

153
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Odontología

**Accidentes y Complicaciones de
La Extraccion Dentaria**

TESINA

Que para obtener el titulo de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

DANTE HERNANDEZ AVILA



México, D.F.

1990

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION DENTARIA

INTRODUCCION.

- TEMA I.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION. 1-5
- TEMA II.- FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCION. 7-14
- TEMA III.- ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA 16-23
- TEMA IV.- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. 24-28

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

LA EXTRACCION DENTARIA, ES UNA INTERVENCION QUIRURGICA QUE INVOLUCRA LOS TEJIDOS BLANDOS Y DUROS DE LA CAVIDAD BUCAL, CUYO ACCESO ESTA RESTRINGIDO POR LOS LABIOS Y MEJILLAS Y ADEMAS COMPLICADO POR LOS MOVIMIENTOS DE LENGUA Y MANDIBULA. ADEMAS ESTE CAMPO OPERATORIO ESTA INUNDADO POR LA SALIVA Y HABITADO POR EL MAYOR NUMERO Y LA MAXIMA VARIEDAD DE MICROORGANISMO QUE SE ENCUENTRAN EN EL CUERPO.

EL FACTOR MAS IMPORTANTE EN EL EXITO DE LA EXTRACCION DENTARIA ES UNA TECNICA CUIDADOSA BASADA EN EL CONOCIMIENTO Y LA HABILIDAD. EL TEJIDO VIVIENTE DEBE TRATARSE CON SUAVIDAD. LA MANIPULACION GROSERA, LA INCISION DESGARRADA O INCOMPLETA, LA EXCESIVA RETRACCION DE LOS COLGAJOS O LA SUTURA DISPAREJA, AUNQUE NO RESULTEN DOLOROSOS PARA EL PACIENTE ANESTESIADO, VAN A PROVOCAR UN DAÑO TISULAR O UNA NECROSIS, QUE A SU VEZ PROVEE UN MEDIO EXCELENTE PARA EL CRECIMIENTO BACTERIANO.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE ESFORZARSE PARA HACER QUE CADA EXTRACCION DENTARIA QUE EJECUTE SEA LA IDEAL, Y PARA OBTENER ESTE OBJETIVO HA DE ADAPTARSE A SU TECNICA, PARA RESOLVER LAS DIFICULTADES Y POSIBLES COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN EN LA EXTRACCION DE CADA DIENTE INDIVIDUAL.

C A P I T U L O I

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LAS EXTRACCIONES

INDICACIONES

DEBE PENSARSE EN LA EXTRACCION DE TODO DIENTE QUE NO RESULTE UTIL EN EL MECANISMO DENTAL, Y ENTRE ESTOS TENEMOS:

- 1.- LOS ESTADOS PATOLOGICOS DE LA PULPA, SEAN AGUDOS O CRONICOS, EN UN DIENTE QUE NO ES SUCEPTIBLE DE TRATAMIENTO ENDODONTICO, LO CONDENAN.

UN DIENTE QUE NO SE PUEDE RESTAURAR CON LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PUEDE SER CONSIDERADO DENTRO DE ESTA CATEGORIA, AUNQUE NO SEA DEMOSTRABLE UN ESTADO PATOLÓGICO PULPAR.

- 2.- LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, AGUDA O CRÓNICA, QUE NO SEA SUSCEPTIBLE DE TRATAMIENTO.

- 3.- LOS EFECTOS TRAUMÁTICOS SOBRE EL DIENTE O EL ALVEOLO A VECES ESTAN MAS ALLA DE LAS POSIBILIDADES DE REPARACION. MUCHOS DIENTES EN UNA LINEA DE FRACTURA MAXILAR SON EXTRAIDOS PARA TRATAR EL HUESO FRACTURADO.

- 4.- LOS DIENTES IMPACTADOS O SUPERNUMERARIOS A MENUDO NO ASUMEN SU UBICACION EN LA LINEA DE OCLUSION.

- 5.- LA CONSIDERACION ORTODONCICA PUEDE REQUERIR LA EXTRACCION DE UN DIENTE TOTALMENTE ERUPLICADO, EN ERUPCION O UN PRIMARIO QUE HAYA PERMANECIDO EN SU SITIO MAS ALLA DE SU EPOCA NORMAL DE EXFOLIACION.

LOS DIENTES EN MAL POSICION Y LOS TERCEROS MOLARES QUE HAN PERDIDO SU ANTAGONISTA PUEDEN INCLUIRSE AQUI.

- 6.- LAS CONSIDERACIONES PROTESICAS PUEDEN REQUERIR LA EXTRACCION DE UNO O VARIOS DIENTES PARA EL DISEÑO O LA ESTABILIDAD DE LA PROTESIS.

- 7.- LAS CONSIDERACIONES ESTETICAS A VECES TRASCIENDEN LOS FACTORES PURAMENTE FUNCIONALES.
- 8.- PUEDE HABER UN ESTADO PATOLOGICO EN EL HUESO CIRCUNVECINO QUE COMPRENDA AL DIENTE, O EL TRATAMIENTO DEL ESTADO PATOLOGICO PUEDE REQUERIR LA EXTRACCION. (SON EJEMPLOS: LOS QUISTES, LA OSTEOMIELITIS, LOS TUMORES Y LA NECROSIS OSEA).
- 9.- LOS DIENTES "EN LA LINEA DE FUEGO" DE UN TRATAMIENTO RADIANTE PLANEADO A UNA ZONA VECINA, SE EXTRAEN DE MANERA QUE LA CONSIGUIENTE OSTEORRADIONECROSIS QUE SE VA A PRODUCIR NO SE VEA COMPLICADA POR CRIES, POR RADIACIONES O POR PULPAS NECROSADAS Y SUS SECUELAS.
- 10.- DIENTES DESVITALIZADOS, DEBIDO A LA POSIBILIDAD DE QUE FUERAN FOCOS DE INFECCION.

CONTRAINDICACIONES

UNOS POCOS ESTADOS SON CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS DE LA EXTRACCION DENTARIA. SE HAN EXTRAIDO DIENTES EN PRESENCIA DE TODO TIPO DE COMPLICACIONES DEBIDO A LA NECESIDAD, EN ESTOS CASOS, ES NECESARIO UNA PREPARACION MUCHO MAYOR DEL PACIENTE PARA EVITAR UN SERIO DAÑO, O LA MUERTE, O PARA OBTENER LA CICATRIZACION DE LA HERIDA LOCAL.

POR EJEMPLO, LA INYECCION DE UN ANESTESICO LOCAL, SIN ENTRAR A CONSIDERACION LA EXTRACCION DEL DIENTE, PUEDE PROVOCAR UNA MUERTE INSTANTANEA EN UN PACIENTE POR UNA CRISIS ADDISONIANA. LA INTERVENCION QUIRURGICA DE CUALQUIER TIPO, INCLUYENDO LA EXODONCIA, PUEDE ACTIVAR UNA ENFERMEDAD LOCAL O SISTEMICA.

POR LO TANTO, SE DA UNA LISTA DE CONTRAINDICACIONES RELATIVAS. EN ALGUNOS CASOS ESTOS ESTADOS PUEDEN TRANSFORMARSE EN CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS.

CONTRAINDICACIONES LOCALES

ESTAS SE ASOCIAN PRINCIPALMENTE A LA INFECCION.

- 1.- LA INFECCION AGUDA CON CELULITIS DESCONTROLADA DEBE SER LLEVADA BAJO CONTROL DE MANERA QUE NO SE DISEMINE AUN MAS. EL PACIENTE PUEDE PRESENTAR TOXEMIA, LO QUE TRAE A CONSIDERACION LOS FACTORES SISTEMATICOS COMPLICANTES.

EL DIENTE QUE PROVOCO LA INFECCION ES DE IMPORTANCIA SECUNDARIA EN ESTE MOMENTO; SIN EMBARGO PARA CONTROLAR MEJOR LA INFECCION, SE EXTRAE EL DIENTE TAN PRONTO COMO DICHA MANIOBRA NO PONGA EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE.

- 2.- LA PERIOCORONARITIS AGUDA SE MANEJA MEJOR DE MANERA CONSERVADORA QUE OTRAS INFECCIONES LOCALES DEBIDO A LA FLORA BACTERIOLOGICA MIXTA QUE SE ENCUENTRA EN LA ZONA, AL HECHO DE QUE LA ZONA DEL TERCER MOLAR TIENE UN ACCESO MAS DIRECTO A LOS PLANOS APONEUROTICOS PROFUNDOS DEL CUELLO, Y AL HECHO DE QUE LA EXTRACCION DE ESTE DIENTE ES UNA TECNICA COMPLICADA QUE COMPRENDE LA OSTEOSECCION.
- 3.- LA ESTOMATITIS INFECCIOSA AGUDA ES UNA ENFERMEDAD LABIL, DEBILITANTE Y DOLOROSA, QUE SE COMPLICA POR LA EXODONCIA INTERCURRENTE.
- 4.- LA ENFERMEDAD MALIGNA PERTURBADA POR LA EXTRACCION DE UN DIENTE INCLUIDO EN EL CRECIMIENTO, VA A REACCIONAR CON UN CRECIMIENTO EXACERBADO Y LA FALTA DE CICATRIZACION DE LA HERIDA LOCAL.
- 5.- LOS MAXILARES IRRADIADO PUEDEN DESARROLLAR UNA RADIOOSTEOMIELITIS AGUDA DESPUES DE LA EXTRACCION DEBIDO A LA FALTA DE SUMINISTRO SANGUINEO EL ESTADO ES MUY DOLOROSO Y PUEDE TERMINAR CON UN DESENLACE FATAL.

CONTRAINDICACIONES SISTEMICAS

CUALQUIER ENFERMEDAD O MAL FUNCION SISTEMICA, PUEDE COMPLICAR UNA EXTRACCION, O SER COMPLICADA POR ELLA. ALGUNAS DE LAS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADAS CON RELACION A LAS CONTRAINDICACIONES SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- LA DIABETES NO CONTROLADA SE CARACTERIZA POR LA INFECCION DE LA HERIDA Y LA AUSENCIA DE CICATRIZACION NORMAL.
- 2.- LA ENFERMEDAD CARDIACA, TAL COMO UNA ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, HIPERTENSION Y DESCOMPENSACION CARDIACA.
- 3.- LAS DISCRASIAS SANGUINEAS INCLUYEN ANEMIAS SIMPLES Y MAS GRAVES, ENFERMEDADES HEMORRAGICAS TALE COMO LA HEMOFILIA Y LAS LEUCEMIAS.
- 4.- LA ENFERMEDAD DEBILITANTE DE CUALQUIER TIPO HACE QUE LOS PACIENTES ESTEN EN SERIO PELIGRO FRENTE A ULTERIORES AGRESIONES TRAUMATICAS.
- 5.- LA ENFERMEDAD DE ADDISON, O CUALQUIER DEFICIENCIA ESTEROIDEA ES EXTREMADAMENTE PELIGROSA.

EL PACIENTE QUE HA SIDO TRATADO POR CUALQUIER ENFERMEDAD, CON UN TRATAMIENTO ESTEROIDE, AUN QUE ESA ENFERMEDAD ESTE CURADA Y EL PACIENTE NO HAYA TOMADA ESTEROIDES DURANTE UN AÑO, PUEDE NO TENER SUFICIENTE SECRECION DE LA CORTEZA SUPRARENAL COMO PARA SOPORTAR LA TENSION DE UNA EXTRACCION SIN TOMAR ESTEROIDES ADICIONALES.

- 6.- LA FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, RARA VEZ SE CURA Y A MENUDO SE EMPEORA POR LA EXTRACCION. UNA POSIBILIDAD ES UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA-SUBAGUDA NO DIAGNOSTICADA, QUE SE VERIA COMPLICADA CONSIDERABLEMENTE POR UNA EXTRACCION.
- 7.- LA SENILIDAD ES UNA CONTRAINDICACION RELATIVA -

QUE REQUIERE MAYOR CUIDADO PARA SUPERAR UNA MALA RESPUESTA FISIOLÓGICA A LA CIRUGIA Y A UN PROLONGADO BALANCE NEGATIVO DE NITRÓGENO.

- 8.- LA SIFILIS, LAS RESISTENCIAS FÍSICAS DEL PACIENTE ESTAN DISMINUIDAS, POR LO CUAL ESTA MAS PRE - DISPUESTO AL DESARROLLO DE INFECCIONES POSOPERATORIAS, A CAUSA DEL RETRASO EN LA CICATRIZACION.
- 9.- LA PSICOSIS Y LAS NEUROSIS REFLEJAN UNA INESTABILIDAD NERVIOSA QUE COMPLICLA LA EXODONCIA.
- 10.- EL EMBARAZO SIN COMPLICACION NO PRESENTA MAYORES PROBLEMAS. DEBEN TOMARSE PRECAUCIONES PARA PROTEGER CONTRA LA BAJA TENSION DE OXIGENO EN LA -- ANESTESIA GENERAL, O EN EL TEMOR EXTREMO.

LOS OBSTETRAS TIENEN OPINIONES VARIADAS CON RESPECTO A LA OPORTUNIDAD DE LAS EXTRACCIONES, PERO GENERALMENTE PREFIEREN EL SEGUNDO TRIMESTRE.

C A P I T U L O I I

FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCION

FACTORES TECNICOS EN GENERAL

MUCHOS FRACASOS Y ACCIDENTES DE DIVERSA GRAVEDAD, ALGUNOS DE ELLOS MUY SERIOS, SE DEBEN A UNA MAL EJECUCION DE LA TECNICA, POR FALLAS BASICAS EN LA FORMACION DEL EXODONCISTA O POR NEGLIGENCIA DEL MISMO. SI ANALIZAMOS ESTOS ERRORES, HALLAMOS QUE SE DEBEN A LA ADOPCION DE INADECUADAS POSICIONES DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR, DE LO QUE RESULTAN.

- 1.- VISUALIZACION INSUFICIENTE
- 2.- APOYO INCORRECTO DEL OPERADOR
- 3.- CARENCIA DE ENERGIA
- 4.- FALTA DE CONTROL

1.- VISUALIZACION INSUFICIENTE

EL OPERADOR NO CONSIGUE VISUALIZAR CORRECTAMENTE LA PIEZA A EXTRAER POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

A) PACIENTE MAL SENTADO

ES FRECUENTE, A PESAR DE DISPONER CORRECTAMENTE EL SILLON, QUE EL ENFERMO SE ENCUENTRE DEMASIADO RECLINADO. SE DEBE A QUE POR CARENCIA DE INDICACIONES, EL PACIENTE SE SIENTE EN EL BORDE DEL SILLON.

B) POSICION INCORRECTA DEL SILLON, ALTURA INCORRECTA, ANGULO DEL RESPALDO INCORRECTO, BRAZOS DEL SILLON MUY ABIERTOS.

C) POSICION INADECUADA DE LA CABEZA DEL PACIENTE, FLEXION EXAGERADA, HIPEREXTENSION, CABEZA DESVIADA A IZQUIERDA O DERECHA.

D) POSICION INADECUADA DE LA MANO Y DEDOS IZQUIERDOS, NO APARTAN DEBIDAMENTE LOS TEJIDOS Blandos.

E) POSICION INADECUADA DEL OPERADOR: ALEJADO, -

INCLINADO LATERALMENTE O AGACHADO, PARADO SOBRE LOS BRAZOS DEL SILLON O SOBRE EL PACIENTE.

F) FOCO LUMINOSO INSUFICIENTE O MAL ORIENTADO.

G) EN ALGUNOS CASOS, FALLAS EN EL EMPLEO DEL - ESPEJO.

H) HEMORRAGIA EN EL CAMPO OPERATORIO.

2.- APOYO INCORRECTO DEL OPERADOR
EL OPERADOR DEBE TRABAJAR SIEMPRE BIEN PARADO SOBRE SUS PIES, ERGUIDO. DE OTRO MODO, YA SEA DEBIDO A VICIOS DE POSICION, O A MANTENERSE - ALEJADO DEL SILLON POR TOPAR CONTRA LOS BRAZOS QUE NO HA TENIDO LA PRECAUCION DE CERRAR CONTRA EL PACIENTE O REBATIR, SE VE OBLIGADO A - TRABAJAR INCLINADO, INCOSCIENTEMENTE, MANTIENE EL EQUILIBRIO APOYANDOSE SOBRE EL SILLON, - EL PACIENTE Y PEOR AUN CARGANDO EL PESO DE - SU CUERPO SOBRE EL INSTRUMENTO CON EL QUE OPE - RA.

3.- CARENCIA DE ENERGIA
CUANDO LAS MANOS DEL OPERADOS SE ALEJAN DEMASIADO DE SU CUERPO O SE PRETENDAN POSICIONES FORZADAS, EN HIPEREXTENSION, SE PERDERA ENERGIA.

EL OPERADOR DEBE COLOCARSE DE MANERA QUE SUS Codos se ubiquen siempre a la altura de su - CINTURA, LO MAS PROXIMO QUE SEA POSIBLE AL - CUERPO, Y QUE SUS MANOS SE ENCUENTREN SIGUIENDO EL EJE LONGITUDINAL DEL ANTEBRAZO.

4.- FALTA DE CONTROL DEL INSTRUMENTAL
ES DEBIDO A LA MALA TOMA DEL INSTRUMENTAL, IN - CORRECTA FIJACION MANDIBULAR, MAL POSICION - DEL OPERADOR, APOYO INCORRECTO SOBRE EL INS - TRUMENTO, EXCESO DE FUERZA DURANTE LAS MANIOBRAS OPERATORIAS, INADECUADA VISION DE LO QUE ESTA OCURRIENDO EN EL SENO DE LOS TEJIDOS --

SOBRE LOS QUE ACTUAMOS.

DE CUALQUIER MANERA, LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA, QUE NOS TRASMITEN IMPORTANTES DATOS, DEBEN ADEMÁS ESTAR COLOCADOS DE MANERA QUE SE INTERPONGAN EN EL CAMINO DEL ELEVADOR EN CASO DE QUE ESCAPE.

INSUFICIENTE ESTUDIO DEL CASO

NO SE DEBE CONSIDERAR LA EXODONCIA COMO UN ACTO DE RUTINA, ACTITUD ABSOLUTAMENTE ERRONEA, POR CUANTO NO HAY DOS EXTRACCIONES IGUALES.

DEBEMOS REALIZAR SIEMPRE UN EXHAUSTIVO ANALISIS CLINICO Y RADIOGRAFICO CON EL OBJETO DE RECOGER TODOS LOS DATOS POSIBLES SOBRE LO SIGUIENTE:

INFORMACION GENERAL

- 1.- COLABORACION
- 2.- CONSTITUCION ESQUELETICA
- 3.- ANTECEDENTES DE EXODONCIA

1.- COLABORACION

GRAN PARTE DE LOS FRACASOS QUE SE OBSERVAN SON DEBIDO A LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE PARA PRESTAR NOS UNA ADECUADA COLABORACION DURANTE EL ACTO OPERATORIO Y DESPUES DEL MISMO.

PACIENTE NERVIOSOS, TEMEROSOS, QUE NO PUEDEN PERMANECER QUIETOS DURANTE NUESTRAS MANIOBRAS O NOS TOMAN LAS MANOS, MIENTRAS OPERAMOS, QUE SUFREN NAUSEAS O LIPOTIMIAS, NO SON LO QUE PODRIAMOS LLAMAR IDEALES PARA CONTRIBUIR AL EXITO.

SI NO ES POSIBLE LOGRAR CON ELLOS UNA ADECUADA COMUNICACION, INSPIRANDOLES CONFIANZA, DEBE DIFERIRSE EL ACTO OPERATORIO, RECURRIENDO A LA MEDICACION ADECUADA, CON EL OBJETO DE ATENUAR O ELIMINAR

LOS INCONVENIENTES QUE SU CONDUCTA PUEDA PRODUCIR.

- 2.- CONSTITUCION ESQUELETICA
LA CONFORMACION ESQUELETICA GENERAL, EN TODOS LOS PACIENTE ES UN DETALLE AL QUE PRESTO LA MAYOR ATENCION, ASI POR EJEMPLO SOSPECHO HUESOS POCO EXTENSIBLES EN LOS PACIENTES BAJO Y ROBUSTOS EN GENERAL, PARTICULARMENTE CUANDO SON ANCIANOS.

LA CONFORMACION FACIAL, HUESOS MARCADAMENTE DESARROLLADOS CON MUSCULOS POTENTES, Y CONFORMACION MAXILAR FUERTE, NOS ADVIERTEN SOBRE LA POSIBILIDAD DE FIRME IMPLANTACION DENTARIA.

- 3.- ANTECEDENTES DE EXODONCIA
CUANDO EL PACIENTE MANIFIESTE QUE EN OPORTUNIDAD DE EXTRACCIONES ANTERIORES LA MANIOBRAS HAN SIDO ACCIDENTADAS O MUY LABORIOSAS PUEDE RESULTAR UN GRAVE ERROR CREER QUE NUESTRA EXPERIENCIA Y HABILIDAD RESOLVERAN FACILMENTE EL PROBLEMA, ESPECIALMENTE CUANDO ADVIRTAMOS QUE EN VARIAS OPORTUNIDADES Y EN MANOS DE DISTINTOS PROFESIONALES LA EXODONCIA HA RESULTADO COMPLICADA.

EN ESTOS CASOS ES CONVENIENTE PROFUNDIZAR EL ESTUDIO PREOPERATORIO, Y DISPONERNOS A RECURRIR A LAS TECNICAS A COLGAJO A LA MENOR SEÑAL DE PROBLEMAS. TAL ES EL CASO DE PACIENTE QUE HAN SIDO SOMETIDOS A MEDICACION CALCIFICANTE.

INFORMACION ESPECIAL

ES LA QUE CONCIERNE AL CAMPO OPERATORIO SOBRE EL QUE VAMOS A ACTUAR, Y SUCESIVAMENTE DIRIGIREMOS NUESTRA ATENCION.

- 1.- LA PIEZA A EXTRAER
- 2.- EL HUESO DE SOSTEN
- 3.- LOS DIENTES VECINOS
- 4.- LAS RELACIONES CON LAS ESTRUCTURAS VECINAS

1.- LA PIEZA A EXTRAER

ESTUDIAREMOS LA CORONA O EL REMANENTE CORONARIO SI EXISTIERA, CON EL OBJETO DE EVALUAR SU RESISTENCIA A LA INSTRUMENTACION, PUEDE ENCONTRARSE DEBILITADA POR CARIES, O POR RESTAURACIONES EXTENSAS.

EN CASO DE EXPOSICION DE LA CAMARA PULPAR, LA EXPLORACION CLINICA Y EL TEST DE VITALIDAD PULPAR, NOS INFORMARAN SOBRE LA POSIBILIDAD DE GANRENA, LA RADIOGRAFIA NOS LO INDICARA UNICAMENTE EN CASO DE PROCESOS APICALES, MOMIFICACIONES O TRATAMIENTO DE CONDUCTOS. LOS DIENTES NO VITALES SON GENERALMENTE MAS FRAGILES A LA INSTRUMENTACION, POR LO QUE DEBEREMOS EXTREMAR LAS PRECAUCIONES PARA PREVENIR LA FRACTURA.

OTRO TANTO PUEDE OCURRIR CON LOS PORTADORES DE CORONAS DE ESPIGA Y PERNOS MUÑONES. EN CASO DE DIENTES MULTIRRADICULARES SE DEBE PRESTAR ATENCION AL GRADO DE DESTRUCCION DEL PISO DE LA CAMARA. CUANDO SEA DEBIL FACILITARA LA ODONTOSCCION, SIMPLIFICANDO LA EXODONCIA.

CON RESPECTO A LAS RAICES NOS INTERESA CONOCER SU CANTIDAD, FORMA, TAMAÑO, POSICION Y DISPOSICION. OBTIAMENTE, UN MOLAR TIENE MAS DE UNA RAIZ, PERO DEBEMOS RECORDAR QUE PUEDEN PRESENTARSE FUSIONADAS, COMO SI FUERA UNA SOLA.

CUANDO MAS GRANDE UNA RAIZ, MAYORES DIFICULTADES PODRA PRESENTAR SU AVULSION, AGRAVANDOSE LA SITUACION DE LOS POLIRRADICULARES CUANDO TODAS SUS RAICES ALCANCEN GRAN VOLUMEN.

LA FORMA DE UNA RAIZ PUEDE SIMPLIFICAR LA INTERVENCION O COMPLICARLA SERIAMENTE; ENCONTRAMOS RAICES RECTAS, CONICAS Y RAICES CURVAS O CON DISLACERACIONES EN TROMPETA, BAYONETA O ANGULO RECTO. TAMBIEN SON HALLAZGOS QUE ANTICIPAN COMPLICACIONES LAS CEMENTOSIS APICALES EN FORMA DE ESFERA O AQUELLA QUE TRANSFORMAN LA RAIZ

EN UNA CLAVA. LA DISPOSICION RADICULAR SIMPLIFICA EN MUCHOS CASOS LA EXODONCIA CUANDO LAS RAICES SEAN PARALELAS ENTRE SI, DIFICULTANDOLA EN CASO DE DIVERGENCIA MARCADA, ACENTUANDOLA CUANDO CADA RAIZ PRESENTE ADEMAS VARIACIONES DE VOLUMEN O DE FORMA.

- 2.- EL HUESO DE SOSTEN
PRIMERAMENTE OBSERVAREMOS LA CANTIDAD DE HUESO, ES DECIR SU ALTURA, CONSIDERANDO QUE CUANTO MAYOR SEA, MAYOR SERA LA RESISTENCIA A VENCER. A CONTINUACION ATENDEREMOS LA CALIDAD DEL HUESO, EVIDENCIADA POR SU GRADO DE CALCIFICACION (RADIO-PACIDAD, RADIOLUCIDEZ) Y LA DIRECCION DEL TRABECULADO.

CONTINUAREMOS EL ESTUDIO MEDIANTE EL EXAMEN DE LAS CORTICALES CUYA INTEGRIDAD Y ESPESOR CONCLUIRAN POR FORMARNOS JUNTO CON LOS DATOS ANTERIORES UNA IDEA DEL GRADO DE IMPLANTACION DE LA PIEZA.

OTRO TANTO OCURRE CON EL LIGAMENTO ALVEOLO DENTARIO, AUMENTADO EN ESPESOR FACILITA EL PLANO DE CLIVAJE Y LA PROFUNDIZACION ADECUADA DE LOS INSTRUMENTOS. DISMINUIDO EN ESPESOR PUEDE SIGNIFICAR UNA FIRME IMPLANTACION AUSENTE, DEBE ADVERTIRNOS SOBRE LA POSIBILIDAD DE ANQUILOSIS.

- 3.- LOS DIENTES VECINOS
DE ELLOS NOS INTERESA CONOCER SU RESISTENCIA A FIN DE PREVENIR SU LESION, Y LA RELACION MAS O MENOS INTIMA QUE PUDIERA TENER SUS RAICES CON LA PIEZA CUYA ELIMINACION PRETENDEMOS.
- 4.- RELACIONES CON LAS ESTRUCTURAS VECINAS
SON ELLOS LA FOSA PTERIOGOMAXILAR, EL SENSO MAXILAR, EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, EL AGUJERO MENTONIANO Y LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR.

A) LA FOSA PTERIGOMAXILAR

CUANDO SE CONSTATE QUE UNA DELGADA LAMINA OSEA FORMA LA PARED DISTAL DEL ALVEOLO DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES, DEBE SER EL OPERADOR MUY CAUTELOSO EN LA DIRECCION DE LA FUERZA Y LA ENERGIA EMPLEADAS, A FIN DE PREVENIR LA FRAC TURA DE LA PARED ALVEOLAR Y LA PROYECCION DENTARIA HACIA LA FOSA PTERIGOMAXILAR.

OTRO TANTO CORRESPONDE CUANDO SE OBSERVE QUE LA DIRECCION GENERAL DEL TERCER MOLAR LO OBLIGUE A RECORRER UN TRAYECTO QUE LO DIRIGIRA FATALMENTE A ESTA REGION ANATOMICA.

B) EL SENO MAXILAR

DEBEMOS EVALUAR EL ESPESOR DEL TABIQUE INTER-APICO-SINUSAL PARA PREVENIR LA PROYECCION AL SENO DE LOS ELEMENTOS CUYA EXTIRPACION SE INTENTA. OCASIONALMENTE PODREMOS OBSERVAR QUE SOLAMENTE DELGADA CUPULAS OSEAS NOS SEPARAN DEL ANTRO.

C) EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR

EN REITERADAS OPORTUNIDADES HEMOS CONSTATADO LA LESION DE LOS ELEMENTOS QUE FORMAN EL PAQUETE. ELLO SE DEBE AL TRAUMATISMO PRODUCIDO POR EL BOTADOR O LA CURETA, CAPACES DE LESIONAR AL NERVIO, LA ARTERIA O LA VENA CUANDO SE LOS EMPLEA INDISCRIMINADAMENTE Y SIN EL ADECUADO CONTROL VISUAL.

POR LO TANTO ES DE ACONSEJAR SIEMPRE EL ESTUDIO DE LAS RELACIONES ANATOMICAS QUE PUDIERA GUARDAR EL CONDUCTO CON RESPECTO A LAS RAICES Y ALVELOS CORRESPONDIENTES, CON EL OBJETO DE PREVENIR ACCIDENTES.

D) EL AGUJERO MENTONIANO

LA LESION DEL NERVIO MENTONIANO ES DIFICIL DE OBSERVAR EN LAS EXTRACCIONES EN GENERAL, PERO SU HERIDA O SECCION PUEDE PRODUCIRSE AL PRACTICAR UN COLGAJO SIN PRESTAR ATENCION A LA PRE-

SENCIA DEL NERVIO EN EL CAMINO DEL BISTURI. POR LO TANTO, DEBE UBICARSELO CORRECTAMENTE Y PREVENIR EL ACCIDENTE CADA VEZ QUE SE INTERVENGA EN ESTA ZONA.

E) LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR LA RELACION DE LA RAMA ASCENDENTE CON EL TERCER MOLAR INFERIOR DEBE SER SIEMPRE EVALUADA DIEN - TES APARENTEMENTE SIN OBSTACULOS, BIEN ERUPCIONADOS, PUEDEN ENCONTRARSE SU ELEVACION IMPEDIDA POR ESTE ELEMENTO. FRECUENTEMENTE OCURRE POR - DISLACERACION RADICULAR QUE IMPONE ELEVACION HACIA DISTAL.

SI EL OPERADOR NO ADVIERTE EL OBSTACULO PUEDE - LOGRAR CON SU INSISTENCIA LA LUXACION DEL SEGUNDO MOLAR, LA FRACTURA CORONARIA DEL TERCERO Y - EL CASO MAS DESAGRADABLE, LA FRACTURA DEL ANGULO DEL MAXILAR INFERIOR.

C A P I T U L O I I I

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA

LOS ACCIDENTES ORIGINADOS POR LA EXTRACCION DENTARIA SON MULTIPLES Y DE DISTINTA CATEGORIA; UNOS INTERESAN AL DIENTE OBJETO DE LA EXTRACCION, O A LOS DIENTES VECINOS; OTROS, AL HUESO Y A LAS PARTES BLANDAS QUE LO RODEAN.

FRACTURA DEL DIENTE

ES EL ACCIDENTE MAS FRECUENTE DE LA EXODONCIA; EN EL CURSO DE LA EXTRACCION Y AL APLICARSE LA PINZA SOBRE EL CUELLO DEL DIENTE Y EFECTUARSE LOS MOVIMIENTOS DE LUXACION, LA CORONA O PARTE DE ESTA, O PARTE DE LA RAIZ SE QUIEBRAN, QUEDANDO POR LO TANTO LA PORCIÓN RADICULAR EN EL ALVEOLO, LAS CAUSAS SON VARIAS Y TENEMOS LAS SIGUIENTES:

- 1.- APLICACION IMPROPIA DE LOS MORDIENTES DE LA PINZA PARA EXTRACCIONES.
 - A) COLOCACION DE LOS MORDIENTES SOBRE EL ESMALTE EN VEZ DEL CEMENTO.
 - B) COLOCACION DE LOS MORDIENTES NO PARALELOS AL EJE LARGO DEL DIENTE.
- 2.- PINZA PARA EXTRACCIONES QUE NO CORRESPONDE.
- 3.- CARIES EXTENSA.
- 4.- FRAGILIDAD DEBIDO A LA EDAD DEL PACIENTE O DESVITIALIZACION DEL DIENTE. LOS CONDUCTOS RADICULARES OBTURADOS INDICAN LA POSIBILIDAD DE FRACTURA.
- 5.- FORMACION RADICULAR PECULIAR
 - A) RAICES CURVADAS
 - B) HIPERCEMENTOSIS

C) RAICES SUPERNUMERARIAS

6.- DENSIDAD EXCESIVA DEL HUESO DE SOSTEN A CAUSA DE:

A) OSTEITIS CONDENSANTE

B) DIENTES AISLADOS POR EXTRACCION DE LOS DIENTES ADYACENTES ALGUNOS AÑOS ANTES.

C) PILARES DE PUENTES FIJOS O REMOVIBLES, SOMETIDOS A GRAN ESFUERZO.

D) ALIMENTOS DUROS.

E) MASTICACION DE TABACO.

F) BAJO GRADO DE GINGIVITIS CRONICA QUE DA LUGAR A PERIOSTITIS, CUYA CONSECUENCIA ES EVOSTOSIS-LABIAL DE LA CORTICAL.

7.- APLICACION INCORRECTA DE LA FUERZA EN LA EXODONCIA

A) DIRECCION ERRONEA.

B) MOVIMIENTO BRUSCO.

C) MOVIMIENTO DE ROTACION, DONDE NO ESTA INDICADO.

D) TIRONEAMIENTO DEL DIENTE.

FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS

PUEDA OCURRIR EL ARRANCAMIENTO DE UNA RESTAURACION, LA FRACTURA CORONARIA, LA MOVILIZACION, LUXACION Y AVULSION DE LAS PIEZAS DENTARIAS PROXIMALES.

LAS FRACTURAS PUEDEN IMPONER EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Y POR SUPUESTO LA RESTAURACION ADECUADA, SI LA FRACTURA FUERA RADICULAR Y PROFUNDA PODRIA ESTAR INDICADA LA EXTRACCION.

LA MOVILIZACION, LUXACION Y AVULSION SE TRATARAN MEDIANTE: FIJACION ORTODONTICA O REPOSICION DE LA PIEZA EN SU ALVEOLO. SON ACCIDENTES RELATIVAMENTE FRECUENTES QUE SUCEDEN POR MALA TECNICA, FALTA DE OBSERVACION DURANTE LAS MANIOBRAS Y AUSENCIA DE CONTROL TACTIL.

LA SITUACION DEBE PREVENIRSE DESDE EL PRIMER MOMENTO CUANDO LOS DIENTES SE PRESENTAN APIÑADOS, DEBILES O CON POCO O NINGUN APOYO PROXIMAL.

LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS FRACTURAS DEL MAXILAR SUPERIOR

1.- FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR

ACCIDENTE FRECUENTE EN CURSO DE LA EXODONCIA DE LA VARIEDAD DE LA FRACTURA DEPENDE DE LA IMPORTANCIA DEL ACCIDENTE. LA FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR NO TIENE MAYOR TRASCENDENCIA; EL TROZO DE HUESO SE EXTIRPA CON EL ORGANISMO DENTARIO O QUEDA RELLEGADO EN EL ALVEOLO.

EL MECANISMO DE LA FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR O DE TROZOS MAYORES DE HUESOS, RESIDE EN LA FUERZA QUE LA PIRAMIDE RADICULAR EJERCE AL PRETENDER ABANDONAR EL ALVEOLO, POR UN ESPACIO MENOR QUE EL MAYOR DIAMETRO DE LA RAIZ. EN OTRAS OCASIONES, LA FUERZA APLICADA SOBRE LA TABLA EXTERNA ES MAYOR QUE SU LIMITE DE ELASTICIDAD.

2.- FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD

EN LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR, SOBRE TODO EN LOS RETENIDOS, Y POR EL USO DE ELEVADORES APLICADOS CON FUERZA EXCESIVA, LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR O TAMBIEN PARTE DE ELLA PUEDE DESPRENDERSE, ACOMPAÑANDO AL MOLAR; EN TALES CIRCUNSTANCIAS PUEDE ABRIRSE EL SENOS MAXILAR, DEJANDO UNA COMUNICACION BUCOSINUSAL.

ESTO TIENE
SALVO

3.- PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR O PALATINA EN EL CURSO DE LA EXTRACCION DE UN PREMOLAR O MOLAR SUPERIOR, UNA RAIZ VESTIBULAR O PALATINA PUEDE ATRAVESAR LAS TABLAS OSEAS, YA SEA POR UN DEBILITAMIENTO DEL HUESO A CAUSA DE UN PROCESO PREVIO O ESFUERZOS MECANICOS; EL CASO ES QUE LA RAIZ, SE HALLA, EN UN MOMENTO DADO, DEBAJO DE LA FIBROMUCOSA, ENTRE ESTA Y EL HUESO EN CUALQUIERA DE LAS DOS CARAS, VESTIBULO O PALADAR.

LA BUSQUEDA Y EXTRACCION DE TALES RAICES, POR VIA ALVEOLAR, ES GENERALMENTE ENGORROSA. MAS SENCILLO RESULTA PRACTICAR UNA PEQUEÑA INCISION EN EL VESTIBULO O EN EL PALADAR Y PREVIA SEPARACION DE LOS COLGAJOS, POR ESTA VIA SE EXTRAEN LAS RAICES.

UN ACCIDENTE QUE HA SIDO RELATADO POR ALGUNOS AUTORES Y COMO CONSECUENCIA DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR, CONSISTE EN LA INTRODUCCION VIOLENTA Y TRAUMATICA DEL MOLAR EN EL PISO DE LA BOCA, UBICANDOSE INDISTINTAMENTE POR ARRIBA O POR DEBAJO DEL MILOHIOIDEO.

LA CAUSA DE ESTE ACCIDENTE SE DEBE A LA DELGADEZ A VECES PAPIRACEA, DE LA TABLA INTERNA DEL MAXILAR INFERIOR A NIVEL DEL ALVEOLO DEL TERCER MOLAR. EL ESFUERZO REALIZADO POR EL ELEVADOR PROYECTA EL MOLAR ATRAVEZ DE ESTA TABLA Y LO UBICA EN DIFERENTES SITIOS.

4.- PERFORACION DEL PISO DEL SENOS DURANTE LA EXTRACCION DE LOS MOLARES Y PREMOLARES SUPERIORES, PUEDE ABRIRSE EL PISO DEL ANTRO: ESTA PERFORACION ADQUIERE DOS FORMAS; ACCIDENTAL O INSTRUMENTAL.

EN EL PRIMER CASO Y POR RAZONES ANATOMICAS DE VEICINDAD DEL MOLAR CON EL PISO DEL SENOS, AL EFECTUARSE LA EXTRACCION QUEDA INSTALADA LA COMUNICACION, INMEDIATAMENTE SE ADVIERTE EL ACCIDENTE, POR LO QUE EL AGUA DEL ENJUAGATORIO, PASA AL SE-

NO Y SALE POR LA NARIZ. EN ALGUNAS OPORTUNIDADES EL PACIENTE NOTA QUE HA CAMBIADO EL TIMBRE DE SU VOZ. EN OTROS CASOS, LOS INSTRUMENTOS DE EXODONCIA, CUCHARILLA, ELEVADORES, PUEDEN PERFORAR EL PISO SINUSAL ADELGAZADO, DESGARRAR LA MUCOSA ANTRAL, ESTABLECIENDOSE POR ESTE PROCEDIMIENTO UNA COMUNICACION.

- 5.- PENETRACION DE UNA RAIZ EN EL SENOS MAXILAR
UNA RAIZ DE UN MOLAR SUPERIOR, AL FUGARSE DEL ALVEOLO EMPUJADA POR LAS MANIOBRAS QUE PRETENDEN EXTRAERLA, PUEDE COMPORTARSE DE DISTINTAS MANERAS EN RELACION CON EL SENOS MAXILAR.

LA RAIZ PENETRA EN EL ANTRO, DESGARRANDO LA MUCOSA SINUSAL Y SE SITUA EN EL PISO DE LA CAVIDAD.

- 6.- PENETRACION DE UN MOLAR EN EL SENOS MAXILAR
UN ACCIDENTE POCO FRECUENTE, PERO POSIBLE, ES LA INTRODUCCION TOTAL DE UN MOLAR, GENERALMENTE EL TERCERO, EN EL SENOS MAXILAR.

ACCIDENTES DEL MAXILAR INFERIOR

- 1.- FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR
LA FRACTURA TOTAL ES UN ACCIDENTE POSIBLE, AUNQUE NO FRECUENTE; EN GENERAL ES A NIVEL DEL TERCER MOLAR DONDE LA FRACTURA SE PRODUCE Y SE DEBE A LA APLICACION INCORRECTA Y FUERZA EXAGERADA EN EL INTENTO DE EXTRAER UN TERCER MOLAR RETENIDO, U OTRO DIENTE RETENIDO, CON RAICES CON CEMENTOSIS Y DILACERADAS.

LA DISMINUCION DE LA RESISTENCIA OSEA, DEBIDO AL GRAN ALVEOLO DEL MOLAR, ACTUA COMO UNA CAUSA PREDISPONENTE PARA LA FRACTURA DEL MAXILAR, DEL MISMO MODO COMO INTERVIENE, DEBILITANDO EL HUESO UNA OSTEOMIELITIS O UN TUMOR QUISTOSO (QUISTE DENTIGERO, PARADENTARIO, ADAMANTINOMA).

LAS AFECCIONES GENERALES Y LOS ESTADOS FISIOLÓGICOS LIGADOS AL METABOLISMO DEL CALCIO, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES PARASIFILITICAS (TABES DORSAL, PARALISIS GENERAL Y ATAXIA LOCOMOTRIZ) PREDISPONEN A LOS-MAXILARES, COMO A OTROS HUESOS, PARA LA FRACTURA; = ES SUFICIENTE UN ESFUERZO, A VECES MINIMO, O EL ESFUERZO DEL ACTO OPERATORIO PARA PRODUCIR LA FRACTURA DEL HUESO.

2.- LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR

CONSISTE EN LA SALIDA DEL CONDILO DEL MAXILAR - DE SU CAVIDAD GLENOIDEA. ACCIDENTE RARO, SE - PRODUCE EN OCASION DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES, EN OPERACIONES LARGAS Y FATIGANTES. PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL. EL MAXILAR LUXADO PUEDE VOLVER A SER UBICADO EN SU SITIO, SE COLOCAN LOS DEDOS PULGARES DE AM - BAS MANOS SOBRE LA ARCADA DENTARIA DEL MAXILAR-INFERIOR; LOS RESTANTES DEDOS SOSTIENEN EL MAXI - LAR.

SE IMPRIMEN FUERTEMENTE A ESTE HUESO DOS MOVI - MIENTOS, DE CUYA COMBINACION SE OBTIENE LA RES - TITUCION DE LAS NORMALES RELACIONES DEL MAXILAR UN MOVIMIENTO HACIA ABAJO Y OTRO HACIA ARRIBA Y ATRAS. REDUCIDA LA LUXACION, PUEDE CONTINUARSE - LA OPERACION.

3.- LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS

UNA EXTRACCION DENTARIA PUEDE OCASIONAR UNA LE - SION DE GRAVEDAD VARIABLE SOBRE LOS TRONCOS NER - VIOSOS. ESTAS LESIONES PUEDEN RADICARSE EN LOS NERVIOS SUPERIORES. LOS ACCIDENTES MAS IMPOR - TANTES SON LO QUE TIENE LUGAR SOBRE EL NERVI - PALATINO ANTERIOR, DENTARIO INFERIOR MENTONIANO O NERVI - O LINGUAL.

EL TRAUMATISMO SOBRE EL TRONCO NERVIOSO PUEDE - CONSISTIR EN SECCION, APLASTAMIENTO O DESGARRO - DEL NERVI - O, LESIONES ESTAS QUE SE TRADUCEN POR-

NEURITIS, NEURALGIAS O ANESTESIAS EN ZONAS DIVERSAS - FRECUENTEMENTE OCURRE EN LAS EXTRACCIONES DEL MAXILAR INFERIOR, POR INTERVENCIONES SOBRE EL TERCER MOLAR O - PREMOLARES.

EN LAS EXTRACCIONES DEL TERCER MOLAR, Y ESPECIALMENTE EN LA DEL TERCER MOLAR RETENIDO, LA LESION SOBRE EL - NERVIIO DENTARIO TIENE LUGAR POR APLASTAMIENTO DEL CONDUCTO, QUE SE REALIZA AL GIRAR EL TERCER MOLAR RETENIDO.

EL APICE TRAZANDO UN ARCO, SE PONE EN CONTACTO CON EL CONDUCTO Y APLASTA A ESTE Y LOS ELEMENTOS QUE CONTIENEN, OCASIONANDO ANTESIAS DEFINITIVAS PROLONGADAS O - PASAJERAS, SEGUN LA LESION.

CUANDO SE REALIZAN EXTRACCION DE LOS PREMOLARES INFERIORES (SOBRE TODO DE LAS RAICES O APICES). LA RAIZ O LOS INSTRUMENTOS DE EXODONCIA PUEDEN LESIONAR EL PAQUETE MENTONIANO A NIVEL DEL AGUJERO HOMONIMO O POR DETRAS DEL MISMO, PROVOCANDO NEURITIS O ANESSIA DE ESTE PAQUETE.

AL DESCUBRIRSE EL NERVIIO, DEBE PREVERSE LA CONTINGENCIA DE LA LESION NERVIOSA, APLICANDO UN COLGAJO CON - SUTURA SOBRE LA PARTE DESCUBIERTA.

LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS.

DESGARROS DE LA MUCOSA GINGIVAL, LENGUA, CARRILLOS, - LABIOS, ETC., ACCIDENTE POSIBLE, PERO NO FRECUENTE; SE PRODUCE AL ACTUAR CON BRUSQUEDAD, SIN MEDIDA Y SIN CRITERIO QUIRURGICO.

CON TODO, ALGUNAS VECES PUEDEN DESLIZARSE LOS INSTRUMENTOS DE LA MANO DEL OPERADOR (DESPUES DE EXTRACCIONES LABORIOSAS Y FATIGANTES) Y HERIR LA ENCIA O LAS - PARTES BLANDAS VECINAS. LUEGO DE TERMINAR LA EXTRACCION, LAS PARTES DESGARRADAS SERAN CUIDADOSAMENTE UNI DAS POR MEDIO DE PUNTOS DE SUTURA.

HERIDAS EN LOS LABIOS, POR PELLIZCAMIENTOS CON LAS PINZAS, LESIONES TRAUMATICAS DE LA COMISURA QUE SE CONTINUAN CON HERPES UBICADOS EN ESA REGION, SON BASTANTE FRECUENTES EN EL CURSO DE LAS EXTRACCIONES LABORIOSAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR (ACCION DE LOS INSTRUMENTOS.)

C A P I T U L O I V

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

1.- HEMORRAGIAS

OCURREN EN PACIENTES PATOLOGICOS CUANDO POR ESTUDIOS INSUFICIENTES DEL CASO NO SE HA INSTITUIDO - ADECUADO PREOPERATORIO. EN LOS PACIENTES NORMALES LAS HEMORRAGIAS OCURREN DURANTE EL ACTO OPERATIVO Y HORAS DESPUES.

A) DURANTE EL ACTO OPERATIVO O INMEDIATAMENTE DESPUES.

SE DEBEN A INCORRECTA TECNICA QUIRURGICA O LESION VASCULAR. CORRESPONDEN DETENER LA HEMORRAGIA EN EL MOMENTO EN QUE SE HA PRODUCIDO. SI FUERA CAPILAR EN NAPA SE INTENTARA PRIMERAMENTE LA COMPRESION MANUAL O BAJO PRESION MASTICATORIA MEDIANTE GASA EMBEBIDA EN SUERO FISIOLOGICO TIBIO, MANTENIENDOLO POR ENCIMA DEL TIEMPO NORMAL DE COAGULACION.

SI ESTA MANIOBRA NO FUERA EFICAZ CORRESPONDE RECURRIR AL TAPONAMIENTO COMPRESIVO CAVITARIO, UTILIZANDO GASA IODOFORMADA A LA QUE PUEDEN AGREGARSE VASOCONSTRICTORES O SUSTANCIA TROMBOPLASTICAS.

ESTA GASA PERMANECERA EN EL ALVEOLO Y SE RETIRARA PAULATINAMENTE A PARTIR DE LAS 48 HORAS.

PUEDE RECURRIRSE TAMBIEN A LA SUTURA DE LOS BORDES MUCOSOS DEL ALVEOLO LUEGO DE LA REDUCCION. EN ESTAS CONDICIONES LA COMPRESION DE LA SANGRE ACUMULADA DENTRO DEL ALVEOLO CONCLUYE POR APLASTAR EL VASO FAVORECIENDO LA COAGULACION.

EN CASO DE HEMORRAGIAS VASCULARES SE DEBE INTENTAR PREVIAMENTE EL APLASTAMIENTO DEL VASO CONTRA EL LECHO OSEO, GOLPEANDO EL PUNTO SANGRANTE CON UN INSTRUMENTO ROMO. EN CASO QUE EL VASO SANGRANTE PERTENEZCA A LOS TEJIDOS BLANDOS SE PUEDE ACUDIR A LAS PINZAS HEMOSTATICAS, LA LIGADURA VASCULAR O A LA ELECTROCOAGULACION.

B) HORAS DESPUES

SE PRODUCEN MOVILIZACION DEL COAGULO. EL PACIENTE

TE ACUDE CON UN COAGULO ENORME, QUE DESBORDA EL ALVEOLO Y AUN CUELGA FUERA DE EL. EL EXAMEN DE MUESTRA QUE LA HEMORRAGIA PERSISTE. EL INTERROGATORIO REVELA QUE EL ENFERMO HA REALIZADO EN JUAGATORIOS VIOLENTOS, ESPECIALMENTE CON AGUA OXIGENADA; COMIDAS DEMASIADO ABUNDANTES, ESFUERZOS FISICOS; TRAUMATISMO DEL COAGULO MEDIANTE SUCCION O CON SUS DEDOS. A VECES EL ENFERMO NIEGA HABER COMETIDO DESATINO ALGUNO.

PARECERIA QUE EN ESTAS CONDICIONES EL COAGULO QUE SE OBSERVA SE COMPORTARA COMO UN TAPON DISLOCADO, OBTURANDO INCORRECTAMENTE EL ALVEOLO. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA REMOCION DEL COAGULO MEDIANTE LAVAJES A PRESION, EVENTUALMENTE CON UNA GASA EMBEBIDA EN AGUA OXIGENADA. INMEDIATAMENTE SE FORMA UN NUEVO COAGULO QUE COHIBI RA DEFINITIVAMENTE LA HEMORRAGIA.

2.- ALVEOLITIS

ES UNA INFLAMACION DEL ALVEOLO, EN RIGOR UNA OSTEITIS ESTRICTAMENTE LOCALIZADA. NO TIENE PROYECCIONES REGIONALES.

ETIOLOGIA

DOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PRODUCCION DE LAS ALVEOLITIS; UN ESTADO GENERAL PREDISPOSNENTE QUE DEBIO DETECTARSE DURANTE EL INTERROGATORIO Y EN LA CONFECCION DE LA HISTORIA CLINICA Y UN FACTOR DESENCADENANTE LOCAL. ENTRE LAS CAUSAS LOCALES SERALAREMOS LA ANESTESIA LOCAL CON VASOCONSTRICTORES QUE POR PRESENCIA FISICA Y ACCION QUIMICA PROVOCAN ISQUEMIA ZONAL, DISMINUYENDO LA CAPACIDAD DE RECUPERACION DE LOS TEJIDOS.

ESTE FENOMENO SOLO SE PRODUCIRA SI EFECTUAMOS UN EMPLEO INDISCRIMINADO DE LA SOLUCION ANESTESICA EN LO QUE A CANTIDAD INYECTADA RESPECTA Y SIEMPRE QUE SE ACTUE EN UN TERRENO PREDISPUUESTO. TAMBIEN DESEMPEÑA UN ROL IMPORTANTE EL TRAUMATIS

MO, CUANDO EN EL CURSO DE UNA EXTRACCION DIFICIL O ACCIDENTADA SE RECURRA A MANIOBRAS QUE TRAUMATICEN EL MARGEN GINGIVAL O LAS TABLAS ALVEOLARES Y AL CURETAGE INDISCRIMINADO, CAPACES DE PRODUCIR POR CAUSA INSTRUMENTAL UNA OSTEITIS LOCALIZADA. OTRO AGENTE ETIOLOGICO ES LA FALTA DE REDUCCION POST-EXTRACCION DE LAS TABLAS ALVEOLARES.

EN OCASIONES LA PRESENCIA DE ESQUIRRA OSEAS, DENTARIAS O DE TARTARO DENTRO DE LA CAVIDAD ALVEOLAR QUE INCLUSO PROVOCAN LA APARICION DE TUMORES DE ASPECTO ARREPOLLADO EN EL MARGEN GINGIVAL -- (EPULIS) OTRAS CAUSAS LOCALES QUE PUEDEN FAVORECER LA INSTALACION DE ALVEOLITIS SON; COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE VECINDAD, LESIONES PERIAPICALES, SEPIBUCAL, GINGIVITIS CRONICA, OMISION O FALTA DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

DIGNOSTICO

EL SIGNO PATOGNOMONICO DE LA ALVEOLITIS ES EL DOLOR INTENSO, CONTINUO E IRRADIADO. LA INSPECCION PERMITE OBSERVAR UN ALVEOLO VACIO, DE PAREDES GRISAS O PARCIALMENTE OCUPADO POR UN MAGMA GRISY MALOLIENTE. CUANDO EL ALVEOLO SE ENCUENTRA VACIO NOS ENCONTRAMOS EN PRESENCIA DE UNA ALVEOLITIS SECA, SECUELA DE UN ALVEOLO SECO, VALE DECIR POR INCORRECTO TRATAMIENTO CAVITARIO POST EXTRACCION.

TRATAMIENTO CURATIVO

COMO PRIMERA MEDIDA SE REALIZARA UN LAVAJE A PRESION CON SUERO FISIOLOGICO TIBIO, LUEGO CON UNA GASA EMBEBIDA EN AGUA OXIGENADA SE PROCEDERA A LA DETERSION DEL ALVEOLO. CUANDO ESTAS MANIOBRAS NO CONSIGAN DESALOJAR EL MAGMA QUE PUDIERA CONTENER EL ALVEOLO SE PROCEDERA A ELIMINARLO CON LA CURETA, SIN LESIONAR LAS PAREDES ALVEOLARES PARA RESPETAR LAS DEFENSAS ORGANICAS.

A CONTINUACION SE EFECTUARA EL RELLENO DE LA CAVIDAD ALVEOLAR CON UN ANTIBIOTICO DE ACCION LO -

CAL MEZCLADO CON UNA SUSTANCIA SIRUPOSA COMO EL BALSAMO DEL PERU QUE SE INCLUIRAN EN UNA MECHA DE GASA IODOFORMADA QUE SE EMPAQUETARA SUAVEMENTE EN EL ALVEOLO. A PARTIR DE LAS 48 HORAS SE PROCEDERA A SU PAULATINO RETIRO A MEDIDA QUE SE VAYA ESTABLECIENDO LA CICATRIZ ALVEOLAR.

3.- HEMATOMAS

CONSISTE EN LA DIFUSION DE LA SANGRE, SIGUIENDO PLANOS MUSCULARES, O A FAVOR DE LA MENOR RESISTENCIA QUE LE Oponen A SU PASO LOS TEJIDOS VECINOS DEL LUGAR DONDE SE HA PRACTICADO UNA OPERACION BUCAL.

EL HEMATOMA SE CARACTERIZA POR UN AUMENTO DE VOLUMEN A NIVEL DEL SITIO OPERADO Y UN CAMBIO DE COLOR DE LA PIEL VECINA; ESTE CAMBIO DE COLOR SIGUE LAS VARIACIONES DE LA TRANSFORMACION SANGUINEA Y DE LA DESCOMPOSICION DE LA HEMOGLOBINA ASI TOMA PRIMERAMENTE UN COLOR ROJO VINOSO, QUE SE HACE MAS TARDE VIOLETA Y AMARILLO. EL CAMBIO DE COLOR DE PIEL DURA VARIOS DIAS Y TERMINA GENERALMENTE POR RESOLUCION AL OCTAVO O NOVENO.

PERO LA COLECCION SANGUINEA EN SI PUEDE INFECTARSE (ES FRECUENTE QUE ASI LO HAGA), PRODUCIENDO DOLOR LOCAL, RUBOR, FIEBRE INTENSA, REACCION GANGLIONAR. TODO ESTE CORTEJO DURA APROXIMADAMENTE UNA SEMANA. SU TRATAMIENTO CONSISTE EN COLOCAR BOLSA DE HIELO PARA DISMINUIR EL DOLOR Y LA TENSION, SULFAMIDOTERAPIA Y ANTIBIOTICOS; SI EL HEMATOMA LLEGA A ABSCEDARSE SERA MENESTER ABRIR QUIRURGICAMENTE EL FOCO CON BISTURI, ELECTROCAUTERIO O SEPARANDO LOS LABIOS DE LA HERIDA OPERATORIA, POR ENTRE LOS CUALES EMERGERA EL PUS; UN TROZO DE GASA YODOFORMADA MANTENDRA EXPEDITA LA VIA DE DRENAJE.

CONCLUSIONES

EN UNA EXTRACCION DENTARIA BIEN PLANEADA BASADA EN UNA BUENA HISTORIA CLINICA, ESTUDIO RADIOGRAFICO, MANEJO CUIDADOSO DE LOS TEJIDOS Y EL INSTRUMENTAL ADECUADO NO PRESENTARA PROBLEMA ALGUNO SIEMPRE Y CUANDO EL OPERADOR LA REALICE CON LA HABILIDAD Y EL CONOCIMIENTO NECESARIO PARA EL EXITO.

RECORDANDO SIEMPRE QUE LA ODONTOLOGIA ES DE CRITERIO PROPIO.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CIRUGIA BUCAL.
CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA
GUILLERMO A RIES CENTENO
NOVENA EDICION. 1986.
EDITORIAL EL ATENE0
BUENOS AIRES ARGENTINA.

- 2.- CIRUGIA BUCO MAXILO FACIAL
GUSTAVO O KRUGER.
QUINTA EDICION. 1986.
EDITORIAL PANAMERICANA
MEXICO, D. F.

- 3.- EXODONCIA CON BOTADORES
ERNESTO J. PASTORI
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES ARGENTINA.
1977.

- 4.- EXTRACCION DENTAL
GEOFFREY L. HOWE
CUARTA EDICION. 1986.
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
MEXICO, D. F.