada nos muestra que básicamente debemos de contar con una historia clínica completa en donde se interrogan antecedentes de enfermedades sistémicas que nos den un panorama completo del paciente que vamos a tratar.

Se clasificaron los tipos de complicaciones que pueden surgir en la extracción en tres tipos:

- 1.- Complicaciones inmediatas
- 2.- Accidentes del simpático
- 3.- Complicaciones mediatas

Así mismo, se revisaron un total de 15 complicaciones mediatas - que pueden surgir posterior a toda exodoncia, encontrándose que en un porcentaje mayor del 50% estas complicaciones son debidas a:

- 1.- Falta de preparación del cirujano dentista
- 2.- Malas técnicas de asepsia y antisepsia
- 3.- Negligencia
- 4.- Mala técnica en la exodoncia
- 5.- Iatrogenia
- 6.- Idiosincrasia del paciente.

A su vez, las 15 complicaciones mediatas revisadas se clasificaron en 2 grupos, el primero en donde se comprenden las siguientes, que principalmente son debido a factores locales y pueden ser resueltas por el cirujano dentista, con una buena preparación.

- 1.- Dolor post-operatorio
- 2.- Hemorragias
- 3.- Persistencia de la anestesia
- 4.- Infección.
- 5.- Fiebre
- 6.- Alveolitis
- 7.- Inflamación flemosa
- 8.- Edema
- 9.- Adenitis
- 10.- Periostitis

y un segundo grupo en donde se incluyeron complicaciones mediatas que son menos frecuentes, y que el cirujano dentista deberá de colaborar en forma conjunta con un cirujano maxilo facial y con un médico internista para su resolución satisfactoria, dentro de este grupo incluimos:

- 1.- Osteomielitis
- 2.- Sinusitis
- 3.- Osteitis
- 4.- Septicemia
- 5.- Tétanos

El haber realizado esta revisión nos dá por resultado un conocimiento de las 15 complicaciones mediatas más frecuentes secundarias a una extracción dental, con lo que se trata de dar armas suficientes para en caso de presentarse alguna de ellas, se sepa -- identificar en forma correcta y se trate adecuadamente ó se canalice su atención por personal más especializado.

El caso clínico sólo tiene por objetivo observar el comportamiento que puede presentar un paciente con patología dental en donde inicialmente se encontraba con caries, posteriormente desarrolló un absceso y al realizarse la aplicación anestésica, ésta no fué efectiva, ni la técnica de exodoncia que provocó la fractura del diente enunciado para posteriormente el paciente presentar una reacción alérgica a la anestesia sin llevar un manejo adecuado, debiendo aquí intervenir el médico general por el desconocimiento de una de las complicaciones que se pueden presentar en cualquier paciente que se someta a una exodoncia, ni siquiera resolver el problema principal del paciente que era el de un absceso periapical y habersele creado un problema agregado. Todo esto, debido a una falta de conocimiento de antecedentes, técnica exodóntica, complicaciones y tratamiento; por tal motivo, se agrega, finalmente, un capítulo en donde se describe detalladamente la técnica de exodoncia en forma correcta, esquematizándose con ilustraciones que nos muestran más objetivamente este acto quirúrgico.

CONCLUSIONES.

La mayoría de los accidentes de la extracción son previsibles, ya que éstos se presentan por negligencia del cirujano dentista, ó por falta de conocimientos, aunque a veces pueda ocurrirle al más cuidadoso, debido a las causas ajenas al cuidado de éste.

El odontólogo debe estar preparado para actuar, en caso de emergencia y contar con el equipo necesario para un adecuado tratamiento; por lo tanto, se considera de suma importancia conocer los principios de prevención, antes de efectuar cualquier intervención.

Una historia clínica cuidadosa puede evitar complicaciones sistemáticas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, discrasias sanguíneas, etc.), alergias. Un examen médico dental minucioso, alternado con un estudio radiográfico, ayudará a conocer las condiciones en que se encuentra la cavidad bucal.

Aplicar los principios básicos de la asepsia, evitará muchas de las complicaciones.

Conocimiento, tanto de la técnica, como de las soluciones anestésicas; así como de la anatomía y fisiología.

El consultorio dental deberá contar con los medicamentos necesarios como: sedantes, analgésicos, antibióticos, anticonvulsivos, hemostáticos, etc. así también, con un equipo de oxígeno que puede aplicarse a baja presión.

Es indispensable contar con los servicios de un médico - cirujano competente.

Actuar con rapidez y seguridad, para obtener éxito.

R E C O M E N D A C I O N E S

De acuerdo a la recopilación bibliográfica, he llegado a asentuar un hecho. De que los dentistas deben organizar cursos especiales que proporcionen conocimientos sólidos sobre las Urgencias que se presentan en consultorios dentales, ya que generalmente son por algún dolor, alguna extracción ó una complicación postoperatoria, ya que a cualquier dentista puede pasarle, y que no tenga la suficiente práctica para resolver este tipo de problemas ó complicación; es por eso mi interés, en recomendar tomar cursos ó el de organizarlos, para tener capacidad de resolver las complicaciones.

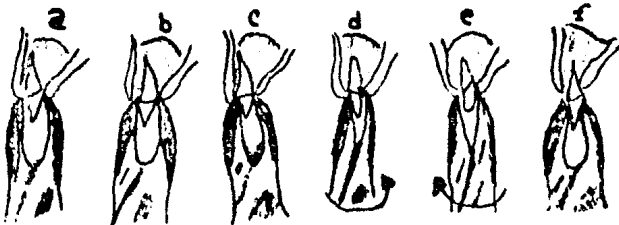
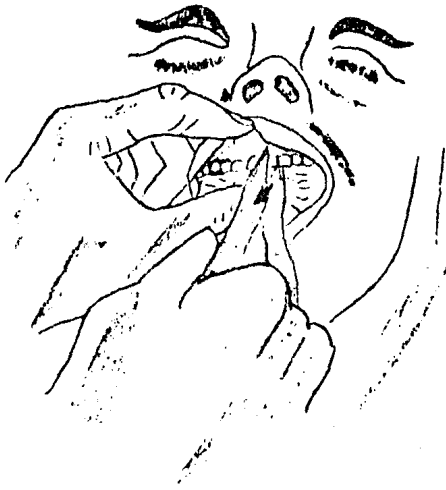
Una de las recomendaciones que yo daría, es la de contar con un equipo de urgencias que incluya ampolletas de adrenalina, una jeringa de 10 ml. con agujas, para inyección intramuscular y soluciones fisiológicas estéril.

A veces es útil disponer de una máscara, de una bolsa para respiración y de un tanque de oxígeno.

Figura No. 1

46

Incisivo
Central
Superior

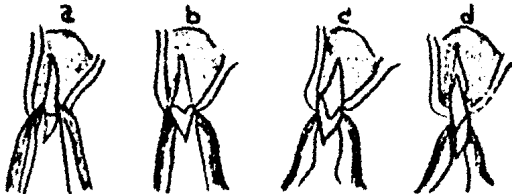
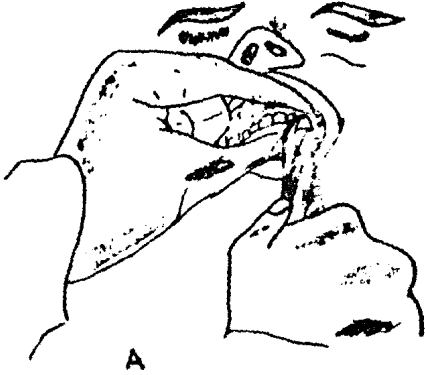


CUSTAV O. KRUCER, TRATADO DE CIRUGIA BUCAL INTERAMERICANA, 4a. EDICION
1984. PAG. 52

Escola



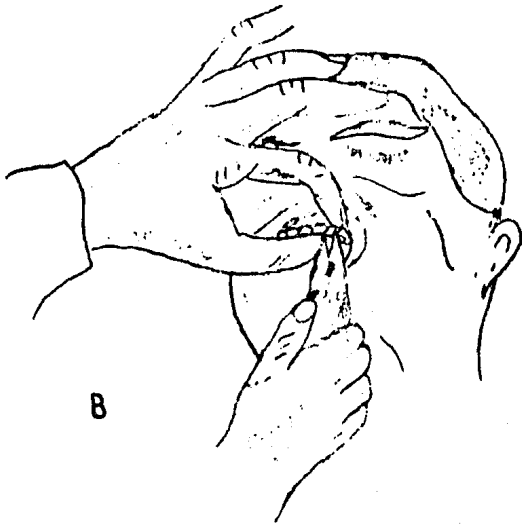
Incisivo
Lateral
Superior



GUSTAV O. KRÜGER. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL INTERAMERICANA, 4a. EDICION
1984, PAG. 53

Escola			
			

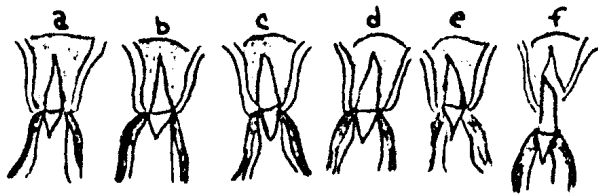
Canino Superior



B



C

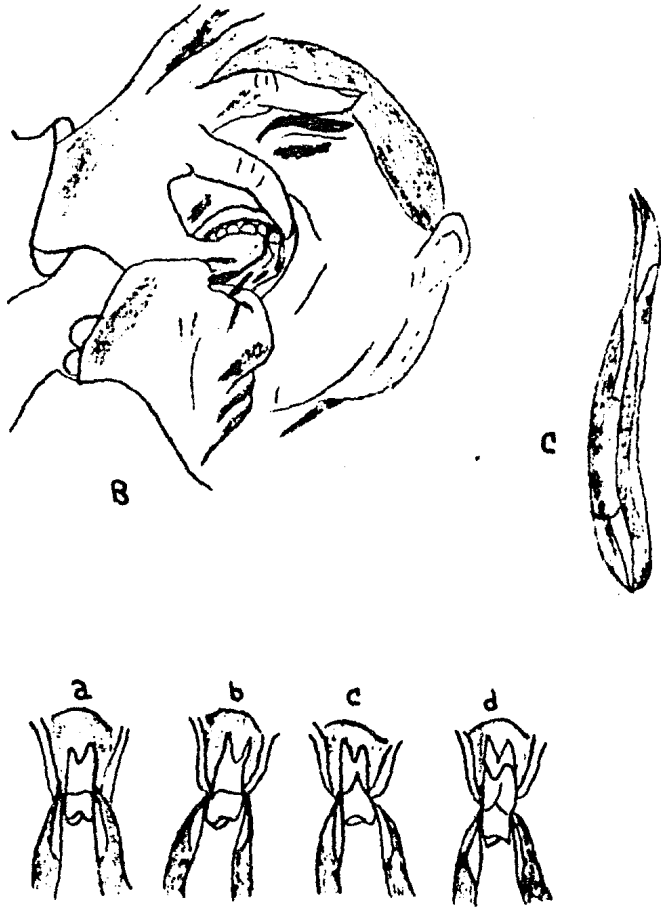


CUSTAV O. KRUCER, TRATADO DE CIRUGIA BUCAL INTERAMERICANA, 4a. EDICION
1984, PAG. 54

Escala



Premolares Superiores

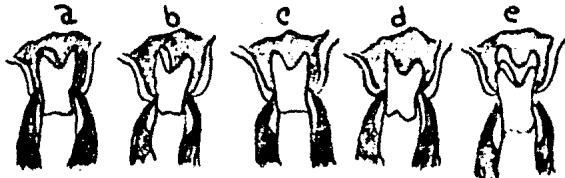
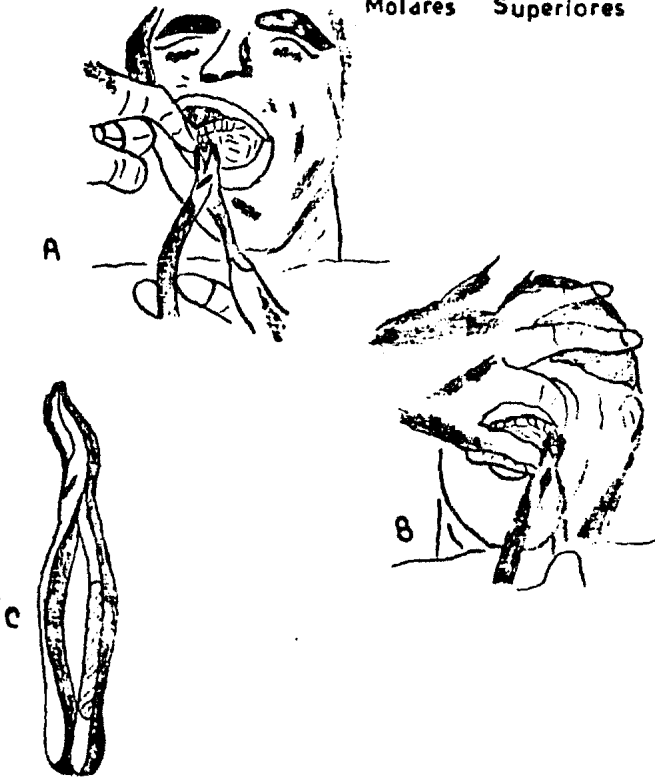


GUSTAV O. KRUGER. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL INTERAMERICANA, 4a. EDICION 1984, PAG. 55

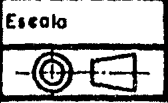
Escala



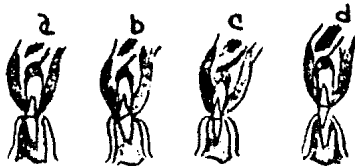
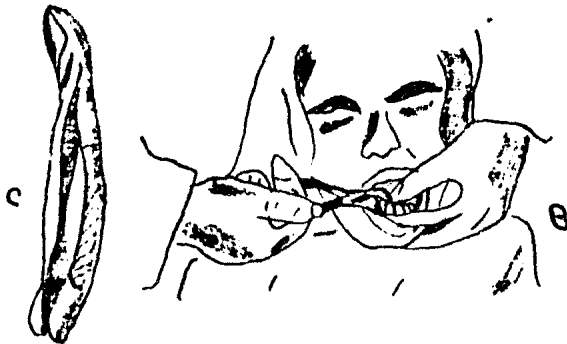
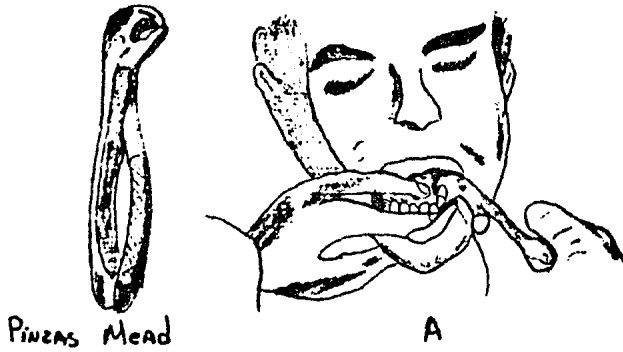
Molares Superiores



CUSTAV O. KRUGER. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, INTERAMERICANA, 4a. EDICION, PAG. 56



Incisivos y canino inferiores



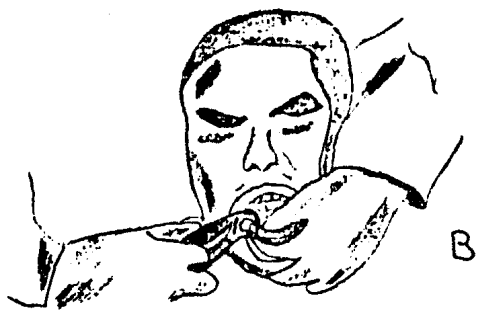
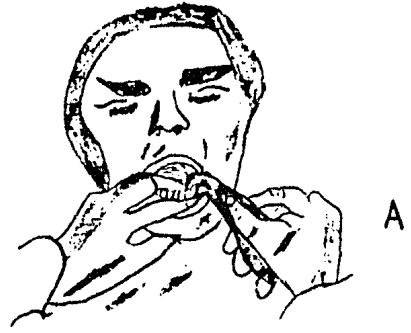
GUSTAV O. KRUGER. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, INTERAMERICANA, 4a. EDICION 1984, PAG. 57

Escola



Premolares

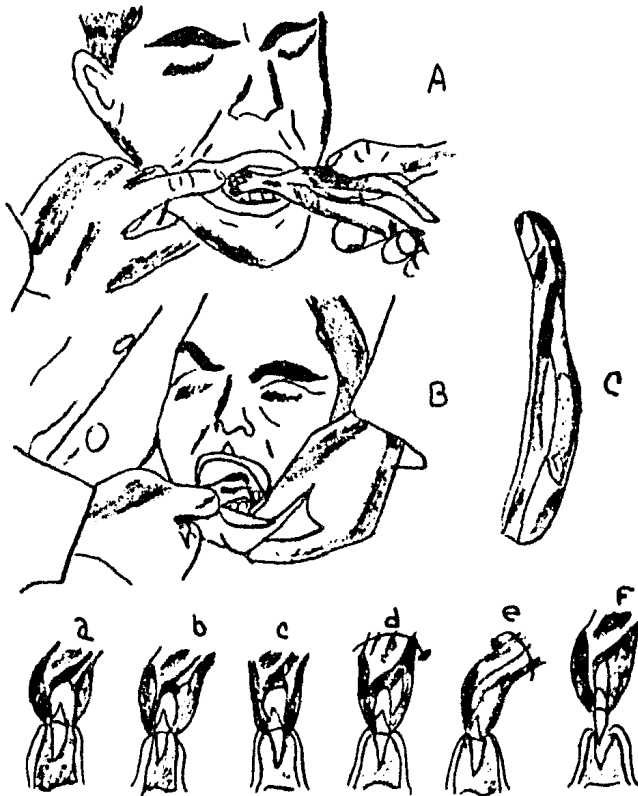
Inferiores



GUSTAV O. KRUGER. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, INTERAMERICANA, 4a. EDICION 1984, PAG. 58

Escola			
			

Premolares
Inferiores

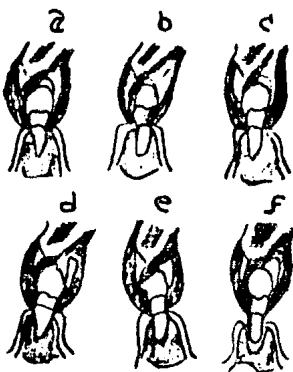
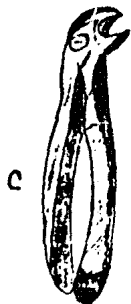


CUSTAV O. KRUGER, TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, INTERAMERICANA, 4a. EDICION
1984, PAG. 59

Escola



Molares Inferiores

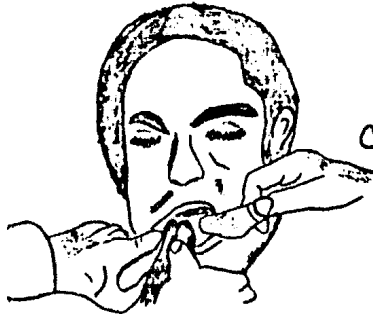
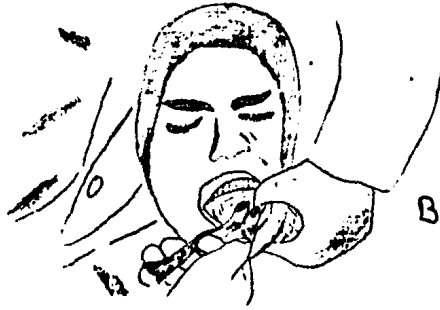
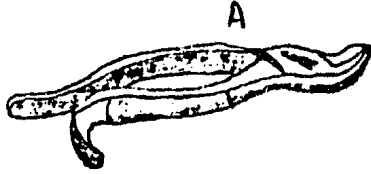


GUSTAV O. KRÜGER. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. INTERAMERICANA, 4a. EDICION 1984, PAG. 60

Escola



Molares
Inferiores



GUSTAV O. KRUGER. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, INTERAMERICANA,
4a. EDICION, 1984, PAG. 61

Escola



BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- SALVADOR LERMAN.- HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA, PAGINAS 323, 325.
- 2.- RIES CENTENO.- CIRUGIA BUCAL, ARGENTINA, 6a. EDICION, PAGINAS 138, 181, 174, 193, 188, 246, 170
- 3.- GUSTAV O. KRUGER.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, INTERAMERICANA, 3a. EDICION, PAGINAS 206, 210, 104, 132, 169, 170, 171, 172.
- 4.- GUSTAV O. KRUGER.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, 4a. EDICION, INTERAMERICANA, PAGINAS 29, 33, 41, 70
- 5.- EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA, EL ATENEO, BUENOS AIRES, ARGENTINA, PAGINAS 132, 138, 139, 146, 147 HASTA 173 Y 186
- 6.- PASTORI.- EDITORIAL MUNDI, EXODONCIAS CON BOTADORES, PAGINA 129
- 7.- COSTICH WHITE.- CIRUGIA BUCAL, PAGINA 190
- 8.- CASO CLINICO.- HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"
- 9.- GUSTAV O. KRUGER.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, PAGINAS 94, 95, 96 Y 97 PAGINA 52 A LA 61, DIBUJOS.