

178.
2^{ej}



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Emergencias Médico Dentales

TESINA

que como requisito para presentar Exámen Profesional de

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

Dalila Morales Garcia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1991



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.

INDICE

Dedicatorias

Introducción

CAPITULO I

	Pag.
Diabetes Mellitus	
I.1 Definición-----	1
I.2 Etiología -----	2
I.3 Sintomas Clinicos -----	3
I.4 Diagnostico -----	8
I.5 Manifestaciones Orales -----	3
I.6 Pronostico -----	8
I.7 Tratamiento General -----	10
I.8 Tratamiento en el Consultorio Dental -----	11

CAPITULO II

Hemorragias

2.1 Definición -----	13
2.2 Etiologia -----	11
2.3 Manifestaciones Clinicas -----	14
2.4 Manifestaciones Orales -----	19
2.5 Diagnostico -----	19
2.6 Tratamiento General -----	21
2.7 Tratamiento en el Consultorio Dental -----	20

CAPITULO III

Infecciones Agudas de Los Maxilares

Periodontitis Aguda y Subaguda

3.1 Definición -----	26
3.2 Etiologia -----	26
3.3 Sintoma -----	26
3.4 Radiograficamente -----	26
3.4 Tratamiento -----	26

Abceso Alveolar Agudo	
3.6 Definición -----	27
3.7 Sintoma -----	27
3.8 Radiograficamente -----	28
3.9 Tratamiento -----	28
Abceso Periapical (Dentoalveolar)	
3.10 Definición -----	29
3.11 Causas -----	29
3.12 Radiograficamente -----	30
3.13 Tratamiento -----	30
Abceso Periodontal	
3.14 Definición -----	31
3.15 Causas -----	31
3.16 Sintomas -----	31
3.17 Radiograficamente -----	31
3.18 Tratamiento -----	31
Osteomielitis	
3.19 Definición -----	32
3.20 Etiología -----	32
3.21 Sintoma -----	33
3.22 Radiograficamente -----	33
3.23 Tratamiento -----	34
Sugerencias	
Conclusiones	
Bibliografía	

INTRODUCCION

La odontología siendo una rama de la medicina es una manera de servir al hombre restableciendo el estado y funcionalidad de la cavidad oral.

Numerosas manifestaciones patológicas del hombre se nos pueden presentar a la hora de hacer una simple revisión dental.

Por este motivo es conveniente que el odontólogo tenga una visión amplia y sobre todo el enfoque racional del tratamiento de este tipo de afecciones.

Es por esto; que en esta breve tesis trataremos principalmente de algunas de las afecciones patológicas que se nos presentan en el sillón dental y así tener una noción de que hacer en el momento que se nos presente hasta la llegada del médico o de la ambulancia para ser trasladado al hospital.

Así mismo mencionaremos el tratamiento en general del paciente a grandes rasgos el tratamiento en el sillón dental de las personas con estos padecimientos.

DIABETES MELLITUS, HEMORRAGIAS, INFECCIONES AGUDAS DE LOS MAXILARES.

DIABETES MELLITUS

DEFINICION:

Es una enfermedad metabólica, crónica, hereditaria, caracterizada por una elevación de la glucosa en la sangre y la presencia de glucosa en la orina, que origina una alteración concomitante en la utilización de las proteínas y de las grasas. Este defecto depende de una deficiencia, absoluta o relativa; de la insulina, y puede ser originada por una producción menor de la misma y por una disminución de la actividad de este hormona, producida en las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas. Existen, además interrelaciones funcionales de esta alteración metabólica con trastornos originados en el hígado u otras glándulas endocrinas como la hipófisis, suprarrenales y la glándula tiroidea.

FRECUENCIA:

La Diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes. Las encuestas realizadas en la ciudad de México señalan que una de cada 7 personas entre 50 y 60 años de edad padecen diabetes mellitus.

En Estados Unidos, la frecuencia es de 1.4 a 1.7% .

E D A D :

La Diabetes Mellitus puede presentarse en todas las edades pero, la curva de frecuencia, alcanza el punto más elevado entre los 50 y 60 años. Según el clínicó Joslin - el 50% de los casos de Diabetes Mellitus se producen en-

entre los 40 y 60 años. Solo el 5% lo hacen durante los primeros 10 años de la vida y el 3% antes de los 5.

S E X O :

Entre las edades de 40 y 70 años es más común en las mujeres en proporción de 3 a 2; en los primeros años de la vida, parece haber un ligero predominio en los hombres. Es posible que la mayor frecuencia observable en las mujeres de más de 40 años guarda relación con la obesidad, tan común en ellas después de esa edad.

ETIOLOGIA:

La Diabetes Mellitus se debe a un error del metabolismo que se hace ostensible como resultado de la acción de diferentes factores ambientales sobre una susceptibilidad hereditaria.

La causa de la aparición de la diabetes es desconocida.

SE HAN MENCIONADO VARIOS FACTORES RESPONSABLES:

- 1.- Aplasia o Hipoplasia congénita de los islotes.
- 2.- Agotamiento o "Fatiga" de los Islotes productores de insulina por exceso de actividad.
- 3.- Presencia de Sustancias "antiinsulina", las cuales pueden ser de naturaleza hormonal o Antígena.
- 4.- Presencia de sustancias "Diabetógenas" cuyo papel en la diabetes humana no ha sido aclarada.

Existen dos formas principales de Diabetes Mellitus:

El tipo juvenil con un comienzo antes de la edad de 20 años y el tipo adulto cuyo comienzo suele ser a

partir de la edad de 30 años. La Diabetes en recién nacidos es muy rara.

En los niños y adolescentes con diabetes, existen siempre un Hipoinsulinismo. Más a menudo, la enfermedad se manifiesta de forma más leve e insidiosa, en cuyo caso es más probablemente debida a antagonistas de la insulina.

SINTOMAS CLINICOS:

Son similares en todos los grupos de edades y pueden ser leves, moderados o graves. La debilidad, la pérdida de peso (en especial en las personas más jóvenes), la obesidad en los pacientes mayores, la polidipsia, la poliuria y la poliuria son síntomas frecuentes.

Las infecciones piodérmicas y el prurito de la piel aparecen a menudo. La persona incontrolada o descuidada puede llegar al coma diabético. El hipoinsulinismo (shock insulínico) se presenta en casos de sobre dosis de insulina.

MANIFESTACIONES ORALES:

El efecto de la Diabetes sobre las estructuras orales debe hacerse una distinción entre pacientes no controlados y controlados.

En los pacientes juveniles no controlados, la diabetes conduce a una rápida destrucción del periodonto. Dado que existe alguna forma de alteración periodontal en el 75% de todos los adultos diabéticos no controlados, se encontrará una similar destrucción de los tejidos periodontales. Sin embargo, las lesiones se desarrollan durante -

un mayor período de tiempo, dependiendo de los hábitos higiénicos generales del diabético. Sin duda alguna, existe una relación entre alteración periodontal y trastorno diabetogénico en el sistema vascular. En las paredes de los vasos sanguíneos de los cortes histológicos se encuentra material PAS positivo.

En los pacientes de edad juvenil, las alteraciones clínicas en el periodonto no son patognomónicas en el estudio histológico. Sin embargo, las encías asumen a menudo un color rojo intenso, y los tejidos aparecen edematosos y agrandados. La pérdida ósea es rápida y los dientes se apelotonan y se aflojan.

La formación de bolsas periodontales profundas origina abscesos periodontales recidivantes. Se produce una abundante deposición de desechos de sarro, y la susceptibilidad a la caries aumenta en los casos de higiene bucal descuidada. Una disminución en el flujo salival contribuye a la caries de evolución rápida.

Los pacientes diabéticos muestran una disminución en la resistencia a las infecciones generalizadas y locales. Los niños a menudo han sido llevados al hospital en un estado de coma diabético tras una simple extracción de un diente abscesificado a una infección perianical aguda-corriente de un diente caduco. Los focos orales de infección de origen periodontal o perianical deben ser eliminados. Si se requiere una intervención quirúrgica, hay que valorar el estado diabético e instituir un adecuado tratamiento.

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES

	COMA DIABETICO	COMA HIPOGLUCEMICO
Principio	Lento (horas - dias)	Rápido (minutos-hora.)
	Insuficiente cantidad de insulina por:	Insulina en exceso por:
Causas	<ol style="list-style-type: none"> 1.- No se conocía la existencia de la diabetes Mellitus. 2.- Infecciones 3.- Cirugía 4.- Embarazo 5.- Emociones intensas 6.- Bajo dosis de insulina por no comer. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Error 2.- Alimento (azúcares) insuficiente. 3.- Ejercicio físico exagerado.
Síntomas y signos más importantes.	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Orina abundante 2.- Sed intensa 3.- Debilidad 4.- Dolor abdominal (no siempre) 5.- Respiración rápida 6.- Fiebre 7.- Estado inconsciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Hambre 2.- Debilidad 3.- Mareo 4.- Tembloroso 5.- Palidez 6.- Dolor de cabeza 7.- Sudor abundante 8.- Sueño inconsciente.

Laboratorio	Glucosuria++++ Acetonuria++++ Ardor en sangre muy elevado.	Glucosuria 0 Acetonuria 0 Glucemia bajo
Tratamiento org vicio".	Insulina	Insulina acuosa (jugo o refresco) o inyección subcutánea de 1 mg de glucagon.

CLASIFICACION CLINICA DE LA DIABETES:

Diabetes Primaria o "Esencial"

- a) Estable o tipo adulto
- b) Inestable "Lábil" o tipo juvenil

Caracteres clínicos	Diabetes Juvenil "Lábil"	Diabetes del adulto "Estable"
Principio	Rápido	Gradual o indefinido
Peso al principio de la diabetes	Normal o disminu- nido.	Normal
Modificación del peso sin tratamien- to.	Descenso impor- tante y rápido.	Usualmente descenso discreto y/o gradual
Glucemia en ayunas	Elevada.	Frecuentemente nor- mal.
Estabilidad de la diabetes	Inestable	Estable.

Sensibilidad a las sulfonilureas:	Insensible	Sensible
Desarrollo de Acidosis:	Rápido	Relativamente lento.

Diabetes Secundaria

- A) Hipercorticismismo, Síndrome de Cushing.
diabetes "esteroides" Terapéutica con corticoides
- b) Hiperpituitarismo
Diabetes "hipofisaria" : Acromegalia
- c) Destrucción de tejido pancreático
Pancrestectomia. Pancreatitis, cáncer del páncreas.
Hemocromatosis.

El organismo quemó calorías para mover los músculos para pensar, etc.

El sujeto normal utiliza azúcar (glucosa) sin dificultad. En la diabetes Mellitus el no utilizarse suficiente glucosa se utilizan mayor cantidad de grasas y de proteínas.

PROFILAXIS:

Quizá el factor más importante en la profilaxis de la diabetes sacarina es evitar la obesidad. Cuando hay antecedentes familiares de diabetes, es imprescindible evitar que las personas alcancen peso excesivo.

La experiencia indica que la glucosuria "casual", "alimenticia" y "emocional" a menudo son anuncio de diabetes manifiesta y deben considerarse como tales.

Las personas que presentan esas anomalías deben co-

metersse a determinaciones de glucemia 2 horas después de comer y han de restringir el consumo de azúcar.

PRONOSTICO:

En la actualidad la Diabetes Mellitus debe considerarse enfermedad crónica incurable. El promedio de duración de la vida en los diabéticos de todas las edades ha aumentado desde 4-9 años en la época pre-insulínica, hasta cerca de 13 años en la actualidad. Solo en los casos de diabetes secundaria, al corregir el problema inicial - podrá hablarse de curación.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de la diabetes sacarina se hace según la historia clínica del enfermo, antecedentes familiares, metabolismo anormal de los carbohidratos concomitante -- con estados de tensión, síntomas de acidosis y pruebas de laboratorio que revelen glucosa sanguínea en ayunas superior a 120 mg/100 ml., así como prueba positiva de tolerancia a la glucosa.

Tomando en cuenta las pruebas diagnósticas, manifestaciones clínicas y evolución de la enfermedad es posible distinguir cuatro etapas:

La Primera, conocida como prediabetes, es el periodo que transcurre desde el nacimiento del niño hasta la primera manifestación de la enfermedad, y que solamente puede ser diagnosticada clínicamente si existe hipocidosis, o sea si ambos padres son diabéticos. La Segunda etapa, o diabetes sospechosa, se refiere a aquellos pacientes que presentarán prueba de tolerancia a la glucosa anor

mal o bien síntomas netos de diabetes secundarios a tensión, esfuerzo, medicamentos o influencia hormonal. Todos los síntomas vuelven a la normalidad después de cesar el efecto de los factores mencionados. La tercera etapa, o diabetes química (latente), se manifiesta por prueba de tolerancia a la glucosa anormal y aumento de la glucosa sanguínea en ayunas, aún sin estímulo nocivo o estado de tensión. Y, finalmente la Cuarta etapa corresponde a la diabetes declarada en la cual el paciente es sintomático y requiere tratamiento.

Otra clasificación utilizada con frecuencia se basa en el momento de aparición o sea, diabetes juvenil y diabetes del adulto. Esta clasificación es importante porque señala que en la diabetes juvenil habrá más tiempo para que ocurran complicaciones durante la vida del paciente. Además es más difícil tratar la diabetes juvenil por los motivos siguientes:

- 1.- Inestabilidad emocional del paciente joven.
- 2.- Progreso más rápido de la enfermedad debido a una mayor necesidad absoluta de insulina.
- 3.- Los niveles de glucemia varían enormemente en respuesta a cambios pequeños en la insulina o a variaciones menores en la química del organismo secundario al ejercicio o a una infección.

La diabetes que principia en la edad adulta es, generalmente, más moderada con síntomas menos intensos y variaciones en los niveles de la glucosa sanguínea no tan marcadas. El tratamiento de estos pacientes es también más fácil.

TRATAMIENTO:

El tratamiento general consiste en dar insulina e hidratos de carbono. Si hay colapso cardiovascular, se le trata mediante hidratación intravenosa y drogas vasoconstrictoras.

1.- El tratamiento de sostén puede salvar una vida. En la fase de coma inminente mantenga la temperatura del paciente, colóquelo en posición horizontal y administre oxígeno. Si se llega al coma, inicie la hidratación intravenosa, si es posible, mientras espera el arribo del médico.

El shock hipoglucémico, provocado por la insulina, es bastante común en el consultorio, especialmente durante las intervenciones prolongadas. Sus manifestaciones son las siguientes:

- 1.- Confusión mental.
- 2.- Enojo repentino sin causa que lo justifique.
- 3.- Hambre intensa.
- 4.- Debilidad.
- 5.- Mareos.
- 6.- Trasciración viscosa.

El shock insulínico se trata con azúcar, caramelos o jugo de frutas azucaradas.

TRASTORNOS EN LAS ENCÍAS Y LOS DIENTES

Se ha descrito un grupo de condiciones de la boca a las que se ha denominado "Periodontoclasia Diabética" sugiriendo que la enfermedad periodontal y gingival en el pa-

ciente diabético constituyen diferentes entidades clínicas.

En una revisión de 403 diabéticos se notó la alta frecuencia de atrofia alveolar difusa, entre pacientes jóvenes y se concluyó que la enfermedad periodontal constituye una manifestación de la diabetes. Sin embargo no todos los autores han encontrado fuerte infección periodontal, caries, y falta de dientes en los enfermos diabéticos.

Las complicaciones periodontales son más severas en un paciente diabético mal controlado que en una persona normal; y los problemas orales peculiares de un paciente diabético pueden ser atendidos y algunas veces prevenidos bajo cuidadoso control de la diabetes. Junto con una higiene dental meticulosa y la cooperación del odontólogo y el internista.

TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO DENTAL:

1.- Las condiciones de un enfermo diabético deben estar bien controladas mediante la buena comunicación mantenida entre el internista y el cirujano dentista.

2.- Es preferible la anestesia local a la general, ya que no es necesario suprimir la comida para su administración, ni interviene con el esquema de tratamiento con insulina.

3.- La técnica usada debe ser lo más aséptica posible.

4.- Se debe tener cuidado de causar el menor Trauma posible con esto en mente, solo se deben extraer pocos dientes de una sola vez.

5.- Para evitar el sangrado postoperatorio todas -
las heridas deben ser cuidadosamente suturadas.

6.- Se debe tener cuidado con el uso de penicilina
y otros antibióticos, los días antes y después de la ex-
tracción, principalmente cuando hay infección.

HEMORRAGIAS

DEFINICION:

Es la pérdida de sangre a través de los vasos sanguíneos.

ETIOLOGIA:

Causas Internas: abarcan todo tipo de patología - que origine ruptura de vasos sanguíneos (hipertensión arterial, septicemia, etc.) Fragilidad capilar C.I.F. Dis--cracias sanguíneas, deficiencia de vitamina K.

Causas Externas: Se refiere a todos los traumatismos que lesionen los vasos sanguíneos (heridas, quemaduras, fracturas, etc.

CLASIFICACION:

TIPO	VARIEDAD	CARACTERISTICAS
De acuerdo a su localización.	Internas	La presencia de sangre no es aparente. Se localizan en tejidos internos o cavidades.
	Externas	Presencia de sangre al exterior. Lesión y ruptura de - piel o mucosas.
De acuerdo a su	Ligera	Lesión de vasos sanguíneos de pequeño calibre.

	Grave	Lesión de vasos de mediano y/o grave - calibre.
De acuerdo al vaso sanguíneo afectado	Capilar	Hemorragia ligera generalmente se presenta en "cabea".
	Venosa	Afecta vénulas y venas hasta de gran calibre. Sangre de color rojo vino. Salida continua de sangre.
	Arterial	Afecta arteriolas y - arterias de gran cali <u>bre</u> . Sangre de color rojo escarlata. Salida intermitente - de la sangre.
De acuerdo al sitio proveniente.	Epistaxis	Hemorragia por nariz
	Otorragia	Hemorragia por oído
	Hemontisis	Hemorragia procedente por bronquios y pulm <u>ones</u> .
	Otras	

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los síntomas y signos que acompañan a una hemorragia,

dependen del grado de severidad de la misma, es decir, a mayor volumen sanguíneo mayor retención en el paciente llegando al estado de choque e inclusive la muerte.

MEDIDAS GENERALES:

- Posición de trendelenburg, supina o en ocasiones con piernas elevadas.
- Calentamiento corporal para disminuir la vasoconstricción.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Verificar signos vitales (pulso y respiración) - cada 5 minutos según el caso.
- Vigilar diuresis
- Si es posible, verificar presión venosa central - (medidas de la relación entre el volumen sanguíneo circulante efectivo y la capacidad del corazón para manejar - ese volumen) y mantenerla entre 5 y 10 ml. de agua.
- Administración de líquidos en base a determinación de volumen sanguíneo y valoración de signos vitales (temperatura, pulso, respiración, presión arterial y presión venosa central).

MEDIDAS ESPECIFICAS:

Determinar la causa de hemorragia externa o interna (intratorácica, intraperitoneal o músculo esquelética, cerebral).

- Cohibir la hemorragia mediante:
 - o) Presión directa de la herida contra una superficie durante 5 minutos.
 - o) Torniquete o ligadura en extremidades colocadas arriba o abajo de la herida. Si es arterial o venosa respectivamente, mediante ligas, cuerdas, pañuelo, corbata, etc.

- c) Elevación de parte afectada por encima del nivel del corazón.

Puede usarse conjuntamente la presión directa.

- d) Aplicación de frío sobre todo en sangrados en -
cara o en orificios sin que el tiempo de aplica-
ción se prolongue por temor a lesionar tejidos.
e) Dar atención al sangrado en freces especiales.

EPISTAXIS:

- Posición de Fowler y elevación de miembros supe-
riores.
- Aflojar ropas, especialmente cuello.
- Evitar que el paciente realice maniobras para re-
tirar el coágulo.
- Presionar vértice de la nariz.
- Aplicación de frío en área frontal.
- Preparar equipo para taponamiento, si la hemorra-
gia persiste.

HEMATEMESIS:

- Reposo absoluto
- Decúbito dorsal
- Ayuno
- Aplicación de frío sobre epigastrio
- Reposición de líquidos
- Avisar al médico

HEMOPTICIS:

- Reposo absoluto
- Posición de Fowler
- Ayuno
- Reposición de líquidos
- Aplicación de frío sobre esternón
- Avisar al médico.

Volumen san- guíneo	Cambios fisiológicos	Características clínicas
------------------------	----------------------	--------------------------

100 A 200 ml	El flujo sanguíneo es suficiente para el metabolismo celular.	Fueden pasar desapercibidas pues gasto cardiaco no disminuye al compensar la disminución del retorno venoso producida por vaso dilatación periférica.
--------------	---	---

El volumen sanguíneo circulante es inadecuado para satisfacer la demanda de los tejidos.

Progresivamente produce; reducción del gasto cardiaco y alteración en la capacidad cardiaca para impulsar el retorno venoso. Reducción de la presión arterial.

Resistencia vascular periférica por aumento de la actividad nerviosa simpática que produce vasoconstricción generalizada.

Cambios en la circulación periférica produciendo disminución en el aporte de oxígeno en tejidos.

Fase de líquido intersticial al interior de los vasos produciendo hemodilución.

Interferencia en el metabolismo aerobio, produciendo metabolitos tóxicos que reducen el Ph.

-Taquicardia
-Aumento de la fuerza de contracción miocárdica.
-Disminución de presión venosa central.
-Hipertensión arterial "breve" por liberación de catecolaminas en circulación sanguíneas.

-Hipotensión arterial
Disminución del riesgo sanguíneo o Ríñón: oliguria. Cerebro: Ansiedad, irritabilidad, o Hiperó: Hiperglucemia - Hiperpotasemia. C piel: Palidez, Hipotermia. C pulmones: Taquínea. Hipoxia celular: debilidad, cianosis, hipotermia y vómito.

-Alteración en valores sanguíneos de pH , PO_2 , Hematocrito y Hemoglobina.

Acidosis metabólica

Fuente

MANIFESTACIONES A NIVEL ORAL:

Al ser interrogados, muchos pacientes admiten que han sangrado prolongadamente tras las extracciones dentales. En muchos casos este sangrar prolongadamente se refiere nada más que a saliva teñida de sangre. Es normal sufrir una discreta hemorragia babeante del alveolo del que se ha extraído la pieza durante varias horas y factores locales tales como el desplazamiento de los bordes del alveolo, el desplazamiento del propio coágulo o la inflamación pueden dar lugar a una hemorragia prolongada que dure de 24 a 48 horas. En este tipo de hemorragias, el paciente presenta habitualmente grandes coágulos sutiles blandos y movibles que hacen prominencia en el alveolo afecto. La mayoría de los alveolos sangrantes son de este tipo y puede controlarse fácilmente la hemorragia mediante medidas sencillas. Si no puede detenerse con facilidad, se sospechará una diátesis hemorrágica y han de realizarse estudios hematológicos para determinar si existe un déficit y cuál es el factor específico responsable mediante pruebas de laboratorio.

DIAGNOSTICO:

De estas lesiones es bastante sencillo. Así, puede haber antecedentes de sangrado de la encía alrededor de los dientes; o aflojamiento de los dientes y hemorragia; movilidad dentaria; frenito palpables sobre la lesión o soplo audible por auscultación con estetoscopio; o aspiración de grandes cantidades de sangre de la región, a veces, baja presión. Además en las radiografías, las raíces de los dientes pueden aparecer erosionadas, -

los tejidos, los tejidos que las cubren pueden haber cambiado de color y forma y, finalmente, a veces hay dolor o parestesia. Pero, también cabe señalar que en algunos pacientes todos estos signos pueden estar ausentes.

En caso de extraer un diente exponiendo así una lesión vascular central antes diagnosticada, el dentista debe tratar de volver inmediatamente el diente a su alveolo para que sirva como tapón. El paciente será trasladado sin demora al hospital o servicio de urgencias para evaluación y tratamiento definitivo.

TRATAMIENTO LOCAL DEL SANGRADO PROLONGADO DESPUES DE LA EXTRACCION DENTAL

Si el sangrado prolongado ocurre después de la extracción dental, se debe determinar primero si es un flujo generalizado, o si el sangrado viene de vasos específicos. Esto requiere una inspección del alveolo y de los márgenes gingivales. Los coágulos de sangre deben removerse cuidadosamente. Si ha desaparecido el efecto de la anestesia local, debe inyectarse más anestesia, en caso de que el procedimiento sea doloroso para el paciente.

Sin embargo, cuando su efecto desaparezca, debe utilizarse un agente vasoconstrictor para que la contracción vascular no estimule una hemostasia, con el riesgo de un rebote. Si se descubre que las puntas de los vasos se localizan en los márgenes gingivales, se traten con electrocoagulación o sutura. El sangrado de un vaso en el hueso, puede pararse comprimiendo con instrumento sin punta

o aplicando cera de hueso en el área sangrante.

TRATAMIENTO GENERAL DEL SANGRADO PROLONGADO

El paciente puede morder una esponja. Se coloca una esponja firme, del tamaño de una nuez, o una gasa doblada, sobre el alveolo abierto, después de haberlo comprimido firmemente. Se le pide al paciente que muerda. Después de 30 minutos se renueva la esponja. Si el sangrado permanece controlado, el paciente puede irse después de permanecer en observación por 30 minutos más, y se le obsequian algunas esponjas. Sin embargo, es frecuente que el sangrado no pare después de remover la esponja mordida; en ese caso, deben tomarse precauciones adicionales y el alveolo debe empacarse firmemente.

Para taponar el sangrado del alveolo debe usarse una compresa no reabsorbente, como la gasa de listón con barniz Whithead (Pigmentum Iodoform Co.). La tira es de 1/2 de ancho y se satura en el Barniz Whitehead.

Esta preparación tiene propiedades hemostáticas y desinfectantes, y puede permanecer en la boca hasta 2-3 semanas, si es necesario, sin descomponerse.

TRATAMIENTO GENERAL:

El tratamiento de pacientes con tendencia al sangrado generalmente será la preocupación del médico responsable el hematólogo especialista. En casos donde el sangrado prolongado ocurre inesperadamente, inicialmente es imposible una terapia específica. La terapia general nunca puede reemplazar, si no sólo ayudar a las medidas

hemostáticos locales, en pacientes con sangrado prolongado de etiología desconocida.

Los medicamentos son usados algunas veces para promover la coagulación y la vasoconstricción, y para inhibir la fibrinólisis excesiva. Por ejemplo, la aplicación local de trombina es una medida eficaz en promover la coagulación y este es un caso que el dentista puede tomar razonablemente, suponiendo que la trombina se aplica solo tópicamente.

El médico o el hematólogo puede usar ácido eritrónico amino caprílico, administrado por vía intravenosa u oralmente para combatir la hiperfibrinólisis. Esta sustancia (amicar, Lederle), actúa por inhibición competitiva para contrarrestar la inactivación del plasminógeno por la estreptoquinasa y la uroquinasa. Ya que la experiencia y el diagnóstico adecuado son necesarios para la administración de esta droga, se recomienda firmemente evitar su uso por el dentista general en su práctica. De cualquier modo, se recomienda no usarlo en ausencia de un diagnóstico preciso y tampoco sin el hallazgo del laboratorio en cuanto a la hiperfibrinólisis.

MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO GENERAL:

ANTIFIBRINOLITICOS. Estas sustancias inhiben la fibrinólisis y así impiden la disolución de un coágulo de fibrina formado durante la coagulación de sangre.

ACIDO EPSILON-AMINOCAPRICICO (amicar, Lederle: tabletas, suspensión o IV) actúa por inhibición competitiva de la inactivación del plasminógeno por estreptoqui-

nasa y la uroquinasa y tiende a impedir la disolución prematura de los coágulos ya formados. Se usa en la hemofilia y otros estados como un método de terapia adjunto.

VITAMINA K: Es necesaria para la síntesis de la protrombina en el hígado. En presencia de desórdenes de absorción de grasas (en ictericia obstructiva, infecciones hepáticas e intestinales, tratamientos largos con antibióticos), para extracciones dentales un nivel de 30/ es suficiente si el alveolo se llena con una curación saturado en una solución de trombina. Con una inyección intravenosa de vitamina K konakión el cual es igual sintéticamente a la vitamina K pueden ocurrir reacciones parecidas a un shock. Este tipo de administración se permite solamente en emergencias graves con un sangrado mortal. En un caso así, la inyección intravenosa de 10 a 20 mg de konakión debe infiltrarse muy lentamente (5mg/minuto) y debe interrumpirse inmediatamente si se desarrollan síntomas de shock.

DROGAS Y COMPRENSAS QUE SE USAN EN LA HEMOSTASIS:

Recursos que puede utilizar el dentista sustancias que estimulan la coagulación aplicadas localmente. **TROMBINA TOPICA.** La aplicación local de la trombina lleva a una coagulación inmediata en todas las coagulopatías, con la excepción de la afibrinogenemia. La inyección de trombina en un vaso causaría una coagulación intravascular, por eso, la trombina puede usarse solo tópicamente.

La sustancia comercialmente disponible en frascos se disuelve en agua destilada estéril. Se saturan las tiras de gasa en la solución de trombina para empacar los alveolos a presión, y para otras lesiones (thrombin, topical-parke Davis frascos que contienen 1,000 unidades - NIH 10,000 unidades NIH, o 5,000 unidades NIH en un frasco que contiene 5 ml. de diluente, trombina 1,000 unidades. Upjohn Co. en frascos de 30 ml. contiene 1,000 unidades NIH).

COMPRESAS:

El surgicel consiste en celulosa oxidada regenerada; se hace en tiras de gasa reabsorbible. El surgicel se disuelve en parte y tiende a coagular las proteínas del plasma y la hemoglobina, produciendo un coágulo pegajoso negro de un PH algo bajo. La acidez de la celulosa oxidada regenerada la trombina de forma que si el material es saturado con solución de trombina, sólo es posible un efecto inicial de la trombina. El surgicel se disuelve en gran parte en las lesiones de las extracciones por el séptimo día, con una reacción considerable a un cuerpo extraño.

La cicatrización subsecuente de la herida se lleva a cabo sobre las granulaciones abiertas. El surgicel se vende en tubos estériles de vidrio, como tiras tejidas de gasa de media vulgada de ancho y dos vulgadas de largo.

EL OXYCEL:

Consiste de oxycelulosa estéril, generalmente en forma de gasa. Es hemostático y absorbible; el efecto he-

mostático y absorbible, el efecto hemostático depende de una reacción entre el ácido celulósico y la hemoglobina. La trombina es inactivada por la acidez del oxycel. En lesiones de extracciones, el material se disuelve en gran parte por el séptimo día, y no es severa la reacción a un cuerpo extraño. La tira de gasa de 4 pliegues, de 2" de ancho y 18" de largo se adquiere en paquetes estériles y se almacena en un recipiente estéril (parke davis co.). También se adquiere como tapones de (2 1/4 x 1 x 1").

GELFOAM (Upjohn) es una esponja de gelatina que actúa como armazón para los hilos de fibrina y favorece la desintegración de plaquetas. Los tapones dentales miden 10 x 20 x 7 mm. y 20 x 20 x 7 mm; pueden usarse para el llenado de alveolos dentales o cavidades lesionadas.

AVITENE (avicon, Inc.) Es un agente hemostático, tóxico y reabsorbible, preparado como una sal insoluble en agua, fibrosa, estéril y seca, de colágeno bovino purificado.

El material se incorpora dentro del tapón hemostático y eventualmente se reabsorbe después de unas semanas.

INFECCIONES AGUDAS DE LOS MAXILARES

PERIODONTITIS AGUDA Y SUBAGUDA

DEFINICION:

Es una inflamación del tejido periapical causada por cualquier irritante físico, químico o biológico. (La inflamación se caracteriza por ser aguda pero no supurativa).

ETIOLOGIA:

La más común es de origen séptico; es decir, microorganismos que alcanzan el tejido priodontal generalmente por la vía del conducto. Traumatismos leves, sobrecargas de oclusión, sobre instrumentación durante la preparación biomecánica del conducto, drogas cáusticas proyectadas a través del foramen durante la medicación de los conductos.

SINTOMAS:

De acuerdo al irritante, el dolor se presenta, sobre todo, en el estado agudo. La persecusión vertical produce dolor y el paciente relata una sensación de extrusión de la pieza; misma que molesta al ocluir con la antagonista. Aunque histológicamente se inician procesos de absorción. Radiográficamente el periodonto aparece como una línea normal o ligeramente engrosada, por lo cual no es aconsejable guiarse en el diagnóstico, por la simple radiografía.

TRATAMIENTO:

A semejanza de la hiperemia pulpar, también esta-

enfermedad del ápice, que inicia la patología apical, requiere como tratamiento, eliminar la causa que la provoca para que el periodonto se recupere reduciendo la inflamación y reponiendo las fibras que fueron destruidas. Si la causa irritante persiste, la periodontitis evoluciona a un estado crónico.

Cuando la periodontitis aguda pasa a un estado crónico por persistencia del irritante, se le denomina periodontitis crónica.

ABCESO ALVEOLAR AGUDO:

DEFINICION:

Es una inflamación aguda y supurada de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento.

CAUSAS:

La persistencia e intensificación de la causa irritante generalmente de tipo biológico; es decir, microbiana.

Cuando las bacterias, debido a su patogenicidad y alta virulencia, llegan al ápice, el problema se complica por la presencia de toxinas y productos de desecho de los tejidos destruidos que forman un acúmulo de pus.

SINTOMAS:

El paciente presenta un dolor severo y constante al principio de la inflamación. Puede tener fiebre, malestar general y escalofríos. La pieza duele a la más ligera percusión y está extruída y móvil. El pus acumulado -- busca salida por la parte más delgada de las tablas óseas y el absceso se presenta debajo de la mucosa no siempre en

dirección de la pieza dental enferma.

Generalmente el paciente no presenta síntomas dolorosos; sólo cuando la virulencia y expansión del absceso, vuelven a iniciarse por obstrucción de la fístula.

La fístula puede estar en su lugar de descarga alojada del diente enfermo.

Radiográficamente puede seguirse, introduciendo - una punta de gutapercha suavemente, tomando luego una radiografía.

La fístula la denomina el pueblo: postemilla.

TRATAMIENTO:

El tratamiento aconsejado es la administración de antibióticos de selección únicamente cuando el paciente - presente fiebre. De otra manera, el tratamiento selectivo es la apertura del absceso cuando éste, a la palpación, se sienta fluctuante. Nunca antes, pues el operador encontrará solamente un leve sangrado.

El tratamiento indicado es la eliminación de los - restos pulpares mortificados, la limpieza minuciosa de - las paredes dentinarias del conducto radicular y la correcta obturación del mismo.

La fístula sana espontáneamente una vez eliminada la pulpa y obturado el conducto. Si a pesar de efectuado el tratamiento la fístula persiste, el drenado se hace en el lugar en que el absceso presente una coloración blanquecina que corresponde a la zona donde la mucosa es más delgada.

La apertura puede hacerse en un bisturí o con turbins de alta velocidad y fresa de carburo redonda. En las

turbinas que no mezclan el agua de refrigeración con el lubricante, puede substituírse el agua por un líquido antiséptico, Cepacol, por ejemplo, que proporciona además un agradable sabor. Debe colocarse un drenaje cuando se abre con bisturí. Debe tratarse siempre que sea posible, de abrir el diente y drenar el conducto.

Cuando no es posible la aplicación de anestesia, es de mucha utilidad la siguiente técnica: se coge suave, pero firmemente entre los dedos pulgares e índice de la mano izquierda del operador, el diente enfermo; se oprimen fuertemente los dedos con lo que se consigue inmovilizar el diente evitando vibraciones en el momento de su abertura. Debe usarse turbina de alta velocidad.

ABSCESO PERIAPICAL (DENTOALVEOLAR)

DEFINICION:

El absceso periapical (dentoalveolar) es el resultado de la infección pulpar que se extiende a través del agujero apical a los tejidos periapicales. Estos abscesos generan trayectos fistulosos que comunican con la cavidad bucal.

Asimismo, pueden establecer una comunicación con la bolsa periodontal o el surco gingival. Es posible que la infección pulpar llegue a los tejidos periodontales por canales aberrantes, fracturas radiculares o una perforación.

CAUSAS:

El absceso periapical proviene de la infección pulpar, el absceso periodontal se forma por la bolsa, el absceso periapical se caracteriza por una pulpa necrótica o

densamente infiltrada por neutrófilos. Los tejidos periapicales muestran masas densas, casi sólidas de neutrófilos (pus) durante la preparación histológica. Puede presentarse casi inmediatamente después de una lesión de tejidos pulpares, o después de un largo periodo de trauma puede exacerbarse y producir los síntomas de una infección aguda.

SINTOMAS:

El absceso periapical se asocia con un comienzo agudo, tumefacción, dolor, enrojecimiento de la piel suprayacente elevación del diente en el alveolo, extrema sensibilidad a la percusión, y, en casos graves, ascenso de la temperatura. El diente afectado suele mostrar una necrosis pulpar o una restauración, pero puede estar intacto. Según su duración y localización, el absceso puede "aruntar" intrabucal o extrabucal. Si se dirige al interior de la cavidad bucal, puede hacerlo en la cara vestibular o en la lingual.

Radiográficamente presentan un aspecto normal o revelan una zona difusa de radiolucencia, no siempre limitada a un solo diente.

TRATAMIENTO:

El tratamiento inicial del absceso periapical consiste en drenaje, que puede realizarse a través de la cámara pulpar o desde la zona periapical. Una vez que los síntomas agudos decrecen, se lleva a cabo el tratamiento del conducto radicular. En algunos casos, la extracción constituye la única posibilidad.

ABSCESO PERIODONTAL

DEFINICION:

Los abscesos periodontales agudos generalmente son la culminación de un largo periodo de periodontitis crónica. Esta infección suele comenzar en la superficie del intersticio gingival y se extiende hacia abajo en una o más superficies de las raíces, llegando frecuentemente hasta la región apical.

CAUSAS:

El absceso periodontal no se presenta en dientes no vitales y puede estar o no asociado con factores traumáticos externos u oclusales. Sin embargo, puede resultar del traumatismo causado por una prótesis parcial.

SINTOMAS:

Los episodios agudos generalmente empiezan súbitamente con gran dolor y expansión de los tejidos periósticos y mucosos que cubren la superficie de la raíz infectada. Por alguna razón desconocida, los tejidos aparentemente se cierran en la superficie gingival, impidiendo el drenaje del absceso y causando la distensión y el malestar que suelen ser las primeras manifestaciones.

Las radiografías son muy útiles para el diagnóstico. Frecuentemente la superficie lateral de la raíz enferma está muy oscurecida por la estructura del diente, y la radiografía carece de utilidad diagnóstica.

TRATAMIENTO:

El primer paso para aliviar los síntomas agudos es la incisión del absceso fluctuante desde el fondo de la cavidad hasta la encía. La incisión debe atravesar los teji-

dos blandos hasta la raíz que ha sido atacada por el proceso infeccioso. Si una o más caras de la raíz están descubiertas más allá del tercio apical del diente, está indicada la extracción. Si el hueso circundante está normal en un tercio o más, se valora la utilidad potencial del diente; tomando en consideración todos los factores, incluidos estado general del paciente y su capacidad regenerativa y de resistencia.

OSTEOMIELITIS

DEFINICION:

La osteomielitis aguda ocurre más frecuentemente en la mandíbula que en los maxilares superiores. Empezada como infección de la porción esponjosa o malar del hueso, que generalmente entra por una herida o por una solución de continuidad a través de la capa cortical (pared del alveolo) permitiendo así que la infección entre en la porción central.

ETIOLOGIA:

Esta infección puede ser el resultado de una infección periapical o pericoronar antes de la intervención quirúrgica o puede ser introducida por la aguja de la inyección especialmente cuando se utiliza anestesia a presión o intra ósea.

La infección puede localizarse o puede dificultarse a través de todo el espacio medular de la mandíbula o de los maxilares superiores y puede ir precedida de una infección aguda. También puede ir precedida por una celulitis séptica, o puede provenir de lo que aparentemente fué una extracción sencilla de un diente infectado.

La osteomielitis se acompaña de disminución de resistencia del individuo a las bacterias que invaden el hueso. Frecuentemente de un tercer molar.

SINTOMAS:

Los síntomas incluyen dolor profundo persistente, ocasionalmente acompañado por parestesia intermitente del labio. Generalmente hay edema de los tejidos blandos subyacentes y periostitis. El paciente puede sufrir malestar y elevación de temperatura. El estado puede persistir hasta el punto que la infección atraviese el hueso cortical e invada los tejidos blandos formando una induración seguida de absceso manifiesto. En el tipo invasivo o no localizado todos los dientes en una sección, de la mandíbula o del maxilar superior pueden estar móviles o sensibles y se puede observar pus alrededor de los cuellos de los dientes y en los espacios interproximales. Puede haber numerosas fistulas que drenen el pus hacia el vestíbulo bucal o que formen abscesos que si no se abren y se drenan se abren espontáneamente en la superficie. Si se permite que esto suceda ocasionará cicatrices antiestéticas.

Radiográficamente hay grandes variaciones en los signos radiográficos o clínicos, de manera que es difícil hacer un diagnóstico temprano. El proceso osteomielítico empieza dentro del hueso esponjoso y la destrucción de éste se efectúa con más facilidad que la del hueso cortical. El hueso cortical es muy denso y el proceso destructivo puede progresar antes de que se pueda ver en la radiografía debido a la superposición del hueso cortical más denso. En los tipos más graves de esta enfermedad, la destrucción puede-

ocurrir rápidamente con invasión del hueso cortical, de manera que los signos radiográficos son pronto evidentes. No hay un patrón uniforme en este proceso destructivo. La región radiolúcida de la radiografía se describe muchas veces como vermiforme.

TRATAMIENTO:

Cuando más pronto se haga el diagnóstico e instituya el tratamiento definitivo, tanto mayor la oportunidad de impedir el progreso de la infección.

Aún antes de que haya oportunidad de obtener pus para cultivo es aconsejable administrar un antibiótico en altas dosis. Desde luego que esto puede hacer difícil obtener un cultivo cuando empieza la supuración, pero el tiempo es un factor importante, entre más pronto pueda instituirse la terapéutica antibiótica mayor la oportunidad de curación. Cuando sea posible obtener un cultivo, entonces se prescribe el antibiótico que se considere más eficaz. Se deben observar cuidadosamente el edema y la induración a fin de advertir el primer indicio de la fluctuación y hacer lo más pronto posible una incisión grande hasta el hueso para evacuar el pus, evitando así que éste eleve el periostio. Si la induración se extiende más allá del límite de la incisión después del drenaje primario entonces la incisión debe extenderse inmediatamente.

Por lo tanto, el tratamiento debe ser:

1. La terapéutica antibiótica eficaz.
2. Drenaje del pus cuando se forma a pesar de la terapéutica antibiótica.
3. Esperar un periodo de terapéutica de sostenimiento durante el cual la zona drenada se mantiene abierta por

apósitos continuándose la terapéutica antibiótica.

4. Extracción del secuestro.

El poder destructivo de la osteomielitis se debe a la presión y lisis del material supurativo en un espacio cerrado. La causa generalmente es el estafilococo.

SUGERENCIAS

- 1) El odontólogo como ser humano y profesional tiene la responsabilidad de actualizarse para brindar una mejor atención integral del paciente.
- 2) Sugerimos que el odontólogo que elabore en cualquier institución se le proporcione cursos de actualización para que los pacientes a su cargo reciban cuidados de alta calidad.
- 3) Sugerimos a todos nuestros compañeros odontólogos que se concienticen sobre todo, como les gustaria que los trataran como pacientes en el consultorio dental para que valoren y den un mejor trato a sus pacientes.
- 4) En el medio escolar sugerimos que se tome en cuenta la escasez de material didáctico y equipo, y que en la medida de lo posible se solucione dicho problema.

CONCLUSIONES

La función de un odontólogo no es simplemente la de extraer piezas dentarias, sino preservar un órgano dentario hasta donde sea posible, valiéndonos de los variados materiales de obturación y restauración adecuados para cada tratamiento así mismo haciendo una historia clínica detallada para así analizar el estado de salud en que se encuentra nuestro paciente en general en el sillón dental.

1.-El odontólogo como profesional día con día realiza actividades propias del dentista como son; obturación restauración, extracción, placas parcial y total, puentes fijos y removibles y limpiezas dentarias.

1.-Pero en ciertos casos no contamos con los suficientes conocimientos sobre enfermedades patológicas como para resolver una emergencia que se nos pueda presentar en el consultorio dental por los escasos conocimientos que poseemos sobre fármacos para la administración de determinados medicamentos sin originar graves consecuencias.

2.-De acuerdo a la investigación científica que realizamos llegamos a la conclusión que en el consultorio dental nos encontramos con la escasez de material y equipo de emergencia para estos casos.

BIBLIOGRAFIA

Autor: Preciado Z Vicente

Libro: Manual de Endodoncia guia clinica

Editorial: Cuellar de Ediciones

Edición : 3^a

Impreso :1979

Autor:Kruger Gustavo

Libro:Tratado de Cirugia Bucal

Editorial :Interamericana

Edición : 4^a

Impreso :1978

Autor:Carthy M Mc Frank

Libro: Emergencias en Odontologia

Editorial : Ateneo

Edición: I^a

Impreso:29 de Enero de 1971

Autor:Bhaskar S.N

Libro:Patologia Bucal

Editorial: Ateneo

Edición:2^a

Impreso: Diciembre de 1975

Autor:Thoma,Gorlin Robert J,Goldman Henry M

Libro: Patologia Oral

Editorial: Salvat

Edición: 2^a

Impreso:Barcelona,1980

Autor: Burket W Lester
Libro: Medicina Bucal
Editorial: Interamericana
Edición: 6^a

Autor: Zegarelli ·
Pindburg
Libro: Anestesia Odontológica
Editorial: Interamericana
Edición: 1^a

Autor: Dr. Bleir M Donald
Dr. Contrell R James
Libro: Urgencias Medicas en el Consultorio Dental
Editorial: Interamericana
Edición: 1^a

Autor: Orban B
Libro: Teoria y Practica
Editorial: Interamericana
Edición: 4^a
Impreso: 1975

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA