

Universidad Nacional Autónoma de México.

Escuela Nacional de Odontología

“ Exodoncia ”

Indicaciones, Contraindicaciones,

Accidentes y su Tratamiento.

- T e s i s -

que para su Examen Profesional de

Cirujano - Dentista

presenta

Alfonso Jaime Rios García



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ENOS GARCIA

ODONTOLOGIA

ENAM

TESIS

ODONTOLOGIA

1957

A la memoria de mi padre  
Sr. LUIS F. RIOS.

A MI MADRE

Sra. Genoveva García Vda. de Ríos.

AL H. JURADO  
CON RESPETO.

## S U M A R I O

- I.- Exodoncia. Generalidades.
- II.- Indicaciones de la Extracción.
- III.- Contraindicaciones.
- IV.- Accidentes en Exodoncia y su -  
Tratamiento.

CAPITULO I  
EXODONCIA. GENERALIDADES.

La palabra Exodoncia etimológicamente, se compone de 2 palabras griegas: Exos, que significa "fuera" y Odontos, "dientes". Es decir, Exodoncia es la rama de la Cirugía Odontomaxilar que estudia las reglas para el buen éxito en la extracción de las piezas dentarias.

En Odontología se llama extracción, a la operación que tiene por finalidad desalojar del lugar que ocupa una pieza dentaria o raíces de la misma cuya permanencia es nociva para la salud.

Desde luego es regla general que para llevar a cabo esta intervención quirúrgica debemos observar una asepsia y una antisepsia rigurosas.

Estas condiciones se refieren tanto al operador, como al instrumental que se va a emplear y al paciente.

En lo que toca al operador, éste usará bata esterilizada y gorro, las uñas cortas, y se lavará las manos durante 10 minutos con jabón líquido, frotándose vigorosamente con cepillo en manos y uñas y no se secará con toalla, sino con alcohol.

El instrumental lo esterilizamos en auto-clave o por medio de la ebullición por 20 minutos a lo menos, teniendo cuidado de proteger los instrumentos cortantes con algodón. Los gérmenes en su mayoría mueren a una temperatura de 120° centígrados durante una hora. (con calor seco) y a 160° centígrados durante 15 minutos (con aire húmedo).

También si es posible y debido a que la cavidad oral es muy séptica, antes de practicar la extracción haremos un lavado minucioso de dicha cavidad, empleando para ello substancias antisépticas tales como Clorazena, permanganato de potasa, agua oxigenada, etc. y tópicamente tintura de yodo al 10%.

Ya en estas condiciones, estamos preparados más o menos, para efectuar dicha intervención quirúrgica.

## CAPITULO II

### INDICACIONES DE LA EXTRACCION.

En casos que imposibiliten la conservación de la pieza dentaria o que afecten la salud del paciente, deberá imponerse la Exodoncia.

#### 1.- Infecciones buco-dentarias.

Están éstas en las complicaciones infecciosas en caries de cualquier grado en sus varias manifestaciones: Artritis agudas o crónicas, Senusitis, Abscesos agudos y crónicos, Fístulas gingivales o cutáneas, Osteomielitis, Flegmones, dolor, incluyendo la tercera molar.

#### 2.- Trastornos de la masticación.

Cuando existen dientes fracturados, Heterotopía o e upción errática, movilidad por infecciones avanzadas en dientes descarnados --- cuando la infección ha destruido hueso o sea la Periodontoclasia.

#### 3.- Razones de mecánica e higiene.

Alguna pieza aun cuando esté sana, pero dificulte la colocación de un aparato protésico y consecuentemente dificulte su higiene por su forma y posición deberá extraerse y también las piezas dentarias que de acuerdo con la Ortodoncia estén indicadas para la extracción.

#### 4.- Tumores benignos.

Entre estos tenemos Odontomas, Erpulis, Quistes paradentarios, que están en contacto con los dientes.

#### 5.- Tumores malignos.

Entre estos tenemos Osteosarcomas, Epiteliomas, próximos a las piezas dentarias.

#### 6.- Trastornos Trofoinfecciosos.

Parálisis facial, Tics nerviosos con dolor, trastornos vasomotores y también la Pelagra.

7.- En piezas temporales cuya colocación de sus raíces dificulten su exfoliación y la correcta colocación de los permanentes.

También en piezas temporales con caries muy avanzada.

8.- Cuando algunas piezas dentarias carecen de antagónicas y -- que por la ley de Bome hayan sido algo expulsadas de su alvéolo.

9.- Existencia procesal de necrosis alrededor de la pieza dentaria.

10.- Mala implantación de la pieza dentaria por cierta reabsorción del alvéolo.

11.- Piezas que no tengan soporte óseo.

12.- Cuando solo quedan algunas piezas aisladas en ambos maxilares.

### CAPITULO III CONTRAINDICACIONES

Propiamente no existen, salvo algunos estados fisiológicos o patológicos que nos obligan a diferir la intervención, con la mira de preparar a nuestro enfermo para facilitar dicha intervención.

Entre dichos estados patológicos y fisiológicos, tenemos los siguientes:

Menstruación, Embarazo, Lactancia, Hemofilia, Cardiopatías, -- Diabetes.

En la Menstruación es preferible si se puede retardar la extracción pues en pacientes nerviosos se puede producir aumento o disminución de las reglas y la mujer en este estado tiene reducido su índice opsónico disminuyendo el grado de coagulación sanguínea pudiendo producirse en algunos casos una hemorragia fuerte.

En el Embarazo se puede practicar la extracción sin consecuencias salvo aquellas mujeres que han tenido abortos repetidos ya sea accidentalmente o provocados, pues la Anestesia puede ser contraproducente.

En la Lactancia, en algunas personas nerviosas se produce la supresión de la secreción o modificaciones de la composición láctea que acarrear trastornos a los niños.

En la Hemofilia que es la anomalía de la sangre por falta de substancias tromboplásticas, hace que se produzca una fuerte hemorragia. Debemos observar una vigilancia muy estrecha en estos individuos a los cuales debiera internárseles en un Sanatorio. La hemofilia la mujer la transmite y solo el hombre la padece.

En el aparato "Cardiovascular" cuando en este existen insuficiencias se pueden presentar algunos trastornos por ejemplo; Hipertensión, Disnea, Palpitaciones, Taquicardia y Vértigos.

En la Diabetes o sea el aumento de índice de Glucosa en sangre y orina, antes de hacerle extracciones a enfermos con dicho padecimiento, debemos someterlos a un tratamiento adecuado con su médico, el cual deberá bajar el Azúcar en la orina y en la sangre y nosotros procederemos a aplicarle Antibióticos antes y después de la --

extracción y observaremos que el enfermo siga dicho tratamiento has  
ta la plena cicatrización de su alvéolo o de sus heridas.

CAPITULO IV  
ACCIDENTES EN EXODONCIA Y SU TRATAMIENTO.

Al referirme a este capítulo, después de ver algunas clasificaciones, detallare una, la que me pareció un poco más completa.

Primero la enumeraré y posteriormente la describiré.

Los accidentes en la extracción dentaria a su vez se subdividen en 2:

1.- Accidentes inmediatos, o sea los que se presentan desde que preparamos a nuestro enfermo en el consultorio hasta el final de la intervención quirúrgica.

2.- Accidentes mediatos o tardíos, son los que se presentan después de terminada la intervención quirúrgica y que constituyen en sí las complicaciones postoperatorias.

Entre los accidentes inmediatos, tenemos 2 grupos:

I.- Accidentes quirúrgicos, que ocurren durante la intervención quirúrgica.

II.- Accidentes anestésicos, que ocurren durante el transcurso de la anestesia.

I.- ACCIDENTES QUIRURGICOS

"Debido a los instrumentos"

- 1.- Por ser su hoja muy delgada.
- 2.- Por su uso incorrecto.
- 3.- Por mala calidad de dichos instrumentos.

"Sobre los dientes y maxilares"

- 1.- Fractura de la pieza en la cual se opera.
- 2.- Luxación o fractura de dientes contiguos.
- 3.- Extracción o lesión de un germen dentario de la segunda dentición.
- 4.- Desalojamiento de aparatos protésicos u obturaciones.
- 5.- Fractura o luxación de uno o más dientes al colocar el

abrebocas.

- 6.- Extracción errónea de una pieza dentaria sana.
- 7.- Fractura de los rebordes alveolares.
- 8.- Fractura de la tuberosidad del maxilar.
- 9.- Fractura de la mandíbula.
- 10.- Luxación de la mandíbula.
- 11.- Penetración accidental al seno maxilar.
- 12.- Penetración de raíces de piezas dentarias al seno maxilar o a la fosa nasal.

"Sobre las partes blandas".

- 1.- Desgarramiento del tejido gingival.
- 2.- Contusión y herida en labios, carrillos y lengua.
- 3.- Enfisema.
- 4.- Penetración de cuerpo extraño en los tejidos.
- 5.- Penetración de raíces o de piezas dentarias en las vías digestivas o aéreas.

## II.- ACCIDENTES ANESTESICOS.

- 1.- Síncope.
- 2.- Intoxicación por Novocaina, Adrenalina o Cocaína.
- 3.- Inyección en un músculo.
- 4.- Traumatismo.
- 5.- Fractura de la aguja.
- 6.- Trismus.
- 7.- Equimosis.
- 8.- Trastornos nerviosos.
- 9.- Neuralgias.
- 10.- Anestesia prolongada.
- 11.- Parálisis.
- 12.- Lesión del nervio dentario.

Entre los accidentes mediatos o tardíos tenemos también 2 grupos:

I.- HEMORRAGIA.

II.-INFECCION; que puede ser: De los maxilares, Osteitis, Periostitis y Osteomielitis.

De los Alvéolos, Alveolitis y de las partes blandas tenemos --- Absceso, Flegmón, Edema y Septicemia.

### "ACCIDENTES INMEDIATOS".

#### "Debido a los instrumentos"

Hoja delgada, uso incorrecto y mala calidad. Usaremos siempre instrumental de la mejor calidad posible, cuando ya esté muy usado deberemos desecharlo y obtener uno nuevo que nos garantice la confianza en nuestro trabajo.

Tenemos un accidente de entre algunos debido al uso de instrumental en las condiciones ya indicadas, por ejemplo cuando se fractura la parte activa del botador. Aquí debemos localizar el o los fragmentos y eliminarlos. También por el uso incorrecto de fórceps innumerables ocasiones se fractura la pieza dentaria por extraer.

#### "Sobre los dientes y maxilares"

1.- Fractura de la pieza en la cual se opera.- La fractura de la corona de una pieza dentaria en el curso de la extracción es un accidente muy común y se debe a varias causas; técnica defectuosa - principalmente, descuido del operador y las que escapan al Cirujano Dentista que son contusiones de los tejidos dentarios, forma de las raíces, procesos inflamatorios en el cemento radicular, tumores duros de los tejidos dentarios.

Tratamiento.- Cuando fracturemos la corona y el forceps ya no nos permita la extracción de la porción restante de la pieza dentaria, procedemos a emplear el botador y con habilidad y técnica lograremos luxar la o las raíces a las cuales posteriormente pasamos a desalojar con la raigonera. Cuando ocurra la fractura de la raíz de una pieza dentaria, en ningún caso deberemos dejarla, ya que esto da origen a diversas complicaciones bastante serias.

2.- Luxación o fractura de dientes contiguos.- Puede ocurrir de modo accidental o por el uso de instrumentos inadecuados.

Esta luxación se presenta cuando se emplea el elevador y se --

apoya erróneamente en el diente contiguo en vez de apoyarlo en el reborde alveolar.

La luxación consiste en un desplazamiento o rotura de algunas fibras del ligamento alvéolo-dentario.

El mejor tratamiento para este caso consiste en dejar en reposo la pieza dentaria.

La fractura de dientes contiguos es un accidente evitable si se sigue una buena técnica y si las maniobras operatorias son lentas, suaves y son controladas por la vista y el tacto del operador.

Este accidente se produce cuando se luxa bruscamente la pieza por extraer y no siendo posible controlar el fórceps, por su propio impulso choca con las piezas antagónicas y las fractura.

3.- Extracción o lesión de un germen dentario de la segunda dentición.- Esto ocurre con más frecuencia en niños de 7 a 10 años que es cuando los gérmenes definitivos están más desarrollados y próximos al reborde alveolar y por ejemplo en un molar si profundizamos demasiado los bocados podemos hacer la lesión o extracción del germen definitivo, ya que éste se forma entre las raíces del diente temporal. En caso de lesionarlo se deberá dejar a ver si el organismo reacciona, y si acaso es extraído, pues ya no tendrá remedio.

4.- Desalojamiento de aparatos protésicos u obturaciones.- Este accidente puede ocurrir por una técnica defectuosa o mala aplicación del instrumento al tomar como punto de apoyo dientes con coronas, obturaciones o con soportes protésicos.

Otras veces se pueden deber a exceso de material en los puntos de contacto y al luxar la pieza se desalojan o se deforman. Cuando hay obturaciones unidas debemos separarlas con discos de carborundum.

5.- Fractura o luxación de uno o más dientes al colocar el abre-bocas.- Cuando tengamos que usar el abre-bocas deberemos apo-

yarlo sobre piezas dentarias sanas, porque si se le coloca sobre -- dientes móviles, estos serán fácilmente desalojados. Debemos tomar en cuenta los movimientos bruscos del paciente, que pueden hacer salir de su lugar al abre-bocas y pueden lesionar dientes sanos y tejidos blandos.

6.- Extracción errónea de una pieza dentaria sana.- Esto puede suceder por ejemplo en un paciente que padezca una odontología, y este se queja por acción refleja de molestias no solo en la arcada enferma, sino en la antagónica también, no sabiendo precisar la pieza enferma, si no se hace un diagnóstico acertado se puede llegar a un lamentable error.

También aunque es muy raro, puede ocurrir por un descuido del operador.

7.- Fractura de los rebordes alveolares.- Esto sucede con frecuencia al efectuar las diversas extracciones más no tiene mucha importancia.

Cuando las fracturas son algo grandes, como de 2 a 3 cms. de largo y de profundidad, esto es debido a un movimiento exagerado de luxación externa. Ya producida esta fractura se tendrán que eliminar los secuestros o fragmentos, pues su permanencia entorpecería la cicatrización.

En caso de que el fragmento no haya sido desalojado y no esté interrumpida la irrigación sanguínea, hay muchas probabilidades de que solde nuevamente el hueso.

Si la fractura ha sido muy extensa y han quedado descubiertas las raíces de algunas piezas, procederemos a protegerlas con tejido blando suturando posteriormente la herida con los puntos que se necesiten.

8.- Fractura de la tuberosidad del maxilar.- Este accidente es el más peligroso de las fracturas parciales de los maxilares debido

a la proximidad de órganos importantes: Arteria maxilar interna con sus ramas, plexo pterigideo y nervios dentarios posteriores.

Este accidente puede ocurrir al tratar de extraer la tercera molar por el mal empleo del botador o por luxaciones excesivamente bruscas con el fórceps o una luxación externa muy exagerada.

Si la fractura es extensa y abarca toda la tuberosidad no debemos extraer el fragmento sino esperar a que solde por sí solo o que el organismo lo desaloje.

Caso de que la fractura sea solo de la tabla externa y si esta ha sido muy grande y acaso dejara al descubierto el seno maxilar, debemos suturar la mucosa para cerrar la comunicación buco-sinusal.

9.- Fractura de la mandíbula.- Si nosotros adoptamos una técnica correcta y si el maxilar está normal, muy rara vez se producirá la fractura de la mandíbula, ahora que hay factores que predisponen a la fractura, tales como la Tuberculosis, Osteomielitis, Raquitismo, o por la edad avanzada del paciente. En caso de que existan grandes quistes que debiliten el cuerpo del maxilar se puede hacer la fractura al tratar de extraer la pieza.

Este accidente es mucho más frecuente en la extracción del tercer molar debido a la difícil posición de éste y consecuentemente las dificultades que opone.

También hay ocasiones que, en la extracción de una pieza móvil tier: ésta un proceso inflamatorio o tumoral de mayor o menor extensión, hay casos en que el maxilar ya está fracturado a consecuencia de dicha lesión o bien que la fractura siga su curso después de la extracción. Debemos en este caso hacer un riguroso examen clínico y radiológico de la lesión, para evitar complicaciones.

Tratamiento.- Debemos disminuir el medio séptico de la boca para evitar la infección y luego procederemos a la reducción de la fractura e inmovilización de los fragmentos. Esto lo haremos (cuan-

do existan dientes) por alambrado interdental o por medio de férulas que pueden ser de acrílico o de metal vaciado o troquelado. -- Cuando no existan dientes se aplicará la dentadura al enfermo y se añadirá la fijación de un firme vendaje maxilar.

10.- Luxación de la mandíbula.- Este accidente puede presentarse por ejemplo en casos en que se somete al enfermo a la Anestesia general, ya que se provoca la relajación muscular, aparte la distensión a veces exagerada que se hace con los instrumentos o -- con el abre-bocas.

Esta luxación puede ser bilateral o unilateral, aunque la mayoría de los casos es bilateral.

La relajación de los músculos, el punto de apoyo que se toma con el abre-bocas, la depresión del cóndilo al extraer un molar -- posterior, son las principales causas que contribuyen a luxar la -- mandíbula.

El diagnóstico de la luxación bilateral es el siguiente: El -- enfermo no puede cerrar la boca, la barba está proyectada hacia -- adelante y hacia abajo, los carrillos planos, la saliva cayendo -- por encima del labio inferior y al hacer la palpación delante del -- tragus se encuentra una depresión que corresponde a la articula-- ción y por delante se palpa el cóndilo desabojado.

El diagnóstico de la luxación unilateral es el siguiente: La -- boca del enfermo se desvía hacia el lado contrario de la luxación, existe una abertura menos marcada de la boca que permite una ligera movilidad, al hacer nuestra palpación encontramos en el lado -- luxado los síntomas anteriormente descritos, la piel del carrillo -- del lado luxado esta aplanada y la del lado normal se encuentra -- ahuecada por el relajamiento muscular.

Tratamiento.- Trataremos de que el enfermo conserve su cabeza firme, nosotros estando de pie enfrente de él, procedemos a introducir los dedos pulgares (previamente protegidos con algodones, sa

sa o alguna servilleta gruesa) y los colocamos en las caras oclusales de los molares, los demás dedos se apoyan en el borde del maxilar. Apoyadas así las manos, ejercemos una presión al maxilar hacia abajo hasta salvar la eminencia condilea del temporal, luego se dirige hacia atrás y se suelta. La acción de los músculos masetero, pterigoideo interno y temporal hacen que el maxilar se coloque en su sitio normal.

La reducción de la luxación unilateral se hace de la misma forma que cuando es bilateral, excepto que la fuerza que ejercen los dedos pulgares se aplica solamente del lado que ha sufrido la luxación. Si acaso después de esta reducción se presenta un estado inflamatorio, se aplicarán compresas calientes.

11.- Penetración accidental al Seno Maxilar.- La penetración puede hacerse por un descuido del operador o por las relaciones que guardan las piezas dentarias con el Seno Maxilar o Antro de Highmore.

El Antro tiene un volumen variable que hace que las relaciones de su piso con las piezas dentarias sea muy inconstante.

Regularmente están en relación directa con el piso, las segundas premolares y las primeras molares. Cuando las raíces penetran al Seno o están separadas de él únicamente por las mucosas, por muy cuidadosa que hagamos la extracción, se hace la comunicación.

También hay veces que en el piso del Seno, el hueso es muy delgado y se rompe al luxar las raíces dentarias.

La comunicación al Seno se hace por descuido cuando en sus maniobras el operador hace una presión excesiva con el botador, en la extracción de una raíz que está en relación con el Seno.

El diagnóstico de la penetración nos lo darán los siguientes datos: La sangre que fluye del alvéolo es burbujeante, a veces hay hemorragia nasal del lado correspondiente; el enfermo al expirar --

con fuerza siente y dice que se le pasa el aire de la boca a la nariz y se percibe el ruido que hace el aire al pasar del Seno a la cavidad bucal.

Tratamiento.- Hecha ya la penetración, está contraindicada cualquier maniobra dentro del alvéolo.

Lo taponamos con gasa yodoformada, evitando que la saliva llegue a la herida y sin dejar que la gasa llegue al extremo superior del alvéolo, pues debe quedar el tercio superior del mismo libre, para que se pueda formar el coágulo. Este taponamiento lo renovaremos cada 2 días durante 8 de ellos.

Si al extraer una pieza dentaria se hizo la penetración y vemos salir pus del Antro es señal que existe una Senusitis. Entonces se deberá dejar que el pus salga para lo cual dejaremos abierto el alvéolo y proceder a aplicar Antibióticos a grandes dosis. Si a las 72 horas sigue supurando, el tratamiento deberá ser quirúrgico para lo cual hay diversas técnicas.

12.- Penetración de raíces de piezas dentarias al Seno Maxilar o a la Fosa Nasal.- Esto puede suceder cuando las raíces o las piezas dentarias están alojadas en estas cavidades y a la menor presión se introducen más profundamente.

También cuando están separadas las raíces dentarias del Seno, por una delgada laminilla ósea muy frágil y al introducir el bota-dor, se fractura la pared y son impulsadas al interior del Seno.

En el momento de darnos cuenta que una de estas raíces ha penetrado en el Seno, se suspenderá toda maniobra operatoria porque esto puede complicar aún más el accidente, porque muchas veces la raíz ha sido hundida, pero no ha perdido sus conexiones con el alvéolo y puede ser eliminada con relativa facilidad si se procede con calma y buena técnica.

Tratamiento.- Tomamos inmediatamente una radiografía para ver

exactamente la posición de la raíz. Si está hundida o próxima a la perforación, intentaremos eliminarla.

Si la raíz no puede ser alcanzada con instrumentos adecuados, intentaremos otra maniobra que es la siguiente: Colocamos la cabeza del paciente inclinada lateralmente hacia el lado afectado, introducimos una cánula dentro de la cavidad del Seno y haremos un lavado a regular presión. Si ésta técnica no da resultado intentaremos otra que es ésta: En la comunicación con el Seno introducimos una tira de gasa húmeda y estéril y en forma de acordeón de 25 cms. de longitud aproximadamente, a continuación le damos a la gasa una ligera torsión, lo más probable es que la raíz quede aprisionada entre la gasa y así podremos eliminarla. Luego procederemos a hacer la sutura de la abertura.

#### "Sobre las partes blandas"

1.- Desgarramiento del tejido gingival.- Esto se presenta con más frecuencia al nivel de las terceras molares inferiores porque el cuello de la pieza está fuertemente adherido a la encía en su parte distal. Si no tomamos las precauciones necesarias al hacer la extracción de estas piezas dentarias puede desgarrarse la encía, según algunos autores se han presentado casos de desgarraduras hasta el nivel de la apófisis coronoides.

Este accidente es muy evitable haciendo antes de la extracción un desbridamiento perfecto y en caso de que la pieza tenga conexiones con la encía se procederá a quitarlas con bisturí o tijeras.

El tratamiento de estos desgarros gingivales consiste en suturar la encía si el colgajo queda muy deficientemente unido, en caso contrario cortamos éste con tijeras para encía, prescribiendo cuidados antisépticos rigurosos durante el periodo de cicatrización.

2.- Contusión y herida en labios, carrillos y lengua. Son las

lesiones que más frecuentemente se presentan en la boca y en la mayoría de los casos son debidas a descuidos del operador.

Las heridas de lengua y piso de la boca se ocasionan por no controlarse debidamente los instrumentos con los cuales trabajamos y estos resbalan provocando las lesiones anteriormente dichas.

Cuando la herida es pequeña la hemorragia cede rápido pero si esto no sucede procedermoes a cohibir dicha hemorragia, ya sea por compresión o ligando el vaso.

Las heridas en los vasos se ocasionan al resbalar un instrumento cortante o también cuando al introducir el fórceps sin el debido cuidado, el mango del fórceps puede lesionarlos.

Cuando nosotros operamos en la parte posterior de la boca, el mango del fórceps y principalmente el vástago del elevador pueden producir irritaciones o contusiones en la comisura labial. Esto lo evitamos embadurnando con vaselina esterilizada dicha comisura.

Todos estos accidentes pueden evitarse siguiendo una buena técnica y operando con tacto y el mayor cuidado.

3.- Enfisema.- Es un accidente bastante raro, que puede presentarse y consiste en la penetración de aire en las mallas de los tejidos celulares subcutáneos y puede ocurrir tanto al efectuar la anestesia como durante la intervención misma. Lo reconocemos porque tiene una rápida aparición, al aumentar de volumen la región y la crepitación gaseosa a la palpación.

El pronóstico del Enfisema es benigno.

Tratamiento.- Haremos una ligera compresión, cuidando de no cambiar de sitio los gases debajo de la piel y no llevarlos más allá de la parte abultada.

En el supuesto caso de que el Enfisema sea muy amplio haremos escarificaciones y hasta algunas incisiones si es necesario.

Después de la expulsión del aire suturamos la brecha de la mucosa para evitar recidivas.

4.- Penetración de cuerpo extraño en los tejidos.- Esto sucede a veces cuando por ejemplo en una extracción un poco dificultosa en contramos el alvéolo vacío sin haber hecho la avulsión de la pieza dentaria y lo que pasa es que la pieza se desliza entre tabla exter na y encía quizá por haber hecho demasiada palanca con el botador - o por alguna luxación brusca del fórceps, que bota la raíz.

Entonces tomaremos de inmediato una radiografía para localizar la raíz o raíces y procedemos a desalojarlas.

5.- Penetración de raíces o de piezas dentarias en las vías di gestivas o aéreas.- Este accidente puede suceder en las extraccio-- nes de piezas anteriores o de raíces que al salir rápidamente pre-- via luxación del botador, es fácil que se vayan a la parte posterior de la boca y se introduzcan en la Faringe o en la Laringe, siendo - más peligroso ésto último.

Si se introduce a la Faringe, puede ser que allí permanezca y entonces es posible desalojarla con instrumental adecuado o bien si pasa al esófago lo cual no tiene mayor importancia porque la pieza- o raíz serán eliminados por las vías naturales.

Si ha caído en la Laringe es probable que por un acceso de tos, el cuerpo extraño sea expulsado hacia el exterior pero no siempre - sucede así y entonces queda enclavado en la tráquea, pasa a un bron- quio y se puede producir una asfixia.

Para evitar estos accidentes deberemos maniobrar con mucha cau- tela.

## II.- ACCIDENTES ANESTESICOS.-

### 1.- Síncope.

Este accidente también evitable se puede presentar por varias causas, ya sea en el caso de un enfermo que tiene varios días de vigilia y sin comer y su debilitamiento general está muy acentuado, o bien por una sensibilidad a la adrenalina o por temor al dolor.

Los síntomas son: Palidez, sudor frío, dolor en la región lumbar a veces, desfallecimiento de los miembros y también a veces náuseas.

Debemos siempre inyectar lentamente el anestésico y usar solución débil para evitar este accidente que a veces es pasajero y -- nos basta con poner el sillón en posición horizontal con la cabeza del enfermo más baja que el nivel del cuerpo para producir la congestión de sangre en el cerebro o también se pueden dar inhalaciones de alcohol para volver en sí al paciente. Si el accidente es más grave necesitamos administrar tónicos, por ejemplo: aceite alcanforado, cafeína, coramina, cardiazol, etc., etc.

### 2.- Intoxicación por Novocaina, Adrenalina o Cocaína.

Este accidente es bastante raro ya que la Novocaina la usamos a muy baja concentración. Desde luego si su concentración es alta o también que se inyecte muy rápidamente su toxicidad aumenta. Sus síntomas son muy parecidos a los del Síncope.

Los síntomas de la intoxicación por Adrenalina se pueden confundir con los originados por los anestésicos.

Estos se caracterizan por una depresión circulatoria y hay -- desvanecimiento. Es muy difícil que se produzcan estos accidentes porque las concentraciones que usamos son muy bajas.

La toxicidad que producía la Cocaína ya casi se ha eliminado - porque existen en el mercado drogas mucho menos tóxicas que la su-  
plen con bastantes ventajas.

### 3.- Inyección en un músculo.

Esto es causa de dolor durante varios días después de la ex-  
tracción debido a que la eliminación del anestésico es muy lenta y  
el anestésico obra como un cuerpo extraño mientras tanto.

Este accidente se produce mayormente cuando se inyecta aneste-  
sia regional inferior y no se toman bien las relaciones. Cuando -  
la aguja se inserta muy bajo se pueden inyectar los músculos pteri-  
goideos o cuando el paciente no abre bien la boca o por el contra-  
rio cuando se inyecta muy arriba y hacia atrás de la tuberosidad, -  
entonces se puede inyectar el Pterigoideo externo.

También cuando dirigimos la aguja demasiado cerca del hueso en  
la inyección infraorbital es posible que se infiltre el músculo ca-  
nino y si la aguja la dirigimos demasiado hacia afuera se inyectará  
la rama infraorbital del músculo cuadrado de la boca.

Este accidente de la inyección en un músculo lo podemos evitar  
siempre tomando bien nuestras relaciones anatómicas.

### 4.- Traumatismo

Este se debe casi siempre a la brusquedad con que se aplica la  
inyección lo cual hace que al infiltrar en los tejidos el anestési-  
co haya demasiada presión, mayormente en el paladar que presenta -  
una mayor resistencia o también en zonas inflamadas.

También cuando en repetidas veces se introduce la aguja o ---  
cuando ésta se cambia muy bruscamente de dirección.

### 5.- Fractura de la aguja.

Aun cuando se hayan tomado las debidas precauciones, este accidente se puede presentar por un movimiento brusco hecho por el paciente por el miedo al dolor.

Aun así, siempre deberemos usar agujas en buen estado y retirar las de mucho uso, deberemos desechar también las agujas que estén soldadas al portaagujas.

Ya producido el accidente se deberá eliminar el fragmento de aguja aunque en esto hay diversidad de opiniones, uno deberá anteponer su criterio ante todo, pero desde luego lo ideal será siempre eliminar el cuerpo extraño.

Si la rotura fué superficialmente y nosotros podemos palpar la aguja, haremos una incisión en la mucosa perpendicular a la aguja, lo cual nos permite eliminarla con más o menos dificultad.

En cambio si la rotura fué profunda y no es posible palparla, recurriremos a los rayos X para localizarla y proceder a eliminarla.

Para esto se toman varias radiografías de frente y de costado para ubicar la posición de este cuerpo extraño, se establece su altura con relación a la rama ascendente del maxilar y la separación con la cara interna de esta misma.

Hay que tener en cuenta que si la aguja ha atravesado algunos haces musculares del Pterigoideo interno subirá o bajará según se cierre o abra la boca del paciente.

Ya establecida la posición de la aguja, se anestesia la región y se hace la incisión de arriba a abajo perpendicular a la aguja -- por supuesto. Esta incisión debe ser amplia y profunda, es difícil ver la aguja rota, pero es fácil palparla y utilizamos para ello -- una sonda rígida para vencer la resistencia de los tejidos. Ya localizada, introducimos unas pinzas adecuadas y extraemos la aguja por el corte o haciéndola avanzar hacia adelante a través de los teji--

dos blandos. Luego procederemos a suturar la herida y a dar medicación post-operatoria.

#### 6.- Trismus.

Este puede ser causado por una técnica incorrecta al querer -- bloquear el nervio dentario en la inyección del anestésico, en las terminaciones motoras nerviosas de los músculos Pterigideo externo y masetero. Al anestesiar estos músculos, en esta forma se pierde temporalmente su función normal de relajación y contracción y el paciente experimenta algún dolor al abrir y cerrar la boca viéndose -- imposibilitado para esto por dicha causa.

El Trismus puede durar algunas horas o días y desaparece por -- sí solo.

7.- Equimosis.- Es originada por la extravasación de sangre de bido a la punción de un vaso accidentalmente, al hacer la inyección del anestésico. La sangre extravasada se estanca y produce un color morado o renegrido.

También la Equimosis puede presentarse por el traumatismo propio de la operación.

8.- Trastornos nerviosos.- Entre estos tenemos neuralgias, a-- nestesia prolongada, parálisis y lesión del nervio dentario.

9.- Neuralgias.- En algunos casos después de una extracción, -- cuando por ejemplo las raices de la pieza dentaria hubiesen estado -- en íntimo contacto con el tronco nervioso, éste pudo haber sido comprimido o traumatizado o bien quedado al descubierto por no haberse formado el coágulo protector.

La consecuencia de esto es una neuralgia de mayor o menor in-- tensidad y duración. Procederemos a taponar el alvéolo con cemento-- quirúrgico para proteger el nervio y facilitar su regeneración. Te -- bién administraremos al enfermo el Complejo Vitamínico "B".

10.- Anestesia prolongada.- La anestesia a veces puede continuar por horas, semanas y rara vez hasta por meses.

Si es por horas esto se debió a una deficiente absorción del organismo.

Cuando es más prolongada puede ser que el nervio haya sido afectado durante la intervención o también ya sea por un proceso infeccioso.

11.- Parálisis.- Esta es temporal y se presenta cuando por ejemplo en la aplicación de una inyección regional inferior se inserta la aguja hasta la glándula parótida, se puede anestesiar la rama facial o la cervico-facial del nervio facial y ocasiona una parálisis facial temporal, mientras dura la anestesia.

Estas parálisis regularmente pasan al término de la anestesia o cuando mucho en algunos días.

12.- Lesión del nervio dentario.- El nervio dentario lo podemos lesionar cuando se fractura el maxilar o cuando manipulamos en la extracción. Se puede lesionar desde una simple compresión hasta el desgarramiento o rotura y de esto dependerá el pronóstico y tratamiento.

### "ACCIDENTES MEDIATOS"

Son los que constituyen las complicaciones postoperatorias y son los siguientes: Hemorragia e infección.

#### I.- HEMORRAGIA.

Hemorragia es la salida de sangre en forma continua con todos sus elementos como consecuencia de la rotura de las paredes de uno o más vasos.

En exodoncia este accidente se presenta por varias causas que

pueden ser anatómicas y patológicas. La hemorragia es un accidente peligroso y siempre deberemos tener precauciones para evitarla.

También en exodoncia la hemorragia es un accidente poco frecuente, pero esto mismo viene a ser una desventaja pues por esta razón el Cirujano Dentista casi siempre se encuentra confiado.

Antes de entrar a tratar de lleno este accidente haré una pequeña descripción del Tejido Sanguíneo, así como el tiempo de coagulación y el tiempo de sangrado que son los más importantes para el Exodoncista. Posteriormente describiré las clases de Hemorragia y su tratamiento preventivo y curativo.

Descripción del Tejido Sanguíneo.- La Sangre es un tejido líquido que circula por los vasos, de color rojo vivo en las arterias y rojo oscuro en las venas. Se compone de un líquido o plasma y de los elementos que flotan en él que son los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Varios autores consideran también a los hemoconias entre estos elementos.

La sangre es un líquido viscoso de olor y sabor sui-géneris.- Su densidad es de 1,058 a 1,066, su reacción es casi neutra, ligeramente alcalina puesto que su Ph es de 7.4

Una función de la sangre es transportar hasta los tejidos las sustancias nutritivas tomadas del intestino, por ejemplo: Glucosa, proteínas, sales, que dichos tejidos utilizan para nutrirse.

También la sangre por medio de la hemoglobina de los glóbulos rojos toma el oxígeno de los pulmones transformándose en oxihemoglobina y se reduce a su estado primario al ceder a las células el oxígeno.

Otra de las funciones importantes de la sangre es la de conducir los productos de secreción interna (hormonas) colaborando al mantenimiento del equilibrio orgánico.

También la sangre como un medio de defensa para evitar su escape total tiene la propiedad de coagularse.

Glóbulos Rojos.- Los llamamos así porque en grandes cantidades presentan el color rojo aunque individualmente el glóbulo rojo es de color amarillo verdoso; la coloración se la deben a la hemoglobina que impregna su citoplasma.

Los Glóbulos rojos son los principales portadores de oxígeno gracias a la hemoglobina. El número de glóbulos rojos normalmente es de 5.000.000 por milímetro cúbico de sangre en el hombre y de 4.500.000 en la mujer.

Los glóbulos rojos se forman en el Hígado, Bazo, y Médula Osea.

Glóbulos Blancos.- Son células nucleadas, incoloras, sin membrana y con un citoplasma viscoso y granuloso. Poseen movimientos amiboideos y por medio de ellos emigran y llevan a efecto su principal función que es la fagocitosis. Poseen también la propiedad de atravesar las paredes de los vasos por diapedésis, pudiendo regresar en la misma forma que salen. El número normal de leucocitos es de 7 a 9,000 por milímetro cúbico.

Plaquetas.- Son corpúsculos micrométricos. Se les llama también Trombocitos o Hematoblastos y su número aproximado es de 250,000 por milímetro cúbico de sangre. Tienen un papel importante en la coagulación de la sangre.

Tiempo de coagulación.- Hay varios sistemas para determinar el tiempo de coagulación, entre ellos tenemos el de la venipuntura, pero el mejor por ser sencillo y rápido es el de la punción cutánea.

El método de Galckel es el más usado y se practica en esta forma: Aseptizamos perfectamente el pulpejo de un dedo con un algo

dón con alcohol y practicamos la punción con un instrumento apropiado o una aguja estéril. Observamos el tiempo que tarda en aparecer la primera gota de sangre. La colocamos en un portaobjetos que consta de una concavidad y en esta concavidad depositamos la gota de sangre, colocamos encima otro portaobjetos igual que el anterior. Estos portaobjetos los inclinamos ligeramente cada 30 segundos, aproximadamente desde el tercer minuto la sangre no coagulada gravita sobre el area más claramente iluminada. Al tiempo que la coagulación va efectuándose, la gota de sangre se hace sólida y exuda suero. Ya hecha la coagulación, podemos poner al descubierto esta gota de sangre y tocamos con la punta de la aguja el coágulo que presentará estrías de fibrina.

Todo este tiempo normalmente debe ser de 5 a 6 minutos después de la obtención de la sangre. Si no pasa así es que el tiempo de coagulación está alterado.

Tiempo de Sangrado.- Es aquél en el que se efectúa la hemostasia espontánea en una pequeña incisión.

El método más usado es el de Duke y es el siguiente: después de aseptizar la parte elegida que puede ser el pulpejo del dedo o el lóbulo de la oreja, estando ya seca la piel se hace la punción con algún instrumento adecuado. En el momento de hacer esta punción se anota el tiempo y luego con un papel secante y con intervalos de 30 segundos se seca la herida. Normalmente la hemorragia cesa de uno a tres minutos pero aunque dure hasta 8 minutos la consideraremos normal. Cabe hacer notar que con una misma punción es suficiente para determinar el tiempo de coagulación y el de sangrado.

Clases de Hemorragia.- La hemorragia puede ser: Arterial, Capilar y Venosa. Las clases de hemorragia son: Hemorragia Primaria, Intermedia y Secundaria.

Hemorragia Primaria.- Esta si es muy persistente se hará presión por medio de compresas de gasa estéril o de rollos de algodón.

Si la sangre proviene del alvéolo, taponamos este con gasa yodoformada al 5%. Un paciente después de efectuada una o más extracciones y si tuvo hemorragia no deberá retirarse del consultorio hasta que se haya detenido por completo dicha hemorragia y al abandonar el consultorio se le proporcionarán compresas de gasa para que las use en caso necesario.

Hemorragia Intermedia.- Las hemorragias intermedia y secundaria son más graves. Por lo regular se presentan en la noche. Al enfermo se le forman grandes coágulos de sangre en la boca que casi los imposibilitan para hablar.

Le Hemorragia Intermedia se presenta a veces en personas que no padecen de Hemofilia pero que sufren de otras enfermedades tales como la Leucemia, Anemia Perniciosa, Ictericia, etc.

Hemorragia Secundaria.- Estas son graves y tienen la desventaja de que como se presentan ya fuera del consultorio el Odontólogo no puede observar el verdadero estado del enfermo. Hayes en estos casos prescribe dos comprimidos de "styptysate" para tomarlos en una vez. Si existen grandes coágulos de sangre deberán quitarse con una gasa estéril, haciendo que el paciente muerda sobre una compresa de gasa impregnada de dicho medicamento en forma líquida. Se aconseja prescribir una tableta cada 4 horas durante 3 o 4 días.

Otros métodos terapéuticos en el tratamiento de la hemorragia son: Las transfusiones de sangre, hemostáticos como el veneno de la serpiente, el uso de la tromboplastina, el lactado de calcio, etc.

También esta hemorragia se presenta en personas que no padecen hemofilia pero que tienen anemia, leucemia, ictericia, etc.

Entre las causas patológicas de la hemorragia tenemos las enfermedades hemorragíparas que son: Hemofilia, Leucemia, Púrpura Hemorrágica, Anemia Perniciosa y la Diabetes.

Tratamiento preventivo de la Hemorragia.- Cuando hay un retar-

do en la coagulación de la sangre y no se pueda descubrir la verdadera causa, se debe administrar al paciente sales de calcio y según el doctor Paobetti estas solas no son tan eficaces como cuando van acompañadas de cloruro de amonio en la siguiente proporción: cloruro de calcio 20 gramos, cloruro de amonio 2 gramos, jarabe simple - 120 gramos y agua destilada 360 gramos. Esto se debe tomar durante 5 días antes de la intervención quirúrgica, 5 cucharadas diarias, - una cada 2 horas.

También ciertos estados hemorrágicos se deben a la carencia de vitamina K o antihemorrágica y administrada esta vitamina tenemos - la terapéutica de esta hemorragia. Se puede administrar por vía -- oral o parenteral.

Por vía oral a razón de 2 a 4 miligramos por día en un lapso - de 12 a 36 horas. Por vía parenteral intramuscularmente la dosis es de 5 miligramos en solución oleosa cada 24 horas.

El "Styptysate" es poco conocido, pero es un coagulante que - da muy buenos resultados en el tratamiento y prevención de la hemo- rragia.

Los sueros poseen propiedades coagulantes, por lo que se em- plean como tratamientos preventivo y curativo de las hemorragias, - se usan por vía intravenosa cuando se quiere prevenir la hemorragia y localmente sobre la herida en el tratamiento curativo.

Tratamiento curativo de la Hemorragia.- Para este tenemos me- dios mecánicos que pueden ser: Ligadura de vasos y taponamiento, -- y medios químicos como el agua oxigenada, sales de calcio, gelatina, sueros y cemento quirúrgico.

Ligadura de vasos; este medio casi no lo utilizamos en Exodon- cia. Se utiliza para detener las hemorragias en las partes blandas- y puede hacerse en la periferia de la herida o en los grandes tron- cos arteriales.

Taponamiento.- Antes de proceder al taponamiento debemos limpiar el alvéolo, retirando el coágulo deficiente, restos alimenticios, tártaro dentario o esquirlas óseas que posiblemente hubiesen quedado. Después hacemos un lavado con el pulverizador o regular presión, utilizando para ello soluciones salinas a una temperatura entre 50 y 55 grados centígrados, luego se procederá al taponamiento el cual se puede efectuar con gasa yodoformada, este debe quedar por dos días o más según sea necesario. Para retirar este taponamiento se mojará la gasa con suero fisiológico a medida que se saca del alvéolo.

A demás de los taponamientos con gasa se pueden utilizar otros materiales como son: Word Dental Cement, El Oxixel Hemostático y la Solución de Clorhidrato de Adrenalina al 1 x 1,000.

Otro método para detener la hemorragia después de la extracción es el siguiente: Aplicar una inyección de Novocaina-Adrenalina al 2% localmente y limpiar perfectamente el alvéolo, colocando en él una gasa esterilizada empapada en Adrenalina, encima de esta se coloca otra gasa yodoformica a manera de taponamiento lo más firme posible, luego se pone sobre de ellas unos rollos de algodón y se hace morder al paciente para tener mayor presión. Esta curación se cambia cada 24 horas hasta que desaparezca la hemorragia.

En caso de hemorragias muy graves se deberá recurrir a la Transfusión Sanguínea.

## II.- INFECCION.

Es la complicación más molesta después de la extracción y puede localizarse en el alvéolo o extenderse a los maxilares o a las partes blandas vecinas.

Una gran ayuda para algunos casos, son los Antibióticos.

Infecciones en el alvéolo.- La Alveolitis puede ser de dos clases: Por la inflamación o por la destrucción del Periostio que

recubre las paredes alveolares.

Cuando hay inflamación, 48 horas después de la extracción aparece dolor de intensidad variable, la encía del alvéolo se congestiona y el Periostio externo es doloroso a la palpación. En casos favorables esta inflamación desaparece a los 8 días.

En la destrucción del Periostio o sea el alvéolo seco hay dolores agudos, el alvéolo se observa vacío, desprovisto de coágulo sanguíneo y de tejido de granulación. Otras veces se ve un coágulo desintegrado, de aspecto necrótico, fétido y no adherido a las paredes alveolares. Algunas veces aparece un ganglio infartado.

Este proceso finalmente terminará por necrosis de una parte más o menos extensa del hueso y por eliminar en forma de secuestro la porción necrosada, o por absorción producida por las células Macrófagas.

La profilaxis de esta complicación consiste en que nosotros observemos una rigurosa asepsia en el acto quirúrgico, antes y después de él. Se evitará emplear anestesia infiltrativa en las cercanías del proceso infeccioso. Terminada la operación, retiraremos los tejidos enfermos que puedan existir dentro del alvéolo, también los restos de la pieza dentaria que pudieran haberse quedado adheridos al alvéolo y los pequeños rebordes alveolares fracturados.

Como empleamos la Adrenalina en la anestesia que es vasoconstrictor, esta impide la salida de sangre, después de la extracción y por esta causa provocaremos la hemorragia para que se forme el coágulo defensor que protegerá el alvéolo.

Tratamiento de la Alveolitis.- Se lava cuidadosamente el alvéolo, se seca con gasa esterilizada y se tapona con gasa yodoformada, empapada en líquido de Ward o Eugenol. Esta curación la cambiamos cada 24 horas. Como complemento de este tratamiento, para ayudar a las defensas orgánicas se prescribirán antibióticos o sulfas.

Infección de los Maxilares.- Cuando la infección no se detiene en el alvéolo sino que invade el tejido óseo vecino, dá origen a -- una Periostitis, una Osteítis o lo que es más complicado, Una Os--teomielitis.

Periostitis.- Es cuando se inflama el Periostio y el tejido -- blando, debido por ejemplo a que se han traumatizado mucho los tejidos al efectuar una extracción dentaria.

El enfermo se queja a veces de dolor que puede irradiar a todo un lado de la cabeza. Esta inflamación más o menos desaparece de 2- a 3 semanas por lo general a menos que exista un secuestro o cuerpo extraño y entonces puede hacerse crónica. Si hay elevación de la - temperatura entonces es que existe una infección.

Tratamiento.- Antibióticos, reposo y aplicaciones frías a la - parte lesionada. Si existe infección deberá canalizarse. Si existen secuestros deberán eliminarse.

La Osteitis es una complicación más seria y el tratamiento será: Primero calmar el dolor y segundo luchar contra la infección -- tanto local como general. Como tratamiento local se prescribirán, - sulfas o Antibióticos y Lavados regulares para que esté limpia la - herida así como los procedimientos para tratar la Alveolitis. Pa - ra el tratamiento general: vacunas polivalentes además de las sul - fas y antibióticos.

En la Ostcomielitis se seguirán los tratamientos médicos hasta que se forme el secuestro para posteriormente eliminarlo quirúrgica mente.

Infecciones de las Partes Blandas.-

Edema.- Es raro, pero puede presentarse después de una extrac - ción sin previo aviso ni reacción ganglionar.

Primero se inflama bastante la cara del paciente, la piel se - pone brillante y tensa, se edematizan el párpado inferior y el su -

perior. Puede ser que el proceso se resuelva de 48 a 72 horas, pero también puede suceder que el edema evolucione hacia el Flegmón.

El tratamiento local es el siguiente: Se colocarán una bolsa de hielo o una toalla empapada en agua helada sobre la parte edematosa 15 minutos con descanso de 1 hora y también se prescribirán enjuagatorios calientes con un antiséptico. El tratamiento general es el de todas las infecciones.

Flegmón.- Si a las 72 horas el Edema no cede, es que hay una verdadera inflamación del tejido celular y entonces se reemplazarán las curaciones frías por las calientes, aplicadas por dentro y fuera de la boca.

Se pueden aplicar compresas secas calientes, compresas húmedas calientes, bolsas con agua caliente y sustancias que conserven el calor (antiflogísticos e irradiaciones de calor). El tratamiento general es el mismo que para las infecciones.

Absceso.- Si posteriormente a la aplicación de antibióticos -- los flegmones no evolucionan, se forma una colección purulenta que puede estar situada cerca de la mucosa de la boca o cerca de la -- piel. Hecho el diagnóstico y comprobándose la existencia de pus, -- se desbridará este absceso y se le canalizará.

Tratamiento.- Se busca el sitio donde esté más próximo a la -- piel el absceso, se limpia con alcohol este sitio, lo pincelamos con yodo luego se le anestesia localmente con Cloruro de Etilo y -- con un bisturí se corta la piel, luego introducimos profundamente -- unas pinzas de Kocher cerradas y se abren sus ramas para canalizar el pus, colocamos una gasa yodoformada y se protege la herida con -- algodón que se mantiene en su sitio con vendas o tela adhesiva. Ca da 48 horas se retira la curación y se repite hasta que deje de supurar.

La curación completa del absceso la obtendremos entre los 10 -- y los 20 días por lo regular.

FIN.

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

CIRUGIA BUCAL.- DR. STERLING MEAD.

CIRUGIA ODONTOMAXILAR.- DR. D. AVELLANAL.

TESIS.- DR. MENDEZ.

DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA.- HAYES