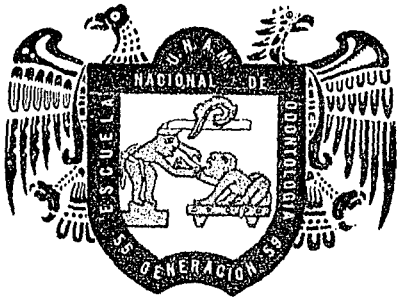
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA



C. U.

EMERGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS QUE PUEDEN PRESENTARSE EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

Que para obtener el título de Cirujano Dentista

Presenta

JUAN MENESES DOMINGUEZ

México, D. F.

1 9 6 5

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

MENEGES DOMINGUEZ LUCIA 1964

A mi Madre:

Sra. Florinda D. Vda. de Meneses

Para ti mi presente ofrenda
en el altar de mi corazón,
pues me diste todo
sin pedirme nada.

105160

A mi esposa: Sra. Alicia Rosales de Meneses.

Gracias Amada;
porque me enseñaste que vencen al mundo
dos seres que se aman como nosotros dos.
Por haber sembrado este amor profundo,
Gracias bien amada
tú, mi gran ventura tú mi gran amor.

A mis queridos hijos

Juan Carlos

Laura Alicia

Jorge Arturo

Mi libro que va a buscarles
es un libro que no merece su olvido
Llanto que quiere agradarles
fruto de un amor correspondido
les busca para llevarles
lo que también han sentido

A mis seres queridos que me acompañan espiritualmente

Sra. Antonia López

Sr. Leobardo Meneses H.

Sr. Tomás Meneses D.

Que llegue hasta donde se encuentren

con toda mi devoción

como una oración a su memoria

A mis hermanos:

Josefina

Alicia

Leobardo

Manuel

Salvador

Compañeros incomparables de mi vida, con el cariño de ayer de hoy y de siempre.

A mis Padres Politicos:

Salomón Rosales Santana

Tina Peimbert de Rosales

con gratitud y respetuoso afecto

Al Sr. Dr. Juan Tapia Camacho

gran maestro y mejor amigo

por su sabia y valiosa ayuda

en la realización de este trabajo.

A la Escuela Secundaria Nocturna Flores Magón

A la Universidad Autónoma De Puebla

A la Escuela Nacional de Odontología (UNAM)

Con mi profundo agradecimiento por lo mucho que me dieron y con la firme convicción de jamás hacer algo que pueda deshonrarlas

Honorable Jurado:

La opinión corriente es hoy favorable a la obra voluminosa, quizá porque así es más segura la decisión de no leerla. Un libro grande —se piensa—, da importancia a quien lo escribe; aunque sea malo, inspira respeto y ocupa un buen espacio en los estantes de las bibliotecas. Un trabajo pequeño, no tiene defensa posible: si es bueno, será mirado a lo sumo como un ensayo o como una promesa; si es malo, sólo servirá para poner al autor en ridículo. Mi idea es completamente opuesta. Una obra grande, pienso, sea buena o sea mala, pasa muy pronto a formar parte de la obra muerta de las bibliotecas; un libro pequeño, si es malo, deja ver a las claras que no sirve y muere al primer embate; si es bueno, puede ser como un manual o breviario de uso corriente, por su poco peso y por su baratura y de gran eficiencia para la propagación de las ideas que encierra.

Este pequeño trabajo que, formalmente, es indispensable para obtener el honroso título de Cirujano Dentista, fue elaborado siguiendo las ideas anteriormente ya expuestas.

A mi opinión pues, me atengo y a su benevolencia al juzgarlo; pues un hombre de buena voluntad dice en unas cuantas páginas, todo cuanto tiene que decir y muchas cosas que no debería decir.

S U M A R I O

CAPITULO I

EMERGENCIAS MEDICAS

1.—Concepto.
2.—Emergencias Anestésicas.
3.—Sobredosis Tóxica.
4.—Idiosincracia y Alergia.
5.—Epilepsia.
6.—Cardiopatías.
7.—Trombosis y Embolia.
8.—Diabetes.
8.—Embarazo.

CAPITULO II

EMERGENCIAS MEDICOQUIRURGICAS

1.—Medicación Preoperatoria.
2.—Hemorragia.

CAPITULO III

EMERGENCIAS QUIRURGICAS

1.—Rotura de Agujas.
2.—Cuerpos Extraños.
3.—Raices Fraturadas.
4.—Complicaciones del Seno Maxilar.
5.—Subluxación Mandibular.

CONCLUSIONES

La curación es cuestión de tiempo; pero algunas veces es también cuestión de oportunidad.

Hipócrates.

Preceptos, capítulo 1

INTRODUCCION

La ciencia de la Odontología ha progresado a tal punto que el C. Dentista con sólo seguir los preceptos de los que han abierto el camino, puede llevar a cabo en forma completa todas las operaciones dentales ordinarias y muchas de las extraordinarias con facilidad y precisión.

La diagnosis sin embargo continúa siendo esencialmente un arte científico en la actualidad. Su resultado no sólo depende de la preparación del que la realiza sino también de su agudeza intuitiva. Hoy, con experiencia y preparación, el C. Dentista puede correlacionar las experiencias de otros con las propias y aplicarlas en los casos que se le presenten, de tal manera que le permitan en muchas ocasiones determinar el tipo de lesión o el pronóstico de un caso, simplemente refiriéndolo a observaciones anteriores o aplicando sus conocimientos.

El Odontólogo no debe pensar que su responsabilidad profesional se circunscriba por precedentes a cierta área limitada y definida. Tal confinamiento vencería el propósito de su profesión, esencialmente al servicio de la salud.

La boca es la zona de mayor suceptibilidad de todo el cuerpo debido a su función, y frecuentemente revela condiciones específicas, tales como discracias sanguíneas, sífilis, enfermedad de Addison, diabetes y muchas otras; antes de estar el paciente suficientemente enterado de su estado de salud, como para consultar un médico.

Igualmente importante para el C. Dentista, resulta el hecho de que los males específicos no observados, prolongan indebidamente los tratamientos locales y conspiran hacia su fracaso absoluto. Es de imperiosa necesidad que el odontólogo no inicie el tratamiento de primera intención sino que previamente dedique el tiempo suficiente a un examen, lo más completo posible y concrete un diagnóstico correcto.

EMERGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

Definición.—Del Lat. emergens-entis, emergente, acción y efecto de emerger. Ocurrencia, accidente que sobreviene. Se usa en el sentido de provisional y urgente.

Emrgencia.—Es la combinación imprevista de circunstancias que requieren atención inmediata.

Las emergencias surgen indistintamente en los consultorios de los C. Dentistas generales y de los especializados y es de su responsabilidad saber qué hacer de inmediato. El C. Dentista de la vecindad y el que ejerce en una zona alejada de una ciudad grande, son llamados a menudo para tratar de urgencia a personas heridas en las calles o caminos, o como consecuencias de los accidentes en el hogar, o en una planta industrial. Además si ocurriera una catástrofe por una acción enemiga los C. Dentistas en virtud de sus conocimientos y capacitación médica básica, compartirían con los médicos el deber de cuidar a quienes sobrevivan a ese ataque. No siendo esto más que un trabajo dedicado a las emergencias más comunes y frecuentes, en el consultorio dental, principiaré por las:

Emergencias Anastésicas

Muchas de las emergencias que se producen en el consultorio dental, se relacionan con procedimientos anestésicos regionales o generales. Hay que hacer notar que no todas ponen necesariamente la vida en peligro; pero la duda, respecto al resultado existe siempre. Por lo tanto el tratamiento de urgencia está siempre indicado.

Es muy importante, que todo consultorio dental esté equipado para tratar los accidentes anestésicos más probables, pues sería imposi-

ble obtener con la suficiente rapidez las drogas y materiales necesarios no disponibles en el momento del accidente.

Los anestésicos locales son las drogas sistémicas que se usan más comúnmente en Odontología. Todo C. Dentista debe por consiguiente estar versado en el tratamiento de esas emergncias, ya que los anestésicos locales en uso en la actualidad, pueden producir reacciones adversas muchas de ellas urgentes.

Las más frecuentes durante el uso de la anestesia local o después de ella son: la lipotimia; las que se refieren a sobre dosis tóxicas, idiosincracia y alergia.

LIPOTIMIA.—Es la pérdida súbita y pasajera de los sentidos y del movimiento, con palidez del rostro y debilidad de la respiración y circulación. Es la más común y asociada a la anestesia local, provocada por factores psíquicos o el trauma de la inserción de la aguja. En la gran mayoría de los casos, el paciente dirá primero que se siente desmayar, un estado que se caracteriza por palidez, sensación de mareo, de hueco en epigastrio, debilidad o flaqueo de las piernas y en algunos casos náuseas. Pero a menudo puede no perder la conciencia. Cuando se presentan estos síntomas, la emergencia existe porque hay que hacer algo para aliviar el estado del paciente. La pérdida total de la conciencia se evitará muy probablemente, si se coloca al paciente en posición de Trendelemburg.

La pérdida de la conciencia por razones psíquicas o de otro tipo, se debe a algún trastorno en el mecanismo para mantener presiones sanguíneas normales.

Tratamiento.—Colocar al paciente en posición supina en el sillón, con la cabeza lo más baja posible. Debe administrarse oxígeno —elemento indispensable en todo consultorio dental.

SINCOPE.—El síncope (anemia cerebral aguda), es generalmente pasajero. Los signos del síncope son: coloración gris cenicienta de la piel, transpiración fría, pulso pequeño, una sensación de vértigo y náuseas.

Cuando un paciente presenta signos de desmayo, debe bajarse inmeditamente el respaldo del sillón, de modo que la cabeza esté más baja que los pies; las ropas ajustadas deben aflojarse; los estímulos reflejos deben asegurarse, aplicando agua fría a la cara y por una in-

halación cautelosa de los vapores de licor aromático amoniacal. Si el paciente tiene dolor de cabeza, se le darán comprimidos de ácido acetilsalicilico, cuando se haya recobrado.

Si el Cirujano Dentista no se ha dado cuenta de los sintomas para impedir el síncope y se encuentra con que el paciente ha perdido el conocimiento, que las pupilas están ampliamente dilatadas y que tiene movimientos convulsivos de las extremidades, como resultado de la anoxia cerebral, debe realizar inmbdiatamente las indicaciones ya citadas. Además, debe administrarle oxígeno y un centimetro cúbico de epinefrina en solución, al uno por mil, o una ampolleta de Metrasol.

Manténgase al paciente en posición supina hasta su sucuperación total. Contrólose el pulso y la aceleración respiratoria, tomándose la presión sanguinea periódicamente.

Shock.—El shock, es una deficiencia circulatoria, ya sea de origen cardiaco o vaso motor, caracterizada por tener la potencia cardiaca y la hemoconcentración disminuidas.

Mientras que el sincope es la complicación quirúrgica y post inyección inmediata más frecuente, el cirujano dentista no debe olvidar la posibilidad de un shock traumático, durante o inmediatamente después de un procedimiento quirúrgico prolongado, en la cavidad bucal.

El shock pasa por varios periodos: 1o. shock primario; resultante de reflejos y causas emocionales: en esencia es el síncope. 2o. si el shock primario no es rápidamente fatal, se produce una reacción y el paciente vuelve a la normalidad, o, 3o. al estado de shock secundario. La piel se torna pálida, fría y viscosa por el sudor; las mucosas también están pálidas; los labios, uñas, puntas de los dedos de las manos y los pies y los lóbulos de la orejas son de un color gris azulado; la cara está contraída y sin expresión; los ojos están hundidos y fijos, con una mirada sin expresión; las pupilas están dilatadas y reaccionan muy débilmente; el pulso es débil, generalmente rápido y a menudo intermitente; las respiraciones son rápidas, superficiales e irregulares; la temperatura es subnormal. La conciencia generalmente se mantiene, aunque la mente esté apática.

Trataminto.—El shock puede ser más fácilmente prevenido que tratado. Dar un descanso y alivio absoluto del dolor o angustia, administrando .002g. de morfina hipodérmicamente o aplastando una ta-

bleta y colocándola debajo de la lengua. Esto es para cortar las influencias psíquicas que agravan el shock.

Restaurar la pérdida de líquidos del cuerpo. En todos los casos de shock, tomar el pulso y presión sanguínea a intervalos frecuentes, porque éstos son los indicadores más seguros de la severidad del shock.

Si se ha perdido mucha sangre, la transfusión sanguínea es el remedio supremo y puede ser el que le salve la vida. La albúmina humana es efectiva para el tratamiento del shock. En caso de no contar con sangre fresca, se puede administrar por vía endovenosa, dextrosa en solución salina al 5%. Tan pronto como se observa una mejoría, hay que parar la inyección de la solución porque inyectada en mucha cantidad o muy rápidamente, puede afectar el corazón.

El oxígeno es esencial para tratar el shock.

Sobredosis Tóxica.—la emergencia más común que puede atribuirse a la solución anestésica misma, es la sobredosis tóxica y ocurrirá toda vez que una cantidad suficiente de la droga sea absorbida en el torrente sanguíneo, afectando adversamente los centros superiores del sistema nervioso central.

Si durante la administración de una anestesia local, ocurre una reacción inmediata, lo seguro es que la droga ha sido administrada en la vena, ya que resulta improbable que una cantidad suficiente para crear la reacción pueda ser absorbida de los tejidos al torrente sanguíneo en un periodo tan breve. Como regla, cualquier reacción debida a una sobredosis tóxica, ocurrirá dentro de los 20 a 30 minutos del momento de la inyección, o no habrá reacción alguna.

Síntomas.—Los primeros síntomas con la posible excepción de la Xilocaina serán: leve excitación, locuacidad, ansiedad, posiblemente náuseas y vómitos.

Tratamiento.—En la mayoría de las reacciones anestésicas locales de tipo tóxico, leves, no hay tratamiento específico, aparte de la interrrupción de la droga.

No obstante si se ha aplicado la dosis total y la fase estimulante continúa o progresa, hay que dar barbitúricos por vía intravenosa, especialmente nembutal o seconal, en cantidad suficiente (50 a 100 mgs.), para controlar el estímulo. Luego, corresponde administrar oxígeno. En

muchos casos este solo elemento puede ser el único tratamiento necesario, particularmente si el estímulo no es muy grave. Cuando la emergencia tóxica se ha presentado de repente y ha pasado, por la fase estimulante, con extrema rapidez, produciendo depresión intensa, será necesario mantener la oxigenación con respiración controlada, mientras al mismo tiempo se toman medidas para sostener la circulación.

En casos graves, de extrema depresión del sistema nervioso central o colapso cardiovescular, se espera que el dentista instituya el tratamiento de emergencia inmediato, hasta que pueda procurarse otra ayuda. No debe considerarse una demostración de incapacidad del dentista buscar otra ayuda profesional más calificada. Por el contrario, es prueba de sensatez requerir la consulta y la ayuda cuando se presenta una emergencia grave. Hay que insistir que en muchas ocasiones aun cuando se procura ayuda, el tratamiento inicial, instituido por el dentista puede decidir el resultado final.

Indiosincracia.—Puede definirse como una hipersensibilidad a una droga que produce reacciones desagradables, cuando se ha usado una cantidad comparativamente pequeña de la misma. Es muy difícil clasificar esta reacción, porque la variedad de síntomas parecen no estar en modo alguno relacionados con la farmacología de la droga. Cuando esos síntomas no pueden clasificarse, como debidos a sobredosis tóxica o alergia, es muy razonable considerar que los pacientes poseen una idiosincracia a ese medicamento en particular.

Alergia.—Def. Así se designa la excesiva sensibilidad contra substancias que actúan sobre el organismo, sea por ingestión (alimentos, medicamentos), por aspiración o por el simple contacto con la piel.

Los signos y síntomas de una reacción alérgica pueden ser leves o graves, inmediatos o secundarios.

Tratamiento.—El tratamiento a una respuesta alérgica depende del tipo de reacción que aparece. Si es muy leve puede no ser necesario tratamiento alguno, pero si por el contrario los síntomas son: uticaria y edema de tipo angioneurótico, puede administrarse una droga antihistamínica, por ejemplo el Benadryl (difenidramina) en dosis de 20 mlgs., por la vía oral, intramuscular o endovenosa. Puede administrarse también adrenalina (epinefrina) al 1:1000, en dosis de 3 a 5 mgs., teniendo antes la precaución de tomar la presión sanguínea, so-

bre todo si se trata de personas adultas, las cuales bien pueden ser enfermos hipertensos.

Los casos más graves que complican el árbol tráqueo-branqueal, deben tratarse administrando oxígeno bajo presión, más Benadryl intravenoso en dosis de 50 mgs., o aminofilina intravenosa en dosis de 7 a 8 gms. Aquí también debe buscarse la ayuda posterior para manejar en forma más eficaz el caso; del médico general. Otro tratamiento, sería administrar suero glucosado al 5 o al 10%, con una ampolleta de aminofilina a 80 gotas por minuto (venoclisis).

Un producto antihistamínico, usado con mucho éxito en alergosis post-operatorias, es la Avapena; las dosis usuales serán, una gragea dos o tres veces al día; dosis diaria media, de tres a seis, casos agudos, una ampolleta endovenosa o intramuscular al día, cuyo resultado se observará a los 20 o treinta minutos.

EPILEPSIA

Actualmente se comprende bajo el término genérico de epilepsias, una serie de cuadros clínicos, cuyo elemento fundamental se refiere a una brusca y breve o prolongada pérdida de la conciencia, que se acompaña en ocasiones, de fenómenos convulsivos. Otra serie de manifestaciones, preceden, acompañan, siguen o sustituyen al momento fundamental, pero todas ellas se caracterizan esencialmente por la perturbación de los mecanismos concientes, con amnesia más o menos completa del episodio.

La epilepsia debe considerarse, tanto desde el punto de vista clínico como del electroencefalográfico, dos grandes grupos:

La epilepsia funcional ("Idiopática" o "Esencial") que se caracteriza por ser generalizada y crónica; se manifiesta clínicamente por accesos, con pérdida de conciencia (de gran o pequeño mal) y electro encelográficamente por la presencia de espigas continuas, sincrónicas, simétricas y generalizadas.

La epilepsia orgánica, esencialmente parcial, causada por una lesión anatómica, que se manifiesta clínicamente por trastornos neurológicos y psiqiátricos, en los intervalos entre las crisis y por los cambios en el electroencefalograma, que son registrados en áreas circunscritas del encéfalo.

Etiología.—Todo médico que atienda a un enfermo que padezca crisis convulsivas, es indispensable que trate de investigar su causa.

Sintomatología.—Desde el punto de vista clínico, conviene conservar la división de los fenómenos epilépticos en: a) ataque de gran mal; b) variantes epilépticas.

a) El ataque epiléptico.—No es frecuente que el médico pueda presenciar directamente la crisis accesional epiléptica. Los datos obtenidos de las personas que rodean al enfermo o del mismo enfermo, son sin embargo suficientes, para llegar a un diagnóstico en la mayoría de los casos. El ataque se puede dividir en momentos sucesivos que desde la descripción de Gower, son clásicos.

El ataque típico se desenvuelve en la siguiente forma:

1o. Pródromos. 2o. Auras. 3o. Pérdida de conciencia. 4o. Momento tónico. 5o. Momento clónico. 6o. Estado postconvulsivo.

Simplificando la sucesión de estos momentos distintos, pueden separarse tres fases en el ataque del gran mal epiléptico: la fase prodrómica, la fase convulsiva y fase postconvulsiva.

El ataque puede anunciarse horas o días antes de presentarse, o hacerlo bruscamente. Entre tales anuncios figuran, como muy interesantes, los cambios de humor sin causa aparente, que se traducen en estado de irritabilidad y malestar injustificado: son las distimias epilépticas. El ataque propiamente dicho puede presentarse precedido o no del aura epiléptica, cuyo análisis haremos luego. En ocasiones, al comienzo de la crisis, el enfermo emite el famoso grito epiléptico y cuya explicación es el ruido inspiratorio laríngeo. En el momento de la emisión de este grito, el enfermo ha perdido ya la conciencia; algunos autores no comparten esta opinión, pues el que el enfermo no recuerde este momento, puede explicarse, por la amnesia típica de los hechos inmediatamente anteriores al ataque Con aura o sin aura, con grito o sin grito, el ataque propiamente dicho, se inicia por una pérdida brusca de la conciencia y del tono de actitud. El enfermo cae en el suelo sin tiempo de nada y ello es motivo de las heridas que puede presentar, que pueden ser graves y de fatales consecuencias. Inmediatamente de este momento, se instala la fase tónica durante la cual todos los músculos voluntarios, incluso los de la respiración, entran en rigidez y dan lugar a una inmovilidad total. Este estado espasmó-

dico tónico, puede invadir a un tiempo todo el cuerpo o iniciarse en un grupo muscular. Pero la sucesión de los grupos en que se inicia y su generalización puede ser tan rápida que pase desapercibida, incluso para los observadores más cuidadosos. El enfermo se desploma, como una masa inerte y los labios y la cara pálidos al principio se tornan lívidos, cianóticos. Este estado tónico no dura más allá de varios segundos e inmediatamente se instala la fase clónica. Durante esta fase se producen sacudidas violentas de todos los músculos voluntarios, sacudidas rápidas primero y lentas y de mayor amplitud más tarde. El enfermo recobra poco a poco el color y la respiración tiende a normalizarse, siendo primero irregular y espasmódica. Durante este período, es cuando el enfermo presenta la incontinencia de orina y más rara vez de heces. De la boca escurre una saliva espumosa y sanguinolenta, siendo dicha sangre debida a la mordedura de la lengua o de las mucosas de las mejillas, la cual se produce bien sea en la fase tónica, por haber quedado la lengua o la mucosa atrapadas por los dientes o en la fase clónica, por los movimientos maxilares, sobre todo en las crisis masticatorias. Esta face clónica termina con un relajamiento completo de la musculatura y el enfermo permanece en estado de coma, respirando estertorosamente, para pasar después de un tiempo variable, a un sueño profundo que dura varias horas y del que sale recuperado.

Tratamiento.—Identificado el ataque epiléptico:

1o.—Evitar mordedura de lengua, labios o mucosas de mejillas, poniendo una gasa o pañuelo etre los dientes.

2o.—Evitar que el enfermo se traumatice cara, cabeza, miembros, etc.; colocándolo en posición y lugar apropiados.

3o.—Aflojar todas las prendas de vestir, para que la respiración no se interrumpa y cuando vaya pasando el ataque, los movimientos respiratorios no sean obstaculizados.

4o.—Si el enfermo no ha recibido tratamiento, drenarlo para que lo reciba.

5o.—Establecer tratamiento dental, sólo de acuerdo con el médico.

CARDIOPATIAS

"El paciente cardíaco como riesgo en el consultorio dental"

Sólo en raras ocasiones, un paciente cardíaco debe ser privado de los procedimientos quirúrgicos necesarios, si se dispone de personal capacitado y de facilidades adecuadas. La enfermedad cardíaca no justifica que un individuo sufra por un estado que pueda corregirse.

MORTALIDAD.—No se dispone de datos estadísticos exactos, sobre muertes debidas a anestesia y cirugía, salvo para grupos individuales hay variación, desde cifras extremadamente altas, de 1 en 2,680 por Beecher Todd, a la sorprendente, más de 200,000 casos consecutivos, sin ninguna muerte comunicadas por William. La causa del fallecimiento puede ser obscura, pero probablemente a la anoxia corresponde el lugar más notable en la lista.

Antes de tomar ninguna decisión, respecto a si es aconsejable una intervención quirúrgica, debe evaluarse en forma cuidadosa la necesidad del procedimiento de la afección cardíaca, para determinar si el riesgo justifica, o no la operación. Generalmente el dentista puede decidir por sí mismo, pero en pacientes con una enfermedad más seria y una reserva cardíaca dudosa, está obligado a buscar el consejo de cardiólogos y anestesiólogos calificados.

VARIACIONES.—Cada paciente presenta un problema quirúrgico, un trastorno cardíaco y un riesgo anestésico absolutamente individual.

Por ejemplo, una extracción podía ser difícil o sencilla. Un paciente con enfermedad cardíaca reumática, puede tener poca o total incapacidad; la anestesia puede ser complicada o fácil, etc.

Es lamentable que muchos pacientes crean que no podrán sobrevivir a cualquier tipo de operación y anestesia. Este concepto erróneo surge a menudo de un médico de familia, con buenas intenciones, pero no autorizado precisamente, por inexperiencia, para tomar tal decisión.

RIESGO OPERATORIO.—Al intentar predecir el resultado de cualquier procedimiento quirúrgico, estamos obligados a considerar en el orden de su importancia: El paciente, la naturaleza de la intervención, la capacidad del cirujano, la habilidad del anestesista, y la disponibilidad de consultores autorizados.

RESERVA CARDIACA.—Una ayuda valiosísima surge de la obtención de una historia adecuada, con respecto al trastorno del enfermo. Por razones no siempre comprendidas, los pacientes pueden exagerar o disminuir sus síntomas, y esta tendencia hace extremadamente difícil lograr un cuadro exacto.

Demasiados médicos y dentistas tienen la equivocada impresión de que si el test electrocardiográfico es normal, o sólo ligeramente anormal, el corazón está funcionando satisfactoriamente. Nunca engañarse por ese falso concepto, porque hay corazones en que la conducción es normal a pesar de una reserva pobre.

Como regla empírica, pacientes que dan una historia de disnea u ortopnea, dolor en el pecho, edema de los tobillos, que se fatigan fácilmente o tosen, requieren un examen cuidadoso.

Estos son frecuentes signos de falla cardíaca. Las anormalidades congénitas y las enfermedades cardíacas reumáticas, coronarias hipertensivas, o sifilíticas, suelen aparecer. Esos corazones están agrandados y la circulación coronaria, con frecuencia perturbada. Las emergencias pueden exigir métodos más breves, pero nunca se debe perder de vista la necesidad constante de oxígeno y de una circulación adecuada aun durante el más simple de los procedimientos.

PRECAUCIONES.—Nuestros esfuerzos deben dirigirse a evitar cualquier cosa que aumente el trabajo del miocardio enfermo, o disminuya su oxigenación.

La aprensión, dolor, fiebre, shock, pérdida de sangre, hipoxia, exceso de dióxido de carbono y la acidosis, significan un recargo adicional para un corazón que está fallando y podría llevarlo a la descompensación.

Lo que interfiere más adelante con la circulación y la oxigenación satisfactoriamente, que el músculo esquelético y deja de funcionar con una deuda de más o menos un quinto de lo que necesita el músculo esquelético. El miocardio también es muy sensible a los cambios en el Ph y como consecuencia, cuando el ácido láctico en el músculo cardíaco aumenta o el Ph cae, se producen extrasístoles, bloqueo cardíaco u otras irregularidades, seguidas por cesación del latido. El músculo cardíaco hipóxico, es también más propenso a los focos atópicos de contracción y a la fibrilación ventricular o asistóles fatales.

Los más potentes anestésicos por inhalación, aumentan también la irritabilidad de este músculo. Con mucha frecuencia nos enfrentamos con una catástrofe cuando juegan los factores de un corazón enfermo: hipoxia, exceso de dióxodo de carbono, cambio en el Ph, y drogas irritantes.

Debe alejarse el temor, el dolor y la aprensión, ya que el efecto de la epinefrina endogena es tan perjudicial como su administración exógena.

Existen gran cantidad de pruebas clinicas y experimentales, en el sentido de que muchas irregularidades cardiacas que ocurren durante la inducción de los anestésicos por inhalación, se deben en gran medida a una secresión excesiva de epinefrina. La administración preparatoria de dibenamina es eficaz para eliminar algunas de esas arritmias. Se ha demostrado que el pentotal sódico, que permite una inducción rápida, suave y tranquila, reduce marcadamente las arritmias cardíacas, producidas por el éter y el ciclopropano.

POSICION.—La posición del paciente es un detalle muy importante, pero se suele ignorar. Después de la sedación o la anestesia y durante la intervención, el paciente normalmente ortopneico, es colocado con demasiada frecuencia en posición supina, lo que interfiere en la oxigenación adecuada. Los pacientes deben ser mantenidos en una posición similar a la que asumen durante el sueño normal. El sentirse erecto en un sillón dental ,después de la sedación o durante la anestesia puede causar una profunda hipotensión. Si resulta necesario esta posición, el envolver firmemente las extremidades con un vendaje elástico, ayudará mucho a prevenir una caída de la presión sanguinea.

SHOCK Y TRAUMA.—Muchos pacientes con corazón descompensados son hipervolémicos y policitémicos. La primera condición los hace más propensos al endema pulmonar y la última, a la trombosis o al tromboembolismo, que son complicaciones frecuentes de la cirugía mayor que termina de manera insatisfactoria. Si se emplea anestesia local hay probablemente una razón adecuada para realizar múltiples procedimientos cortos. Sin embrgo, bajo anestasia general bien, establecida, la razón es el progreso de la operación y la respuesta del paciente más que la decisión preestablecida de extraer uno o dos dientes por vez. Insistimos en que solamente en que la gran experiencia en los problemas específicos implicados, producirá los resultados ideales.

INFECCIONES.—La infección pre o posoperatorio aumenta el consumo de oxígeno, y debe realizarse todo esfuerzo posible para tratarla o prevenirla. Los pacientes con enfermedad vulvar, deben ser protegidos de la endocarditis bacterial, que les amenaza después de cualquier procedimiento quirúrgico bucal, la profilaxis debe consistir en, por lo menos 500,00 U. de penicilina por día, comenzando un día antes de la operación y continuando por un mínimo de tres días después de ella. Cuando existe cualquier infección aguda, deben realizarse estudios de sensibilidad y administrar los antibióticos apropiados.

TRATAMIENTO ADECUADO.—Cuando la operación y el paciente puedan ser sometidos a la anestesia local, resulta sin duda el método más seguro.

ANASTESIA.—Si se ha elegido la anestesia local por infiltración o por bloqueo, la droga empleada es de poca consecuencia. La mayoría tenemos nuestros favoritos, que actúan mejor en nuestra experiencia y agregan una autoconfianza. La epinefrina, probablemente no debe usarse, debido a su acción exitante al corazón. Cuando se agrega a la solución anestésica, resulta adecuada una concentración de 1.100,000. Los límites en cuanto a volumen y concentración son dictados por la potencia y toxicidad específicas de las drogas. La administración de un barbitúrico (fenobarbital 1-1½ gr.) una hora antes, reduce la irritabilidad cartical y es aconsejable en pacientes apresivos o cuando se emplean grandes dosis. Esto no excluye una reacción desfavorable a la droga. El síncope consecutivo a cantidades aun mínimas, deben anticiparse y tratarse, colocando al paciente en posición de Irendelenburg y administrando oxígeno y barbitúricos por vía intravenosa, si es necesario.

Las reacciones desfavorables a los anestésicos locales, se explican con más frecuencia en base al stress emocional que al trastorno fisiológico por la droga misma. La prevención se intenta reasegurando previamente al paciente y explicándole qué se le va a hacer.

La tranquilidad mental, el descanso físico, son convenientes y se logran con el reaseguro amable, y la ayuda de una sedación leve. Las drogas preoperatorias inmediatas deben ser seleccionadas individualmente, teniendo cuidado de evitar dosis grandes de narcóticos que puedan deprimir la presión sanguínea y la respiración. Es aconsejable equivocarse en menos, ya que el dosaje puede aumentarse si es necesario

en el paciente de constitusión corriente y riesgo moderado, empleamos un barbitúrico como el pentobarbital, 50 a 100 mg. por boca, 90 minutos antes de la hora de intervención, y demerol, 50 a 75 mg. por vía hipodérmica, media hora después del barbitúrico. En los más seriamente enfermos, empleamos la dosis menor de pentobarbitral y frecuentemente omitimos el demerol.

El empleo juicioso de la escopolamina o la atropina 0.3 mgs. 1 hora antes de la anestesia, suele impedir la salivación excesiva que podría interferir la llegada de los gases anestésicos, al igual que el oxigeno a los alveólos a través de la membrana alveolar. Se cree que la atropina tiene también un buen efecto de obtundir los reflejos vagales. La taquicardia, raramente producida por estas drogas, no es una contradicción para su uso.

Los anestésicos generales administrados correctamente, serán seguros en todos los pacientes cardiacos, excepto en los incapacitados muy gravemente.

El cardíaco leve, capaz de cumplir con sus actividades rutinaria-cotidiana, no presenta problema especial y puede ser tratado como cualquier otra persona. A medida que la incapacidad aumenta, también debe aumentar la capacidad y preparación de los participantes. La responsabilidad del cirujano para determinar hasta dónde puede manejarse, pesa fuertemente sobre de él. Cuando hay duda debe buscarse la asistencia adecuada.

INFARTO DEL MIOCARDIO

Definición.—La oclusión de una de las ramas de las arterias coronarias, consecutiva a un trombo, a un émbulo o un espasmo arterial, da lugar a infarto y muerte de la parte del músculo cardíaco irrigada por el vaso ocluido.

Etiología.—Las causas más frecuentes del infarto del miocardio, es la arterioesclerosis de las coronarias. En todos los casos la hipertensión arterial suele preceder a la presentación de la esclerosis coronaria. Casi constantemente la enfermedad es secundaria a un proceso más general. La sifilis es rara como causa del infarto del miocardio; pero no puede decirse de otras infecciones. La embolia es un proceso poco frecuente.

La diabetes ha sido incriminada como causa de trombosis. La importancia patogénica del momento espasmódico arterial, en la producción del sindromo infarto del miocardio, ha crecido en estos últimos años. Se piensa que en todos los casos de oclusión arterial, la causa inmediata sería el factor espasmódico de la arteria, el cual, en definitiva, puede desencadenar por un proceso endoarteritico, ateromatoso, trombótico o embólico.

Sintomatologia.—El síntoma inicial es generalmente la crisis dolorosa, de tipo anginoso. El dolor se puede localizar con más frecuencia en la región abdominal, siendo la duración mayor que en la angina de pecho. Los nitritos son inoperantes en el infarto y el cuadro se acompaña de estos elementos shock y colapso. Náuseas y vómitos acompañan en su iniciación el cuadro del infarto, o se presentan al poco tiempo, al palidez, sudor frío, pulso rápido o apenas perceptible, con una baja brusca de la presión sistólica. Hay frecuentemente una leucocitosis moderada con aumento relativo de polinucleares y la velocidad se sedimentación de los glóbulos rojos está aumentada. El examen del corazón revela una dilatación discreta. La contracción sitólica puede ser débil que llegue a faltar el latido de la punta. Hay taquicardia y muchas veces arritmias. Cuando el infarto interesa la parte alta del tabique puede presentarse el bloqueo cardíaco, con disminución del número de contradicciones. Los tonos cardiacos se perciben débiles, especialmente el primero, en la punta. En muchos casos se observa un ritmo de galope. El electrocardiograma resuelve casi siempre las dudas diagnósticas en algunos casos, en los que el cuadro no es tan típico como el que acabamos de describir. Hay que tener en cuenta que este cuadro puede variar en intensidad hasta hacer difícilmente reconocible el infarto del miocardio. Será preciso recurrir al electrocardiograma, principalmente cuando se trate de diagnosticar la localización del infarto.

La sintomatología, como decimos, puede variar; pero los síntomas y signos que se presentan, han sido agrupados y resumidos por Hamman en la siguiente tabla:

1o.—Síntomas inmediatos asociados con la oclusión:

A.—Dolor.

B.—Shock:

a) Postración.

b) Caída de la presión arterial.
c) Supresión de la orina.

2o.—Síntomas asociados con la lesión miocárdica, insuficiencia del miocardio:

A.—Disnea.
B.—Congestión pasiva:
a) Cianosis.
b) Edema pulmonar.
c) Aumento del tamaño del hígado.
d) Albuminaria.
e) Edema subcutáneo .

C.—Debilitamiento de la contracción cardíaca, disminución de intensidad de los ruidos cardíacos, ritmo de galope, soplos, arritmias.

3o.—Síntomas asociados con el infarto del miocardio:
4o.—Síntomas adicionales:
A.—Fiebre y leucocitosis.
B.—Pericarditis.
C.—Fenómenos de embolia.
D.—Aneurisma cardíaco y ruptura del mismo.
A.—Náuseas, vómito, diarrea.
B.—Facies peculiar.
C.—Síntomas vaso-motores.
D.—Síntomas nerviosos.

El pronóstico del infarto del miocardio es malo; pero mejora conforme el enfermo va superando los días inmediatos al ataque, de modo que raramente es fatal, de no existir complicaciones, pasará la primera semana. Pero la recuperación no suele ser completa, pudiéndose desarrollar una insuficiencia cardíaca progresiva. En el pronóstico habrá de tener en cuenta la localización de la oclusión, para lo cual tendremos que recurrir al electrocardiograma. En todo caso, la crisis puede repetirse.

Tratamiento. — El tratamiento de infarto del miocardio consistirá en reposo absoluto, tanto mental como psíquico en un primer plano, y en la administración de sedantes. Desde este punto de vista, habrá ocasiones en que tengamos que recurrir a la morfina; pero otras veces será suficiente administrar sedantes más suaves, que en todo caso se

utilizarán, reemplazando a la morfina, pasados los primeros días. El empleo de sedantes se alargará por un período indefinido de tiempo, pues es esencial procurar el reposo y el sueño del enfermo. Inyecciones intravenosas de glucosa, o subcutáneas de suero pueden ser útiles para combatir el shock. La dieta será líquida o semi-sólida con alimentos de fácil digestabilidad y que no produzcan flatulencia. Se evacuará el intestino, con enemas. Los estimulantes cardíacos se manejarán de acuerdo con el estado del corazón y, en caso de insuficiencia se procederá en la forma adecuada.

El reposo y los cuidados de la convalescencia deben continuarse durante mucho tiempo. En caso de que temamos la aparición de la taquicardia paroxística puede administrarse la quinirina, la cual sirve también en los casos de presencia de fibración auricular.

Durante el período de convalescencia debe atenderse cuidadosamente el estado psíquico del enfermo recurriendo a una cura psicoterápica.

"TROMBOSIS Y EMBOLIA"

Def. — Con el nombre de trombosis se designa la oclusión total o parcial de un vaso por un coágulo o trombo formado por la coagulación de la sangre en un sitio determinado.

ETIOLOGIA. — Las causas más frecuentes son:

1. — Enfermedades arteriales que producen una reducción del lumen y engrosamiento de la íntima del vaso.

2. — Enfermedades que causan un aumento en la coagulabilidad de la sangre.

3. — Los factores que determinan una disminución en la velocidad de la circulación de la sangre como sucede en los siguientes padecimientos: Endarteritis Sifilítica, Arterioesclerosis, Aterosclerosis, Tifoidea, Neumonía, Difteria, Anemias Profundas.

La trombosis provoca en sí un infarto cerebral, lo que trae consigo una disminución o supresión de oxígeno (Anoxia) y por lo tanto, si la causa persiste viene la muerte del tejido nervioso (Infarto cerebral).

La sintomatologia de la trombosis depende del sitio, así puede manifestarse por Afasia de diversos tipos; Hemiplejía de diversos tipos; Síndrome de Weber; Síndrome Peduncular alto; Síndrome Bulbar.

Embolia. — El enclavamiento de un cuerpo extraño, de un coágulo o de una vegetación en un vaso de un cuadro que se designa con este nombre.

Las arterias cerebrales izquierdas son las atacadas más a menudo. Se observa con mayor frecuencia en la juventud.

El trombo a menudo procede de una endomiocarditis reumatismal aguda o subaguda, de un coágulo que se desprendió de la aurícula izquierda, de una arteria ateromatosa, o de una endocarditis bacteriana. Los capilares pulmonares constituyen filtros que protegen a la circulación general de los trombos venosos, pero los glóbulos grasosos precedentes de fracturas pueden atravesar el pulmón y determinar embolias grasosas. En ocasiones se presentan embolias cerebrales después de las operaciones practicadas en el pulmón.

SINTOMATOLOGIA. — El principia por lo general, es brusco pero menos dramático que el de las hemorragias. Puede haber convulsiones y luego, coma. Es la causa más frecuente de las hemiplejías de la juventud. La presión arterial se encuentra, generalmente, elevada en la hemorragia intracerebral y la trombosis cerebral, pero puede ser normal en las embolias.

TRATAMIENTO. — Al atender a un enfermo con hemiplejía ya sea causada ésta por trombosis o por hemorragia, lo primero que debe procurarse es salvarle la vida durante el período inmediato al ataque. Cuando se trata de hemorragia, la misma enfermedad, en la mayoría de los casos impone absoluto reposo. El enfermo deberá ser acostado y cambiado de posición, de ser posible cada dos horas. Si el paciente está consciente se le darán alimentos por vía bucal. Si se encuentra en estado comatoso se alimentará por vía subcutánea o intravenosa con suero glucosado al 5% (2 ó 3 litros) y vitaminas. Para evitar infecciones secundarias se administrará un millón de unidades de penicilina diariamente.

Si por el estudio clínico el médico está seguro que se trata de embolia o trombosis se deberá practicar el siguiente tratamiento.

Primero: Como ya dijimos, reposo absoluto extrayendo 50 c.c. de sangre al enfermo, administrar vasos dilatadores, por ejemplo: ácido nicotínico, compromidos de 50 mg. (Lakeside) dos compromidos cada 4 horas. Clorhidrato de papaverina (Angeoverin, Cor) ampolletas de 0.03 gms. cada 6 horas por vía intramuscular.

Los anticuagulantes Heparina, Tromexan, Dicumarol, etc.) han sido de enorme ayuda en el tratamiento de la trombosis y de la embolia. Un muy cuidadoso diagnóstico debe ser considerado antes de emplear los anticoagulantes.

Además para el tratamiento de las trombosis y embolias cerebrales las inhalaciones de CO_2 al 5 por ciento y 95 por ciento de oxígeno, durante 12 minutos cada hora, durante 48 horas después de los primeros síntomas.

También se ha recurrido al empleo de la cortisona, pero no se ha confirmado su eficacia.

DIABETES

EL PACIENTE DENTAL DIABETICO

La odontología actual no sólo se preocupa de reparar o reemplazar un diente, sino también del estado de los tejidos estructurales de soporte y del estado de la cavidad bucal.

La manifestación de Sir William Osler de que la cavidad bucal es un espejo del resto del cuerpo, era sin duda una expresión del hecho que los tejidos bucales son indicadores por demás sensibles del estado físico general de la persona. Así, enfermedades de la cavidad bucal producidas por drogas como el bismuto, mercurio y antibióticos; los tipos de estomatitis infecciosas, membranosas y catarrales; la infección de Vicent, leucoplasia, cáncer, sífilis, enfermedades transmisibles, discracias sanguíneas, incluyendo las anemias; exposición excesiva de la radioactividad, infecciones que surgen de los dientes y afectan los maxilares, seno maxilar y ganglios linfáticos; y otras enfermedades asociadas con estados dermatológicos, metabólicos (diabetes mellitus) y nutricios, pueden afectar las funciones de todo el cuerpo y a menudo pueden ser las lesiones iniciales que dan la pauta de una enfermedad sistemática existente.

Antes de discutir la estrecha asociación de los trastornos bucales con la diabetes mellitus, un conocimiento general de la etiología, síntomas y signos de la enfermedad capacitarán al dentista para interpretar más inteligentemente enfermedades dentarias o bucales asociadas con la diabetes.

La verdadera etiología de los estados vasculares relacionados con la diabetes es aún desconocida. Se han adelantado muchas teorías por diversas escuelas de pensamiento para ayudar a fundamentar las comprobaciones clínicas de la estrecha asociación de la degeneración vascular con la diabetes y la dieta. Como se trata de un punto en controversia, sólo podemos decir que estamos aún en un dilema respecto a la verdadera causa de las enfermedades vasculares asociadas en la diabetes.

Conocemos el hecho de que por mayor incidencia de diabetes todas las clases de personas en todo el mundo, el coma diabético ya no constituye un problema en presencia de la terapia insulínica. Pero el punto que enfrenta el individuo con diabetes en la actualidad es la compliación vascular. ¿Cómo puede ser controlada mejor? Este es nuestro desafío.

IMPORTANCIA DE LA HISTORIA DIABETICA

En todos los consultorios debe incorporarse como procedimiento de rutina el tomar cuidadosamente la historia personal y familiar del paciente con relación a la diabetes. La evaluación de la cavidad bucal no puede conducirse correctamente sin tomar en consideración el estado físico general del paciente.

Si un paciente tiene una historia familiar de diabetes o presenta síntomas o signos de la enfermedad, y si no se encuentra en atención médica, debe hacerse uno de los tests más recientes para determinar azúcar en orina o referirle al médico para discutir las comprobaciones del dentista. Es también deber de éste saber si el paciente con diabetes está siguiendo adecuadamente las instrucciones de su médico.

FACTORES ETIOLOGICOS EN LA DIABETES

El consenso de opinión basado en comprobaciones de laboratorio y clínicas es que la causa de la diabetes mellitus está asociada con una

deficiencia de insulina. Cualquiera puede ser la etiología, aun se desconoce. Lo que sí sabemos es que las células beta de los islotes del páncreas segregan insulina. Si la insulina es cuantitativa o cualitativamente deficiente o si es neutralizada por algún otro factor o factores desconocidos después de su secreción normal por el páncreas, es todavía un misterio. Queda el hecho, no obstante, que cualesquiera sean los procesos que afecten el mecanismo insulínico, el resultado final es la deficiencia de insulina. Y su corolario es la diabetes mellitus.

Cualquiera persona con historia familiar de diabetes, o con un pariente sanguíneo con diabetes, debe ser sospechado y examinado. La predisposición hereditaria se considera de marcada importancia. Una susceptibilidad a la diabetes parece heredarse como característica recesiva mendeliana. Puede revelarse en un miembro inmediato de la familia o en un pariente lejano, y puede no aparecer hasta tarde en la vida. Se ha estimado que aproximadamente una de cada cuatro personas se considera "portador de diabetes".

La obesidad parece ser un factor muy significativo en la diabetes. Un gran porcentaje, quizá del 40 al 80 por ciento de las personas con diabetes, tenían originalmente exceso de peso.

Asociados con la obesidad podemos mencionar el comer demasiado, que aunque "per se" no puede ser considerado un factor potente, hay que tener en cuenta que la insulina estimula el apetito. Tal vez esas personas durante un periodo prolongado de comer demasiado pueden "agotar" las células beta productoras de insulina en los islotes de Langerhans y desarrollar diabetes.

Estudios recientes han revelado que, junto con la obesidad, las glándulas endocrinas —pituitaria, adrenales, tiroides— pueden figurar en una relación causal con la diabetes. Cuando se comprende el aumento en la incidencia de diabetes en la obesidad y en niños con exceso de peso, no puede evitarse el pensar en el papel del sistema endocrino. Otros factores que parecen estar jugando un papel significativo en la diabetes son las enfermedades de la vesícula biliar y el trauma. Su prevalencia aumentada en pacientes de edad media y en mujeres ha sido observada por algunos investigadores en enfermos sometidos a dietas con exceso de grasas.

SINTOMAS Y SIGNOS. — Los síntomas más característicos: polidipsia, poliuria y polifagia. Síntomas que suelen ir acompañados por

una gradual o rápida pérdida de peso y debilidad general. Otros síntomas frecuentes son prurito, local o general, visión perturbada, sensación pesada o cansancio, embotamiento y sensación de pinchazos en las extremidades inferiores y suceptibilidad de la piel a úlceras, carbúnclos o forúnculos de lenta cicatrización.

El hecho de que exista diabetes es importante para la atención que el dentista va a hacer de la boca. Puede adaptar su terapia de las encias o lesiones bucales, extracciones o servicio protético, de acuerdo a la respuesta del paciente a la terapia diabética.

LESIONES BUCALES COMUNES ASOCIADAS CON LA DIABETES

Las membranas mucosas de la cavidad bucal son habitualmente indicadores sensibles de trastornos físicos generales; a la inversa, enfermedades de la cavidad bucal pueden tener un pronunciado efecto sobre las funciones corporales. Esos efectos se comprenden rápidamente cuando se sabe que el estado de las mucosas bucales es influido en grado medible por los mismos procesos fisiológicos que influyen otras partes del cuerpo.

Las lesiones bucales pueden presentar a menudo signos sospechosos que sugieren un trastorno metabólico, nutricio o endócrino posiblemente asociado con diabetes no controlada, pero que no son específicos para la enfermedad diabetes. Los muchos trastornos creados por la diabetes no controlada son explicables cuando nos damos cuenta que hoy la diabetes mellitus es considerada como un síndrome o un complejo de síntomas con variados antecedentes etiológicos caracterizados por incapacidad para que el cuerpo metabolice normalmente o utilice los alimentos. Este impedimento depende del estado del mecanismo insulínico —una deficiencia real o relativa de insulina provocada por un trastorno en la función de los islotes de Langerhans, o por alguna interferencia con la acción de la insulina en los tejidos corporales. La insulina tiene que ver no sólo con el metabolismo de los hidratos de carbono, sino también con el de las proteínas y grasas.

Así podemos comprender rápidamente por qué signos y síntomas bucales como la sequedad de la boca, encías y mucosas hiperémicas y tumefactas, sensaciones de quemazón en los labios, lengua y paladar, y pérdidas de las papilas filiformes en la lengua, pueden ser signos de

avitaminosis frecuentemente asociados con diabetes no controlada. Bien pueden representar manifestación bucal de deficiencia del complejo vitaminico.

Otras obsrvaciones han revelado que la incidencia de caries en los diabéticos no es mayor que en los no diabéticos. Un estudio dental cuidadoso en un campo para niños y niñas diabéticos mostró que entre 276 niños, entre los 6 y 17 años de edad, el 15.2 por ciento no requirió atención odontológica. Tampoco reveló mayor incidencia de dientes perdidos, obturados o cariados, o de enfermedad periodontal, sobre el de un grupo control de niños no diabéticos de edades comparables. Otros grupos de investigadores en sus estudios de la cavidad bucal en 149 diabéticos tratados, encontró síntimas objetivos y sus cambios tisulares tales "como irritación por dentaduras, sequedad de la boca, dientes flojos y doloridos, labios, lengua y paladar con sensación de quemazón, éncias sangrantes, dolorosas y reabsorbidas, sensibilidad en la articulación témporomandibular, dentaduras flojas y mal adaptadas, halitosis, hinchazón en la región parotídea, indentación, fisuramiento, lobulación de la lengua e hipertrofia de las papilas; en cuanto a las encias: edema, reabsorción, hipertrofia, hemorragia, formación de pus."

De acuerdo a Cohen, la ausencia de niveles de glucosa salival aumentados en ciertos diabéticos con la más elevada susceptibilidad a la caries señala a otros factores en la fisiología que pueden estar implicados en la diabetes. Sus estudios, durante un período prolongado, de la susceptibilidad a la caries de 27 jóvenes diabéticos, de 6 a 30 años de edad, mostraron una velocidad acelerada de caries a medida que avanzaba la edad.

En vista de esas observaciones y de los resultados de otros investigadores clínicos, parece que no hay signos bucales específicos de diabetes. De manera similar, un examen físico de un diabético puede no revelar ningún signo específico de la enfermedad.

Los signos y síntomas sugeridos por Burket pueden ayudar al dentista a hacer un diagnóstico de diabetes sospechosa: 1) el paciente se queja de dolor dentario en un diente clínicamente sano; 2) número aumentado de nuevas cavidades formadas durante un período determinado de tiempo; 3) enfermedad periodontal como posible signo precoz; 4) desarrollo de enfermedad periodontal avanzada con marcada pérdida de hueso alveolar en un paciente joven; 5) una formación de tártaro

desusadamente rápida en diabetes no controlada. Con esos síntomas o signos el dentista no debe vacilar en consultar de inmediato al médico de la familia. Esa colaboración será una ayuda valiosa para el paciente descubriendo la enfermedad en un estadio precoz y quizás en la prevención de las complicaciones desfavorables.

CUIDADO BUCAL GENERAL EN LA DIABETES

Ningún examen físico y de laboratorio del paciente es completo sin una investigación cuidadosa de la cavidad bucal. Es deber del médico aconsejar la consulta odontológica como procedimiento de rutina para todos sus pacientes diabéticos. Como una dieta adecuada es factor en el tratamiento de un paciente con diabetes, los trastornos bucales deben ser corregidos para asegurar la masticación correcta de los alimentos y ayudar a su absorción y utilización normal, contribuyendo así a evitar la avitaminosis.

Es una creencia común entre muchos diabéticos que cuando su nivel de azúcar en sangre es normal, la diabetes está adecuadamente controlada. Pero las observaciones clínicas han revelado que, a pesar de un nivel de azúcar en sangre normal, muchos de los pacientes tienen evidencia de degeneración vascular progresiva asociada, como ser retinopatía, enfermedad coronaria o enfermedad renal avanzada (enfermedad de Kimmelstiel-Wilson). Todavía se desconoce cuál puede ser la etiología. Queda el hecho, sin embargo, de que el nivel de azúcar en sangre no puede tomarse como único índice confiable para el estado de todo el metabolismo del cuerpo sin considerar, o investigar, otros factores desconocidos.

Un paciente diabético con nivel de azúcar en sangre normal, puede tener muchos trastornos bucales asociados con disturbios dietéticos. Así, no es infrecuente que se quejen de síntomas y signos de avitaminosis generalizada con encías tumefactas, hiperémicas, sensibles, que sangran fácilmente; dientes flojos y sensibles con formación de cavidades múltiples; lengua agrandada, dolorosa, de aspecto crudo; malestar general anunciado con cansancio, depresión mental, irritabilidad; síntomas gastrointestinales como sensación de estómago "inflamado", "quemazón cardiaca", constipación o bastones fecales flojos; visión perturbada con párpados hinchados, que pican.

Después de la corrección de los desórdenes bucales por la eliminación de todos los focos de infección y el reemplazo de los dientes perdidos con prótesis correctas para asegurar la oclusión correcta y la masticación normal de la dieta prescrita, resulta a menudo el alivio de los muchos síntomas y signos de avitaminosis. Como consecuencia, suele haber un mejor control de la diabetes como se evidencia por una reducción en la dosis de insulina y a veces su interrupción.

CIRUGIA ORAL EN LA DIABETES

El cuidado quirúrgico bucal (por ejemplo las extracciones) en la persona con diabetes controlada es similar al del no diabético. Es la persona infortunada que desconoce su enfermedad, o que no la controla, la que sufre complicaciones como la acidosis y el coma, procesos de cicatrización retardados u osteitis localizadas precipitadas por las extracciones.

Medidas preoperatorias.

El hecho que surjan esas complicaciones es razón suficiente para que el dentista tome todas las medidas preoperatorias disponibles para el adecuado tratamiento del diabético en colaboración con el médico de la familia. Pueden lograrse de la siguiente manera:

1. — Asegurarse que la diabetes está adecuadamente controlada. No es infrecuente que el enfermo informe al dentista que su diabetes está estabilizada. Esta información puede ser cierta, pero confía en ella sólo después de haber consultado con el médico.

2.—Hacer un examen bucal cuidadoso y decidir respecto al número de dientes a extraer. Consultar con el médico respecto al estado general para establecer el momento óptimo para la extracción.

3. — Tratar la enfermedad periodontal existente. Es el concenso de la opinión, y lo aconsejan Burket y Sweet, que se debe dar la máxima consideración antes de la cirugía a los focos de infección como los dientes desvitalizados y la enfermedad periodontal. Se puede comprender rápidamente la causa de las bacteriemias transitorias en aumento en diabéticos después de la intervención quirúrgica, si se ignora el cuidado preoperatorio correcto. Por lo tanto, si hay signos y síntomas de enfermedad periodontal, deben tratarse para ayudar a reducir la

mayor susceptibilidad a las bacteriemias, al igual que la gravedad de la diabetes.

No es infrecuente ver pacientes con diabetes no controlada, quienes tienen un abceso periodontal o enfermedad gingival. En ellos las encías suelen estar separadas de las raíces, flojas o movibles, con aumento de la sensibilidad cervical. Esta situación provee un campo fértil para la producción de bacteriemias transitorias. Con la corrección de la infección y el control de la diabetes, muchos de los cambios bucales se hacen menos pronunciados: los dientes, menos sensibles y menos movibles, las encías se aproximan al estado normal en color y consistencia, la lengua aparece normal y no se nota aliento con olor a acetona.

Anestesia

Los procedimientos quirúrgicos bucales se realizan generalmente por la mañana, dos o tres horas después del desayuno e insulina, usando anestesia local infiltrativa o por bloqueo con clorhidrato de procaina y lidocaina. Substancias o agentes conteniendo epinefrina o Cobefrin son desaconsejados por la posibilidad de precipitar síntomas de angina o cambios tisulares locales adversos.

Si el estado de la cavidad bucal pudiera ayudar a extender la infección con la anestesia local, es aconsejable consultar al médico de la familia respecto al tipo y uso de la anestesia general. El tipo generalmente empleado para la operación corta es el óxido nitroso-oxígeno. Una vez decidido el tipo de anestésico general es aconsejable administrárselo al paciente antes del desayuno o cuatro horas después del mismo.

Cuidado post-operatorio

Cuando el paciente recobra la conciencia después de la anestesia general, no se dan alimentos ni líquidos por boca durante una o dos horas. Luego de este intervalo, se le da ginger ale o jugo de naranja colado, seguido por una dosis regular de insulina, hasta la próxima comida, en que se da una dieta líquida o blanda de acuerdo con la fórmula diabética.

Ocasionalmente, se observan signos y síntomas de reacciones hipoglucémicas a las dos o más horas después de una extracción en pacientes a quienes se ha administrado insulina. Frecuentemente se trata de vi-

sión borrosa, impedimentos en la dicción, sudoración profusa, contracciones de los músculos faciales y extremidades y hasta inconsciencia (coma insulinico). Esto se corrige generalmente dando al enfermo ginger ale o alguna forma de azúcar, sola o disuelta en agua o en jugo de naranja. Si está en coma insulinico, es aconsejable la administración endovenosa de glucosa.

La cuestión del uso de antibióticos después de las extracciones ha sido frecuentemente discutida. La penicilina y otros antibióticos son aconsejables firmemente para los diabéticos después de las extracciones, especialmente en presencia de infecciones definidas como enfermedad cardiaca, reumática, congénita y arterioesclerótica. El asunto de la aplicación de una quimioprofilaxis universal debe ser estudiada a fondo, sobre todo cuando se observa la rareza de infecciones bacterianas secundarias después de extracciones y la creciente frecuencia de reacciones desvaforables o hasta fatales a los antibióticos. Creemos que el uso de antibióticos es mejor restringirlo a estados específicos.

EMBARAZO

Tratamiento Dental en las Pacientes Embarazadas.

El peligro en el tratamiento bucal de la mujer embarazada no lo es tanto para ella como para el feto.

Caries. — Cuando ésta se estudia en la mujer embarazada habrá que tener mucho cuidado porque está lejos de la verdad, el viejo adagio que reza "a la madre le cuesta un diente por cada hijo". Se sabe que el calcio es agregado al feto principalmente durante el último trimestre y la mitad del último mes. Por consiguiente puede verse en seguida que cualquier disminución de calcio y fósforo en la madre, debe esperarse que tenga efectos sobre sus dientes; al menos hasta cerca del parto, en cuya época aumentan los requerimientos minerales por la lactancia.

Los datos actuales indican que el embarazo por sí, no es causa de caries aunque en condiciones de nutrición insatisfactorios puede ser una causa predisponente que conduzca a la caries.

Focos de Infección. — Los dientes infectados y la infección periodontal, constituyen en realidad una amenaza y pueden estar estrechamente relacionados con algunas de las complicaciones del embarazo, incluyendo toxemias, pielitis, aborto, hipertensión y flebitis.

Se piensa que la eliminación temprana de los foctos de infección bucales, es una de las razones importantes para la reducción en la incidencia de pielitis del embarazo lo mismo que de posibles complicaciones del periodo post-natal. A la inversa el no eliminar los focos aumentan las posibilidades para cualquiera de las numerosas complicaciones del embarazo.

Trastornos Periodontales. — La susceptibilidad al trastorno gingival durante este periodo es marcada. Habitualmente el tratamiento periodontal conservador y una buena higiene bucal bastarán para mantener la encia sana. Aunque el médico receta a la mayoría generalmente de las mujeres embarazadas; minerales y vitaminas suplementarias y una regulación dietética correcta, no debe pasarse por alto ese aspecto del tratamiento.

La etiología de la enfermedad periodontal puede adjudicarse a varios factores pero en ningún caso a uno solo aisladamente. Se sabe por ejemplo que los cambios gingivales en el embarazo ocurren con más frecuencia en personas con mala higiene bucal; los cambios hormonales que ocurren en toda mujer embarazada influyen también, en el desarrollo de gingivitis y otro trastorno periodontal.

Se ha estimado que el promedio de incidencias de cambios gingivales en el embarazo es alrededor del 50%.

Muy importante es la proliferación pronunciada de capilares. Estas alteraciones son responsables del cuadro clínico de la gingivitis del embarazo, caracterizada por las encias rojo frambuesa que sangran rápidamente a la más leve presión.

El tumor del embarazo (el cual puede ser descrito como un épulis angiofibromatoso), aparece generalmente entre el tercero y quinto mes y aumenta de tamaño mientras avanza la gestación. El tratamiento corresponde a su extirpación completa en masa y extirpación hasta el periostio o la membrana periodontal. Hay que usar la técnica de electrocoagulación para controlar la salida de sangre y ayudar a prevenir las recidivas. La anestesia local por infiltración es útil en estos casos ya que el vasoconstrictor de la solución ayuda a controlar la hemorragia.

Tratamiento Dental Oportuno.

Si una mujer se presenta con un dolor dentario intenso o una infección aguda en el primer trimestre de la preñez es indudablemente

cierto que el Stress (esfuerzo, tensión, presión) de esta situación debe eliminarse con un tratamiento inmediato. En una situación de este tipo, el daño es posible a la madre y al hijo permitiendo que el proceso nocivo siga su curse natural, es mucho mayor que el stress de una operación para alivar los sintomas agudos. Una incisión para lograr el avenamiento, la extracción de un diente doloroso si está indicada, o el tratamiento paliativo necesario deben hacerse a pesar de lo reciente del embarazo. Si corresponde un tratamiento dentario de emergencia en los tres primeros meses, hay que cuidar en forma adecuada disminuir el stress emocional por medio de una anestesia adecuada para producir la sedación, limitando la duración de cada sesión y evitando la Hipoxia.

La mejor época para el tratamiento dental es desde el cuarto al septimo mes. Está claro que los procedimientos traumáticos prolengados como la extracción de dientes retenidos sin sintomatologia, la operación de un torus palatino o mandibular, una rehabilitación bucal completa y otros procedimientos similares, será mejor posponerlos hasta después de terminado el embarazo.

ANESTESIA

La anoxia es el principal peligro para el feto. Esto es importante especialmente en la anestesia local o general. Al administrar anestesia local a mujeres embarazadas, deben evitarse siempre las reacciones desagradables y si ocurren tratarlas sin demora. Por ejemplo, cualquier paciente que entra en shock o síncope después de la inyección de un anestésico local, está en ese momento hipóxico. Mucho cuidado con la inyección intravenosa inadvertida de un anestésico local. La paciente puede reaccionar a la anestesia local con un colapso cardiovascular parcial y pérdida de sangre central. El pulso se hace rápido débil y filiforme y se nota sudoración y palidez; no debe permitirse que este estado persista en una mujer embarazada. El oxigeno debe estar a mano y administrarse de inmediato, junto con otros procedimientos necesarios en el tratamiento del síncope.

Nosotros como C. Dentistas no podemos ignorar en la paciente embarazada los riesgos inherentes de los reflejos resultantes del stress emocional y físico. El stress emocional durante la anestesia local puede evitarse o reducirse al mínimo con una buena premedicación o base de

hipnóticos adecuados como el pentobarbital (nembutal) o el clorhidrato de meperidina (Demerol). La elección del anestésico debe determinarse por el estado general de la paciente y no por el hecho de que esté embarazada.

En algunos casos es necesario usar anestesia general en una paciente embarazada, lo que en ningún momento está contraindicado. El hecho principal a recordar es que debe evitarse aún en los grados más leves de anoxia durante el período más corto. La anoxia no se debe permitir en la mujer embarazada. Esto se aplica igualmente a la anestesia local y a la general. Todo C. Dentista que administre anestesia de cualquier clase, debe tener a mano un tubo de oxígeno para emplearlo en la paciente que lo necesite.

Roentgenografía

El examen radiográfico de los dientes no necesita ser pospuesto o demorado. El campo de radiación en la roentgenografía oral está bastante alejada de la región pélvica de manera que, con las precauciones normales este riesgo es prácticamente nulo. En cualquier caso es sensato usar películas rápidas, para que el tiempo de exposición sea reducido al mínimo.

Para tratar de fijar normas generales entorno a los aspectos que comprenden nuestros ejercicios profesionales en este campo, presentamos a un grupo de médicos obstetras, el siguiente cuestionario, en el cual comprendimos, dentro de 11 preguntas, las que más nos inquietan.

1—) ¿Existe alguna contraindicación para que una mujer embarazada reciba tratamiento dental?

2—) ¿Es indiferente para su estado, que se arregle una pieza o que se someta a una intervención quirúrgica dental?

3—) ¿Existe alguna recomendación especial en cuanto al uso de anestésicos locales?

4—) ¿Existe durante el embarazo meses en los cuales puede efectuarse un tratamiento dental?

5—) ¿Hay meses "PROHIBIDOS"?

6—) ¿El uso de barbitúricos, analgésicos, antihistamínicos, antibióticos, cortisona, estrógeno, etc. está limitado?

7—) ¿Existe alguna contraindicación en cuanto a tratamientos largos, es esto, someter a la embarazada a un trabajo dental de una hora o más?

8—) ¿La posición de la silla dental tiene alguna relación?

9—) En las embarazadas temerosas, la emotividad debe limitar nuestro trabajo?

10—) ¿Se puede alterar la dieta, en cuento a la ingestión de hidratos de carbono?

11—) ¿El foco infeccioso bucal guarda relación en la patología del embarazo?

De las 20 respuestas obtenidas con el presente cuestionario sacamos las siguientes reglas generales:

A la pregunta No. 1:

No existe contraindicación alguna para que una mujer reciba durante su embarazo asistencia dental. A menos que tenga tendencia al aborto.

A la pregunta No. 2:

Seis contestaron que era preferible que la embarazada se sometiera a arreglo de la pieza antes que el acto quirúrgico. La opinión de la mayoría de que no existe diferencia alguna.

A la pregunta No. 3:

Referente al uso de anestésico general, se saca como conclusión que no existe contraindicación, sino la recomendación de que ésta sea administrada por un anestesista capacitado.

A la pregunta No. 4:

Los anestésicos solos no tienen ninguna contraindicación. Los vasoconstrictores que le acompañan sí, en casos de hipertención. Esto lo hacen como recomendación solamente.

A la pregunta No. 5:

A esta pregunta, doce contestaron que era preferible el terciomedio, o sea el comprendido desde el 3o. al 7o. ms. Pero en casos urgentes, en cualquier fecha someterse a tratamiento.

A la pregunta No. 6:

Las medicaciones enumeradas pueden usarse libremente, respetando, claro está, las indicaciones y contraindicaciones que acompañan a cada una.

A la pregunta No. 7:

Concuerdan todos en que sin existir una razón fundamental en contra, es aconsejable que las sesiones dentales a las embarazadas sean cortas, evitando en lo posible todo esfuerzo fatigable.

A la pregunta No. 8:

No tiene ninguna relación la posición de la silla dental.

A la pregunta No. 9:

La emotividad, cuando no pueda ser controlada con medios psicoterápicos o administrando un sedante previo, es causa para que se posponga cualquier tipo de intervención.

A la pregunta No. 10:

La ingestión de hidratos de carbono puede ser disminuida.

A la pregunta No. 11:

Los focos infeccioso bucales, aun cuando no entren en la etiología de los trastornos del embarazo, deben ser eliminados.

SINTESIS Y CONCLUSIONES:

1) Toda embarazda debe recibir atención dental sistemática.

2) Deberá existir durante el embarazo una íntima relación entre el médico y el odontólogo.

3) Sería aconsejable levantar una historia clínica a toda embarazada.

4) No existe limitación alguna en el tratamiento dental a la embarazada.

5) El tiempo aconsejable está comprendido entre el 3o. y el 7o. mes.

6) No existe contraindicación para nuestro armamentarium terapéutico diario. Para terapia general, se da muestra de mejor criterio hacerla junto con el médico.

7) Las citas no deben ser mayores de media hora.

8) Debería eliminarse todo foco de infección bucal.

9) En los casos de pacientes hipertensivas abstenerse de usar adrenalina o drogas similares.

Capítulo II

E. M. Ch.

MEDICACION PREOPERATORIA EN EL PACIENTE DENTAL

Enfermos Psiconeuróticos e Histéricos.

En odontología se entiende por medicación preoperatoria a la terapia previa a la anestesia general o a las intervenciones dentales.

En el concepto ideal, diríamos que el C. Dentista general brindara a su paciente el sentido de bienestar anhelado, al aliviar y al evitar sensaciones y actitudes desagradables.

La premedicación con analgésicos hace que no sea necesario llevar los anestésicos a grandes profundidades. Si el analgésico es al mismo tiempo un narcótico, como en el caso de la morfina, se requiere menos anestésico.

Cuando se interviene al enfermo dental después de un tratamiento pre-operatorio adecuado, se obtienen muchos beneficios. En fecto, un analgésico puede reducir o hasta eliminar la necesidad de aplicar una anestesia local. Si el paciente conserva su equilibrio emocional, sus procesos interpretativos no ampliarán ni deformarán una molestia o un dolor tolerable ni despertarán reflejos vasomotores que sobrecargan y ponen en peligro el sistema cardiovascular. Si está bien dispuesto, la intervención se efectuará rápidamente y sin inconveniente, con lo cual disminuirá el dolor posoperatorio y la antipatía hacia el dentista. Un paciente que confía en su cirujano es más fácil que se beneficie con la anestesia local y no que sienta dolor, teniendo en cuenta, desde luego

que el anestésico habrá sido apropiado. Hay autores que afirman que el edema y el dolor disminuyen si se trata previamente al enfermo con antihistamínicos.

TRATAMIENTO. — Las observaciones que hemos hecho a modo de introducción, señalan la ventaja de tratar al paciente antes de comenzar con la fase mecánica de la intervención dental.

Se debe hacer el diagnóstico y elegir el tratamiento con ese diagnóstico y no al revés. El tratamiento tiene que orientarse por la etiología cuando es posible, antes que por los síntomas y no deberá practicarse el tratamiento habitual llamado de rutina.

Una vez que el odontólogo haya comprendido el problema que aqueja al paciente, debe ocuparse ante todo en eliminar la causa con el tratamiento adecuado.

Esta prudente práctica requiere un amplio conocimiento de la acción que pueden ejercer los mediamentos, y de la que no pueden ejercer. A pesar de que cada medicamento tiene sus propiedades específicas, uno no olvida nunca que todo lo que puede hacer un remedio es estimular o deprimir una actividad fisiológica, o un proceso patológico, reemplazar una secreción fisiológica o aniquilar una influencia perniciosa.

Cuando se conoce bien el mecanismo de acción de un medicamento, se le puede emplear con todo éxito. No queremos decir con esto que uno debe entender el mecanismo de todos los medicamentos.

Gran parte del arte de curar se adquiere siguiendo fielmente aquel antiguo precepto que se enseña a los estudiantes de medicina: PRIMUN NON NOCERE, PRIMERO NO DAÑAR.

TRATAMIENTO DE LA APRENSION

Las manifestaciones de la aprensión son numerosas, complejas, sutiles y con frecuencia muy tenaces. Pueden presentarse con asombrosa uniformidad en una persona, y ser cada vez diferente, en otra.

Hay pacientes que son sinceramente incapaces de admitir o de reconocer su inquietud. A veces solamente el clínico se da cuenta de su estado.

Parece haber opinión general en que la aprensión surge en el enfermo dental casi siempre por temor al dolor, o por pensar en las mo-

lestias que le esperan. Otras causas que actúan separadamente o que se suman al dolor, pueden ser el temor a lo desconocido, o el adelantarse a consecuencias indeseables. Todas esas actitudes pueden originarse exclusivamente por experiencias desagradables anteriores y a veces por la combinación de éstas con las causas que hemos sitado recién. Esta combinación crea entonces una serie de reflejos condicionados.

La aprensión puede comenzar desde el momento en que se fija fecha para la intervención, es decir, hasta con varias semanas de anticipación pero rara vez llega a tomar proporciones clínicamente importantes antes del momento que precede inmediatamente al reencuentro con su dentista.

Parece que un elemento importante que contribuye a la aprensión es la ocasión que tiene el paciente de estar mucho tiempo con miedo, el temor de la espera, aun cuando el enfermo no esté totalmente consciente de ello. De ser verdad, tenemos entonces que la sala de espera proporciona la atmósfera y la oportunidad de estimular la aprensión hasta su punto culminante, y por esta misma razón ese es el lugar y el momento de ejercer la acción más positiva para prevenir y curar.

La totalidad de las manifestaciones de la aprensión se inician a nivel de la corteza cerebral. Algunos de sus síntomas son objetivos y son los que dan la sensación de malestar, de incomodidad. Algunos de sus signos son orgánicos y pueden constituir verdaderas amenazas para la salud física del paciente.

La consecuencia funcional del temor puede ser relativamente leve, como por ejemplo, cuando el paciente está inquieto y tiene la suficiente certeza de que siente el dolor, pudiendo percibirlo antes de que se inicie mecánicamente. Este estado puede ser más pronunciado, con tensión muscular generalizada y reflejos acentuados, a tal punto que, una vez pasado el episodio, todavía podrá comprobarse la rigidez muscular en sitios muy alejados de la boca. Es posible que el enfermo "sienta" dolor, se desmaye y hasta llegue a tener ataques epilépticos, que no son creados conscientemente sino que forman parte de un fenómeno condicional, inducido por el subconsciente para permitir una breve superación del momento desagradable.

Una mezcla de fenómenos funcionales y orgánicos provocan con frecuencia la percepción subjetiva de palpitaciones cardíacas o de disnea, o de ambas cosas a la vez. Cuando estas manifestaciones acompañan al estado de aprensión, esta se acentúa más todavía, ante el temor de sufrir consecuencias orgánicas.

Los resultados orgánicos de la aprensión varían también en grados, sistema y combinación. El mecanismo habitual consiste en activar el sistema simpático-adrenal, el que a su vez aumenta la frecuencia de los latidos del corazón y contrae la capa vascular periférica, dando por resultado un aumento de la presión arterial y del pulso.

La aprensión puede constituir un accidente serio, por los puntos arriba enumerados, sobre sodo en el paciente que dista del enfermo ideal.

El aumento de la presión arterial, sobre todo si es brusco, constituye una amenaza de accidente cerebrovascular para el paciente hipertenso o con arterioesclerosis. El estudio y el esfuerzo aumentados significan un peligro en potencia para un músculo cardíaco débil, desorganizado o cicatrizado, de donde parten los estados conocidos clínicamente como insuficiencia del miocardio, bloqueo de los conductos e infarto respectivamente.

La anorexia (pérdida del apetito) es un fenómeno que se observa con frecuencia durante los períodos prolongados de inquietud emocional.

Considerando estos aspectos del problema de la aprensión dental, estudiaremos ahora los medios que el odontólogo tiene a su alcance para combatirlos.

Tratamiento.—Con respecto al problema descrito, los tratamientos deben tender a subsanar la causa, la reacción o las consecuencias. Para encarar la aprensión, sería preferible y en realidad lo más práctico tratar la causa. Probablemente, se hará así dentro de dos generaciones, en gran escala, en una Odontología organizada. Si bien está idea contará con el apoyo unánime de los odontólogos, no contribuye en nada para resolver ahora el problema del paciente. El profesional debe ser persuasivo, bondadoso, comprensivo, decidido y adoptar las demás actitudes similares posibles, para reducir la aprensión del paciente. Por otra parte, no estaría mal que tratase a todos los enfermos en

esa forma. Otro modo de solucionar el problema consiste en crearle al paciente motivos para que confíe en el anestésico, en el analgésico, y en la palabra del dentista. Otro método práctico es el de fijar las citas con el enfermo a plazo breve, para que no se intensifique su ansiedad con la demora; una sala de espera alegre contribuye también favorablemente. Muchos aseguran que una música suave, agradable, ininterrumpida, ayuda igualmente.

Como las consecuencias más drásticas y peligrosas de la aprehensión son producidas por la activación del sistema nervioso simpático y por la adrenalina que segregan las suprarrenales, conviene pensar en la administración de medicamentos que bloqueen los efectos de estos estímulos. Si bien se encuentran en el mercado tales remedios, son demasiados peligrosos, es además, difícil dosificarlos adecuadamente, y su acción es demasiado lenta, como para que podamos emplearlos en Odontología.

Barbitúricos.—Las numerosas aplicaciones de los barbitúricos en Odontología, y su uso ampliamente difundido en esta profesión justifican nuestro intento, de presentar aquí la farmacología más completa posible de estos medicamentos.

Para lograr un efecto sedante a casi todos se les dan los barbitúricos por la vía oral; en estos casos la rapidez con que comienza su acción es bastante variable. Cuando se administra en forma de sal de sodio, en lugar del ácido el efecto aparece más pronto, porque la sal es más soluble.

La mayoría de los barbitúricos populares, empleados actualmente como sedantes e hipnóticos, han sido compuestos, tomando como base la duración de su efecto en el adulto cuando se le administra una dosis hipnótica (ver tabla respectiva según Goodman y Gilman), los barbitúricos empleados en pacientes dentales como medicación previa, rinden doble beneficio, sirven como sedantes, y para reducir la toxicidad del anestésico local. Los barbitúricos en dosis corrientes y apropiadas no ejercen un efecto directo sobre el sistema cardiovascular. Cuando las dosis han sido tóxicas, la depresión respiratoria es lo que se debe tratar con mayor urgencia. Todos los tratamientos por intoxicación barbitúrica consisten en conservar la ventilación ante todo; el tratamiento de los síntomas queda relegado a segundo término. Los barbitúricos de acción breve son los más apropiados y los de uso más difundido

en Odontología, para calmar al paciente adulto, antes de practicar cualquiera intervención. Nos referimos pues al pentobarbital (Embutal, Nembutal), y al secobarbital (Seconal). Ambos se expenden en forma de sales de sodio. La dosis que se recomienda para aliviar las manifestaciones de aprehensión indebida y tensión nerviosa, en un adulto sano, estérmino medio de 30 a 60 mgs. de Embutal y de 50 a 150 mgs. de Seconal.

Ataráxicos (Tranquilizantes).—El adjetivo ataráxico se aplica actulamente a una diversidad de drogas que tienen en común la cualidad de inducir (tranquilidad de espíritu) sin disminuir la agudeza mental. A los ataráxicos se les atribuye el poder de favorecer el equilibrio emocional, como los barbitúricos, pero sin producir la somnolencia y confusión característica de los mismos.

En estos últimos años han aparecido miles de artículos en la literatura médica, describiendo los resultados obtenidos con los ataráxicos. Pero no alcanzan a media docena, los que relaten detalladamente el uso de estos medicamentos en Odontología.

Cloropromazina (Thorazine-Largactil).—En Odotología, Young y Kingsbury, han utilizado la cloropromazina en niños como tratamiento pre y postoperatorio. Señalan que una dosis por vía bucal, dos horas antes de extracción con anestesia local o general, alivia la aprehensión, pero ningún otro autor ha informado acerca de un beneficio tan rápido por vía bucal.

En conclusión tenemos que cloropromazina no es práctica para la odontología general, porque requiere una premedicación muy prolongada hasta obtener un beneficio positivo.

MEPROBAMATO (MILTOWN-EQUANIL).—Es un derivado del mephenexin (TELSERON), que se emplea principalmente como relajador muscular. Según Berger el meprobamato es un relajador muscular un anticonvulsivo, y reduce el temor.

No pueden pasarse por alto las reacciones alérgicas, las depresiones mentales y físicas, y más raramente excitaciones, que suelen presentarse después de una sola dosis.

Su empleo en odontología como medicamento previo deberá postergarse hasta que quede demostrado que una o dos dosis de meprobamáto son más aficaces que los placebos, para hacer desaparecer o

para disminuir la aprención del enfermo dental. Mientras tanto, habrá que dar preferencias a los placebos o a los barbitúricos para los pacientes que necesiten tratamiento previo.

Si nos ponemos a considerar hasta qué punto puede ser apropiado en odontología alguno de los ataráxicos arriba nombrados, llegamos a las siguientes conclusiones:

Estos medicamentos tienen a su favor la diferencia de los efectos centrales, en oposición a los barbitúricos. Es evidente que los ataráxicos actúan por debajo del nivel de la corteza, en tanto que los barbitúricos deprimen la corteza. La prueba está en la depresión metabólica del tejido cortical en presencia de barbitúricos, cosa que no ocurre con los tranquilizadores. Otra prueba del mismo género, es la tendencia que tienen las dosis efectivas de barbitúricos a producir somnolencia y confusión. Si los ataráxicos logran, mejor que los barbitúricos, devolver el equilibrio emocional y despreocupar a personas mentalmente sanas, pero aprensivas, con menos depresión y menos riesgo que los barbitúricos, quiere decir que los ataráxicos son justamente los medicamentos que necesita el odontólogo.

La razón por la cual se da tranquilizadores a tantas personas mentalmente sanas con inquietud relativamente leve, quizá sea por la variedad de aplicaciones que se le da al término "ansiedad". En el sentido que el profano da a esa palabra, significa "miedo al peligro", en el lenguaje médico se denomina con esa palabra a una psiconeurosis que se caracteriza por temor mórbido, espanto o inquietud, etc. Es casi seguro que cuando se emplea la palabra "ansiedad" para describir la actitud del paciente dental normal, se le da el sentido explicado en primer término.

Salicilatos (Aspirina-Cafiaspirina-Acetofenetidina-Salicilamida).

Desde hace infinidad de años se las ha estado usando como medida profiláctica en odontología, para prevenir el dolor y también por su efecto de relajación que ejercen sobre algunos pacientes. Se ha comprobado fehacientemente que son beneficiosas administrándolas antes de las intervenciones dentales por sus efectos antinflamatorios.

Resumen.—El objetivo principal de la medicación previa en odontología resulta ser el de suprimir la aprensión del enfermo: mucho menos importancia tiene la analgesia, la inhibición de la saliva y la preparación para la anestesia general.

El modo más libre de peligro, el más seguro y terapéuticamente el más deseable, de tratar la aprensión del paciente, es el psicológico.

Este sería el tratamiento de elección, pues ataca directamente la causa. Para ello es necesario conocer a fondo el origen de la inquietud de cada individuo y planear un método psicológico apropiado para ese exclusivo caso. Aun cuando el odontólogo estuviera capacitado para hacerlo, es tanto el tiempo que insumiría tratar a cada paciente antes de dedicarse a la terapéutica dental que resultaría francamente prohibitivo.

Las drogas tranquilizantes (ataráxicos) a primera vista parecerían hacer lo mismo que los barbitúricos, pero mejor y sin suprimir la agudeza mental. Se ha demostrado que calman la agitación, apaciguan estados maniáticos, suavizan el impacto de las alucionaciones, desvanecen el delirium tremens, tranquilizan al inquieto, devuelven la serenidad al ansioso, y relajan al tenso. Todas estas expléndidas respuestas se han observado en los enfermos mentales. Queda por verse si dichos medicamentos pueden ejercer el mismo efecto sobre las reacciones transitorias, breves, ante el temor, el disgusto y el dolor en los mentalmente sanos. También falta demostrar todavía si una sola dosis de ataráxicos puede resultar en los pacientes dentales, cuando se administran medicamentos relativamente exentos de peligro. Los ataráxicos, como cualquier otra droga, tienen sus limitaciones y peligros, que ahora empiezan a verse. En su oportunidad, algún ataráxico ya existente y alguno no creado aún, podrá desplazar a los barbitúricos. Pero en el momento actual en odontología no pueden usarse los ataráxicos como remedio apropiado en circunstancias corrientes.

HEMORRAGIA

La posibilidad de una hemorragia quirúrgica excesiva o de una hemorragia secundaria, existe siempre que se realiza exodoncia y cirugía bucal.

En una alveoloplastía las diminutas arterias intraóseas que sangran al cortarlas, se controlan apretando el hueso en el punto de hemorragia con un instrumento romo. La salida de sangre generalizada de una gran superficie de hueso puede controlarse con esponjas empapadas en soluciones salinas, calientes o saturadas con un vasoconstrictor. La reposición y sutura del colgajo muco-perióstico, impedirá la ul-

terior salida de sangre. Debe presionarse, colocando apósitos de gasa sobre la zona y haciendo que el paciente muerda firmemente.

La extracción quirúrgica de un tercer molar inferior retenido, puede producir una profusa hemorragia arterial, si se traumatiza la arteria dental inferior.

La hemorragia ocurre en general, inmediatamente después de la extracción; por lo tanto, la hemostasis puede establecerse empaquetando la herida con una esponja de gasa absorbible. Se recomienda el Gelfoam. Si no se dispone de un material absorbible como el mencionado, el alveolo puede empaquetarse con gasa saturada en un vasoconstrictor. Algunos cirujanos usan la cera ósea.

La eliminación de un quiste, crea una gran zona de hueso desnudado que sangra libremente. Algunos profesionales aconsejan el uso de una pasta bismuto-yodoformo-petrolato en una gasa. Creo que bastará el cierre con el colgajo muco-perióstico y sutura.

Hay técnicas intrabucales y extrabucales para tratar otro tipo de hemorragias, pero aquí no las trataremos por ser de la incumbencia del cirujano y se presentan más bien en el quirófano que en un consultorio dental.

Tratamiento Local.—El primer paso para establecer una hemostasis local es la remoción de todos los coágulos sanguíneos para facilitar un examen cuidadoso. Debe reconocerse el tipo de hemorragia. Cuando éste es arterial produce un chorro de sangre rojo brillante; la venosa aparece como un flujo continuo de sangre rojo obscura y la capilar se caracteriza por una salida continua.

La hemorragia por una extracción reciente puede surgir del hueso o del tejido gingival. En el primer caso se requiere a menudo el empaquetamiento del alveolo para lo cual se recomienda el uso del Gelfoam. La citada esponja puede saturarse en solución de trombina tópica para acelerar la coagulación.

Cuando la hemorragia surge del tejido gingival el empaquetamiento es ineficaz. Debe examinarse el estado del borde alveolar por si existen irregularidades y eliminar los fragmentos desplazados de hueso. Con frecuencia, la hemorragia gingival puede localizarse en el tejido de granulación que ha llenado una bolsa perriodontal, y ha quedado adherido a la encía después de la extracción. La remoción de

este tejido, altamente vascularizado puede detener de inmediato este tipo de hemorragia.

Una vez controlada la hemorragia, si no es necesaria la hospitalización, se instruye al paciente para que vuelva a su hogar y permanezca tranquilo sentado confortablemente.

Los pacientes confinados a la cama deben asumir una posición de Fowler modificada, con la cabeza levantada aproximadamente unos 40 cmts. Esto reduce la presión sanguínea localmente en la zona de la herida. Compresas frías y una bolsa con hielo aplicadas al costado de la cara y al cuello, ayudará a reducir el flujo de sangre a esa zona. El paciente no debe tomar estimulantes ni enjuagarse la boca.

Prevención.—Inyectar instramuscularmente 5 mgs. de Adrenosen, cada dos horas, tres dosis; otros fármacos a usar son: Amp. de Anaroxyl de Organón, uno o dos cc. de 5 mlgs., una hora antes de la intervención; en casos urgentes por vía intravenosa. Solución de Acido Oxálico o Malónico calcio o gluconato de calcio, Vitamina K, sola o en combinación con la Vitamina C., Amps. de Botropase, Serpentase y Ofidol.

Medicamentos por vía bucal.—Terapéutica vitamínica mixta, conteniendo minerales, hierro o hígado. Rutín combinado con vitaminas. (Cal Rutina de Servet).

Medicamentos indicados en hemorragías capilares o pequeñas emanaciones de sangre.—Se pueden usar en cominación con materiales con empaquetamiento. No es prudente abusar de los cáusticos, astringentes y estípticos, debido a su naturaleza escarótica (percloruro de fierro). Los tópicos más comunes son: Solución de Monsel, ácido tánico en polvo o como glicerato Sol. de Adrenalina al 1 por mil, veneno de serpiente, titura compuesta de Benzoino.

Remedios caseros.—Entre éstos tenemos: el té, vinagre o leche de magnesia, que pueden se. applicados como un apósito sobre la herida y mantenidos durante 15 minutos.

CAPITULO III

EMERGENCIAS QUIRURGICAS

Roturas de Agujas.

Desde el advenimiento de las agujas de acero inoxidable, el porcentaje de agujas rotas durante las inyecciones ha disminuido notablemente. Cuando se utilizaban agujas de iridio-platino, al envejecer por la frecuente esterilización a la llama y ser dobladas y enderezadas muchas veces se producía la ruptura durante la inyección; pero sin embargo, la aguja que más frecuentemente requería su extracción era la aguja de acero. La gran mayoria de las agujas rotas durante las inyecciones, se producen al dar la anestesia troncular para la insensibilización del nervio dentario inferior. Una mala técnica es la causa más frecuente de la ruptura de las agujas, más que la mala calidad de las mismas.

Cuando se rompe una aguja durante su inserción, existe una verdadera emergencia y es necesaria una acción inmediata para impedir que la situación se torne más seria. No hay que alarmar al paciente porque si se exita puede cerrar la boca e iniciar movimientos musculares que lleven la aguja fuera de la vista, al interior de los tejidos.

En todo momento debe tenerse a mano un instrumento adecuado para tomar la aguja. Generalmente ésta se rompe en la parte central y, si se inserta correctamente, dejará fuera de los tejidos lo suficiente como para tomarla y retirarla.

Después que la aguja se ha roto y desapareció en los tejidos blandos, la situación cambia y entonces debemos decirle al paciente lo sucedido y tratar de extraer la aguja.

Localización y extracción de la aguja rota.—Thoma describe el método de localización y remoción generalmente aprobado. Se inserta una segunda aguja en la zona proximada de la que se ha roto y se fija en esa posición. La relación de las dos agujas se establece entonces por medio de radiografías. Usando la aguja localizadora como guía se hace una incisión en la mucosa en el punto medio estimado de la aguja rota y en ángulo recto con ella. Se separan cuidadosamente los tejidos profundos con instrumentos romos para evitar herir vasos y nervios. Al descubrir la aguja rota, se sujetará con pinzas hemostáticas y se procederá a la extracción. La aguja localizadora no debe ser difícil de ubicar, lo que a su vez permite localizar la aguja rota.

Se necesitan por lo menos dos radiografías, preferiblemente tres en ángulo recto entre sí, para establecer la posición de la aguja rota en relación con la aguja localizadora fija.

No hay que palpar los tejidos en la región de la aguja rota con la esperanza de localizarla digitalmente. Esto es imposible y puede forzar la aguja más profundamente en los tejidos.

De la breve exposición dada, parecería que la extracción de una aguja rota es una cosa muy sencilla. Por el contrario generalmente es muy difícil, siendo un procedimiento tedioso, cuyos primeros intentos son siempre infructuosos. No dejaré de insistir en la necesidad de tener buenas radiografías, mas la aguja guía y el estudio cuidadoso de las radiografías, manteniendo en su mente las distorsiones que puedan haberse producido cuando se hacen las mismas.

CUERPOS EXTRAÑOS

El tema de los cuerpos extraños no suele considerarse habitualmente como una entidad que merezca estudio separado. Algunos cuerpos extraños constituyen un peligro inmediato para la vida. Otros producen una reacción tisular desusada, que resulta en lesiones reactivas muy difíciles de diagnosticar.

La única emergencia directamente atribuíble a la presencia de un cuerpo extraño en el campo dental, es la obstrucción aguda de la vía de aire.

El tratamiento adecuado de la obstrucción se basa en un conocimiento de la anatomía y fisiología de la vía de aire.

La muerte atribuida a obstrucción durante los procedimientos dentales es rara, aunque la mayoría de los dentistas han oido de uno o dos incidentes. Esas tragedias no se deben a falta de conocimiento básico, sino a una falla en la preparación para tratar la emergencia. Quizá hay dentistas que nunca han visto un diente, una obturación o un trozo de compuesto para impresión, deslizarse por las fauces a la faringe, observar al paciente toser, y luego ver agradecidos reaparecer el cuerpo extraño en la boca.

Quienes hemos tenido tales experiencias podemos hacer dos cosas, además de estar agradecidos: podemos admitir que la obstrucción por cuerpo extraño puede suceder en nuestros propios consultorios, y podemos prepararnos repasando periódicamente los procedimientos del tratamiento y manteniendo el equipo esencial inmediatamente a mano.

El tratamiento se logra con una de cuatro medidas defintivas, o una combinación de ellas: 1) El operador puede ayudar al paciente en su propia defensa natural contra la obstrucción aunque, con excepción de succionar los liquidos regurgitados, esa ayuda puede tener poco valor práctico. 2) Puede compensar la aereación disminuida proveyendo una concentración de oxigeno, tratamiento ineficaz salvo que la obstrucción sea incompleta. 3) Puede eliminar el cuerpo extraño. 4) Puede derivar el punto de obstrucción, haciendo una vía de aire secundaria.

Así, en los primeros estados de obstrucción en una persona consciente, los actos del dentista son necesariamente un compromiso entre lo que él quisiera hacer y lo que es capaz de hacer.

Algunos objetos, debido a su tamaño, forma y ubicación, pueden posiblemente ser eliminados sin la cooperación del paciente. Pero en otros casos el intento de forzar a un paciente que está luchando para que se someta a la instrumentación de la faringe o la laringe, probablemente empeorará las cosas y significará una pérdida de tiempo precioso. En esos casos, el dentista debe mantener el control psicológico, ayudando al paciente en sus esfuerzos defensivos naturales. La gravedad puede conseguirse invirtiendo al paciente niño y doblando al adulto en el sillón. El golpe en la espalda tanto tiempo honrado, probablemente tiene un mérito real al estimular la tos y aumentar su fuerza. Una cánula de succión laringea de punta redondeada puede introducirse más allá de la lengua, bien profundamente en la faringe aun a

ciegas, para ayudar a extraer líquidos, y pocos pacientes resistirán este instrumento indudablemente útil. Durante este período, la asistencia dental, si está adecuadamente entrenada, puede reunir el equipo necesario para tratar la emergencia, sin fallan los esfuerzos del paciente.

Tan pronto como el paciente deja de resistirse, ya por cooperación voluntaria, sujeciones, o pérdidas de la conciencia, el dentista debe examinar la laringe y eliminar el cuerpo extraño que está obstruyendo siempre que sea posible. Por lo tanto debe tenerse a mano un equipo de emergencia, conteniendo instrumentos para elevar la base de la lengua y la epiglotis, iluminar la zona y tomar el cuerpo extraño. Un laringospio con iluminación propia y forceps laringeo "cocodrilo" de Jackson, son los instrumentos ideales para el procedimiento.

En caso de obstrucción completa por arriba de la tráquea, una vía de aire secundaria puede salvar inmediatamente la vida.

La vía de aire secundaria no necesita establecerse en todos los casos con el procedimiento de la traqueotomía típica. Si la vía de aire inferior está libre, si las cianosis no es marcada, y si el operador ha visto el cuerpo extraño y cree que puede eliminarlo exitosamente, se gana tiempo insertando varias agujas hipodérmicas en la tráquea; agujas de calibre 13 de unos 4 cms. de largo son ideales.

Los cuerpos extraños pueden agruparse a los efectos de su remoción en dos grupos: los que pueden ubicarse en radiografías y los que no: Si un examen radiográfico es negativo, el operador puede ubicar el cuerpo extraño sondeando, por examen digital, o una inspección visual cuidadosa. Si el objeto no es superficial, estos últimos métodos pueden ser ineficaces, salvo que la zona sospechosa se exponga quirúrgicamente.

RAICES FRACTURADAS

Es probable que la extracción de una raíz, sea el procedimiento más frecuente, fuera de rutina, que el odontólogo de práctica general, es llamado a realizar en el campo de la Exodoncia.

Con propósitos de aclaración consideramos el término "raíz fracturada", aplicando a la de origen relativamente reciente o, por lo menos antes de la regeneración ósea completa del alveolo; "raíz incluida", implicará que la cicatrización ha sido total. En el caso de una raíz fracturada podemos estar razonablemente seguros, que el cuerpo que aparece

en la radiografía pre-operatoria, es realmente una raíz; el operador que trata con lo que se sospecha una raíz incluida, puede ser engañado por otras tres estructuras, que a veces se parecen bastante a un verdadero fragmento radicular: El enameloma, el cementoma, y una zona pequeña de esclerosis.

Un verdadero fragmento radicular se identificará 1o.—Forma anatómica de una raíz, excepto en la zona en que la línea de fractura será evidente. 2o.—Se notarán sombras de estructuras peridentales (salvo en parientes de edad avanzada). 3o.—En un verdadero fragmento radicular puede verse el conducto. Una vez más, la edad es un factor modificante.

Una vez identificada la raíz fracturada, el operador debe decidir, si extrae o no, el fragmento. Hay quienes piensan, que dejar una raíz en los maxilares constituye una herejía. Aclarando lo asentado con anterioridad, diremos: salvo que el paciente esté críticamente enfermo, o constituya un pobre riesgo quirúrgico, por causas que no se deban a sepsis orarl, se piensa que todos los fragmentos verdaderamente infectados, han de ser extraídos sin demora. A la inversa, cuando no se puede demostrar un proceso patológico y el paciente goza de excelente salud, hay factores que marcarían la extracción radicular, como pobre juicio quirúrgico y completo desconocimiento del bienestar del paciente.

Así pues, no todo fragmento radicular obliga a la cirugía. Si los posibles beneficios eclipsan los riesgos probables, está indicada la extracción. Si la inversa es cierta, el buen juicio quirúrgico sugiere la postergación, con observación frecuente. Una vez decidida la extracción el operador considerará luego el procedimiento técnico, puesto que cada indicación es una situación particular, resulta difícil generalizar y formular un plan universal para lograr los mejores resultados en todos los casos.

COMPLICACIONES DEL SENO MAXILAR

El desplazamiento de un ápice superior, al seno maxilar (Antro de Higbmoro), es uno de los accidentes más molestos en la extracción dentaria. La situación se hace aún más embarazosa, por la habitual falta de confianza del práctico general en su propia capacidad para resolver el problema. La raíz es extraída inadecuadamente, o se la deja en el seno, lo cual invita a una enfermedad sinusal, que exige el trata-

miento quirúrgico por manos más competentes. Contraria a la opinión odontológica tan popular de hace algunos años, el alveolo radicular y la comunicación sinusal, no debe agrandarse para lograr acceso, porque 1o.—El acceso no mejora en medida práctica y, 2o.—Se aumentan las posibilidades de una fístula antrobucal.

En su lugar, el orificio debe ser inmediatamente ocluido con una esponja de gelatina absorbible (por ejemplo: Gelfoam), saturando firmemente el alveolo. Según lo decida el operador, la raíz se recupera, vía una intervención de Caldwel-Luc, inmediatamente, o se refiere al paciente con un otorino-laringólogo para que realice el mismo procedimiento.

Otro accidente, que se presenta con cierta frecuencia es aquel cuando el piso del seno maxilar, es desgarrado en el momento de la extracción y la visualización directa del seno no revela evidencia de infección, los tejidos blandos se levantan sobre el lado bucal, dejando separado el lado palatino, y se quita bastante reborde alveolar, de modo que la mucosa bucal y lingual puedan aproximarse y saturarse en aposición. Se colocan apósitos de gasa sobre la herida y se hace morder al paciente sobre los mismos. Estos apósitos, se dejan en su lugar toda la noche (MAS O MENOS DOCE HORAS). Se aplican antibióticos a criterio del operador y gotas nasales para que se mantenga abierto el ostium antral para el drenaje. Se le dice al paciente lo que ha sucedido y se le recomienda que no se suene la nariz. Si estornuda debe abrir la boca y estornudar a través de ella y no de la nariz.

El paciente debe volver a las 48 horas. Si el examen no revela síntomas de sinusitis aguda, debe retornar a los cuatro días. Si hubiera síntomas de sinusitis, se le enviará a una otorrinolaringólogo para su tratamiento.

SUBLUXACION MANDIBULAR

Durante las maniobras operatorias en la cavidad bucal, la mandíbula puede ser dislocada por la presión excesiva del dentista o porque el paciente abre demasiado la boca. En general, el paciente puede reducir inmediatamente esta dislocación. Pero en otros casos el dentista debe reducirla manualmente tomando cada lado de la mandíbula con sus pulgares sobre las superficies oclusales de los dientes inferiores y ejerciendo una presión hacia abajo y hacia atrás. A veces el dolor agudo

impide la colocación de los cóndilos en la cavidad glenoidea. En tales casos es necesario administrar anestesia general, preferiblemente pentotal sódico y cuando el paciente se ha relajado es bastante sencillo tomar la mandíbula como se ha descrito y colocarla en su lugar. Se coloca un vendaje elástico Barton para mantener la mandíbula en su sitio por 48 horas.

T Se advierte al paciente que no abra mucho la boca durante las 2 semanas siguientes, no más que el tamaño de una cuchara, mientras se cura la cápsula lesionada.

ECA CENTRAL

CONCLUSIONES

La frecuencia con que ocurren casos de emergencia vinculados con la anestesia local y regional en el consultorio dental, es inversamente proporcional a las medidas preventivas que tome el C. Dentista.

Los signos y síntomas de la sobredosis tóxica, si bien generalmente fáciles de reconocer y tratar, pueden a veces ocurrir con tal rapidez que resulta del todo imposible tratarlos con éxito. Esto tiende a señalar la necesidad de la prevención antes que el tratamiento.

En los casos de idiosincracia será necesario tratar los sintomas a medida que ocurren.

El C. Dentista debe observar atentamente a todos los pacientes después de inyectar un anestésico local, para diagnosticar cualquier reaacción de tipo anafilactoide.

El dentista al aceptar a un epiléptico como paciente debe familiarizarse con la naturaleza de la convulsión epiléptica y de su tratamiento. El tratamiento dental del enfermo que sufre crisis convulsivas se establecerá siempre de acuerdo con el neurólogo.

TLos cardiópatas toleran bien la cirugía y la anestesia en condiciones ideales. Los esfuerzos conjuntos de un cirujano oral, un anestesiólogo y un cardiólogo deben hacer que prácticamente todo paciente cardíaco pueda operarse. La oxigenación y el mantenimiento de la circulación son imperativos en el tratamiento de las emergencias cardiovasculares y se logran con los elementos de que dispone actualmente la medicina cuando se emplean juiciosamente.

Todo enfermo diabético recibirá tratamiento dental cuando dicho padecimiento esté debidamente controlado médicamente. No sólo es más conveniente para el paciente, sino que también el trabajo dental será mucho más satisfactorio.

La futura madre debe obtener la correcta atención dental durante el embarazo. Corresponde al C. Dentista que esto se logre.

El objetivo principal de la medicación previa en odontología resulta ser el de suprimir la aprehensión del enfermo. El modo más libre de peligro, el más seguro y terapéuticamente el más deseable de tratar la aprehensión del paciente es el psicológico.

Las hemorragias primarias y secundarias de distinto origen que el de los efectos de la coagulación deben ser tratados por una simple y buena técnica quirúrgica.

Una mala técnica es la causa más frecuente de la ruptura de las agujas más que la mala calidad de las mismas.

La mayor responsabilidad del C. Dentista en el tratamiento de los cuerpos extraños no es la remoción de los mismos sino la prevención.

Las raíces que han sido desalojadas de sus conexiones periodontales, deben ser removidas porque pueden causar dolor y dar origen a una reacción propia de un cuerpo extraño; sin dejar de recordar que a veces más daño puede producirse en la remoción de los ápices radiculares que por dejarlos. Las circunstancias deben considerarse al proceder a la cirugía.

Para evitar que las raíces vayan al seno maxilar es necesario extremar los cuidados en la extracción de los premolares y molares, especialmente cuando no se tienen radiografías de los dientes a extraer. Nunca hay que aplicar presión apical al extremo de un fragmento radicular con un elevador. Hay que tener buena visibilidad siempre; nunca trabajar a ciegas en un alveólo lleno de sangre. Las radiografías de los dientes a extraer son un medio muy valioso para prevenir los accidentes de esta naturaleza porque nos muestran la proximidad de las raíces al piso del seno maxilar.

La subluxación no debe ser considerada como una experiencia traumatizante sino más bien como una anormalidad funcional y no fisiológica permitada por la estructura de la articulación y que solamente el comportamiento de sus propios músculos puede prevenir. Una acción inteligente por parte del paciente y del profesional pueden impedir o reducir al mínimo la lesión.

Bibliografía

Odontología Clínica de Norteamérica

Serie 1 volumen 2 1959

Serie 2 volumen 4 y 5, 1960

Serie 3 volumen 9, 1961

Basea farmacológicas de la terapéutica

Goodman y Gilman, tomo 1, 1962

Prontuario Médico Lab. Productos Farmacéuticos, S. A.

Diagnóstico y Tratamiento Bucal Miller, 1957

Patología del Aparato Cardiovascular. S. Acévez y A. de Gortari,

Progresos en la Práctica Odontológica

Serie 7, volumen 1

Neurología Dr. Agustín Caso, 1961

Cirugía Bucodental H. Archer, 1958

Comunicaciones personales:

Dr. Saúl Hernández Taboada

Dr. Juan Tapia Camacho