

186
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"ACCIDENTES DE LA EXTRACCION"

T E S I N A

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JULIA MUÑOZ ALPIZAR

MEXICO. D.F., 1991

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

T E M A S	P A G I N A S
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ACCIDENTES INMEDIATOS.	
FRACTURA DEL DIENTE.	3
DIENTES MOVILES.	4
FRACTURAS DE LAS CORONAS CLINICAS.	4
LESION A LOS DIENTES ADYACENTES Y/O ANTAGONISTAS.	5
FRACTURA DEL INSTRUMENTAL.	5
FRACTURA RADICULAR.	5
FRACTURA DE LA CRESTA ALVEOLAR.	7
FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD.	7
LUXACION DE LA MANDIBULA.	7
FRACTURA DE LA MANDIBULA.	8
LESION DEL SENO MAXILAR.	8
PENETRACION DE UNA RAIZ EN EL SENO MAXILAR.	9
LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.	9
LESION DE LAS PARTES BLANDAS.	11
HEMORRAGIA.	11
HEMATOMA.	15
ENFISEMA.	15
LIPOTIMIA.	16
SHOCK.	17
TRAUMATISMOS POR INSTRUMENTACION DEFECTUOSA.	19
LESION DEL NERVIIO LINGUAL.	19
REACCIONES ALERGICAS A LOS ANESTESICOS LOCALES.	22
CAPITULO II ACCIDENTES MEDIATOS.	
HEMORRAGIA.	26
ALVEOLITIS U OSTEOSIS ALVEOLAR.	26
OSTEOMIELITIS.	28

INDICE

TEMAS	PAGINAS
EQUINOSIS.	30
TRISMO.	30
CONCLUSIONES.	
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION.

El conocimiento que adquirimos lo debemos tener en -- cuenta al practicar con suma responsabilidad para no llegar a los accidentes ya escritos, pues nos pueden suceder a todo o cualquier profesionalista.

El Cirujano Dentista debe tener cuidado de todos los tejidos locales, para no tener traumas en el paciente.

Una buena evaluación de la historia clínica nos puede ayudar para prevenir una dificultad o complicación para -- una extracción ideal.

Se tiene que elegir una buena técnica y tipo de anestesia, según sea el caso.

No debemos arriesgarnos a hacer una extracción sin -- radiografía, por las anomalías que se puedan presentar.

El Cirujano Dentista no debe pasar por alto estos requisitos.

Por ello, en el consultorio se debe contar con medicamento y equipo necesario para las urgencias que se puedan presentar y , así, no alarmarnos, por el contrario, sacar al paciente lo más pronto y mejor posible.

La anestesia general no se debe intentar administrar en el consultorio para seguridad del Cirujano Dentista.

Para evitar infecciones en la cirugía se debe practicar la asepsia y antisepsia para el éxito buscado.

El Cirujano Dentista debe intentar adquirir un trabajo eficiente, sin prisas; y metódico para ganar confianza, tranquilidad y cooperación del paciente.

Es poco el porcentaje de mortalidad por accidentes odontológicos, pero eso no quiere decir que no debemos estar atentos a posibles accidentes que por lo regular es culpa del Cirujano Dentista.

El objetivo de este trabajo no es llegar al accidente por el contrario, debe prevenirse, al mismo tiempo, asegurando al paciente a tener una buena restauración y confianza profesional para el Cirujano Dentista.

CAPITULO

I

ACCIDENTES INMEDIATOS.

FRACTURA DEL DIENTE.

Es el accidente más frecuente de la exodoncia en el curso de la extracción, al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o punto de ésta o parte de la raíz se quiebran, quedando solamente la porción radicular del alvéolo. El estudio radiológico y gráfico del órgano dentario a extraerse, impone la técnica. Sólo en las extracciones efectuadas a ciegas, o en casos excepcionales; pueden tener explicaciones la fractura.

Los órganos dentarios, debilitados por caries o con anomalías radiculares, no pueden resistir el esfuerzo aplicado sobre su corona y se quiebran en su punto de menor resistencia. Si la extracción fue intentada sin el examen radiográfico previo, después de producida la fractura se tomará una radiografía que nos indicará la posición, forma y disposición radicular. A causa del traumatismo producido por la fractura del diente a extraer se producen desgarrres de la encía, se desplazan esquirlas óseas, y sobre todo en la boca del alvéolo se sitúan trozos del diente; la pulpa puede quedar expuesta.

La encía desgarrada y el periostio lesionado, producen una hemorragia abundante que oscurece el cuerpo operatorio.

Los fragmentos se retiran con pinzas de algodón, se lava la región con un chorro de agua o suero fisiológico, se seca con gaseas y se practica la hemostasis. Una vez ter

minada la hemorragia, se practica la extracción de las raíces.

DIENTES MOVILES.

Los dientes en ocasiones son aflojados por fuerzas -- excesivas o mal dirigidas. Los dientes ligeramente móviles con tejido periodontal sano no requieren tratamiento. El diente deberá ser examinado después de 4 a 6 semanas, buscando movilidad, vitalidad, dolor a la percusión y cambios radiográficos.

Si el diente pierde su vitalidad, será necesario decidir si el diente puede ser salvado mediante tratamiento de endodoncia o si deberá ser extraído.

FRACTURAS DE LAS CORONAS CLINICAS.

Estas pueden afectar el esmalte, dentina o pulpa. El esmalte fracturado puede ser aliado y pulido. Puede ser necesario realizar un tratamiento con materia de recubrimiento pulpar y de restauración, puede ser necesario realizar un tratamiento de productos radioculares.

ACCIDENTES INMEDIATOS.

LESION A LOS DIENTES ADYACENTES Y/O ANTAGONISTAS.

Las lesiones a los dientes adyacentes pueden ser causadas por los instrumentos usados en exodoncia, así como también por instrumentos agudos o cortantes, por fuerzas excesivas o mal dirigidas. Y para evitar lesiones a los - dientes adyacentes será necesario utilizar correctamente los instrumentos en el acto operatorio, así como su elección correcta, ya que es un paso importante que nos permitirá suministrar fuerzas controladas durante la extracción del diente.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL.

No es excepcional que las pinzas de curación, excavadores, exploradores, los botadores o cualquier otro -- instrumental usado en exodoncia se fracturen en el acto quirúrgico, cuando excesivas fuerzas se aplican sobre ellos y al mismo tiempo pueden herirse las partes blandas o tejidos óseos vecinos y para extraer. Para extraer dichos instrumentos se impondrá una nueva intervención si no es realizado en el acto de la extracción.

FRACTURA RADICULAR.

Hay muchas razones por las cuales se pueden fracturar las raíces dentarias. Entre ellas podemos considerar las siguientes:

A. Aplicación impropia de los bocados de los forceps

- para extracciones.
- Colocación de los bocados sobre el esmalte en vez del cemento.
 - Colocación de los bocados no paralelos al eje largo del diente.
- B. Pinza para extracciones que no corresponde.
- C. Caries Extensa.
- D. Fragilidad debida a la edad del paciente o desvitalización del diente. Los conductos radiculares obturados indican la posibilidad de fractura.
- E. Formación radicular peculiar.
- Raíces curvadas.
 - Hipercementosis.
 - Raíces supernumerarias.
- F. Densidad excesiva del hueso de sostén a causa de:
- Osteítis condensante.
 - Dientes aislados por extracción de los dientes adyacentes algunos años antes.
 - Pilares de puentes fijos o removibles, sometidos a gran esfuerzo.
 - Alimentos duros.
 - Masticación de tabaco.
 - Bajo grado de gingivitis crónica que da lugar a -- periostitis, cuya consecuencia es exostosis labial de la cortical.
- G. Aplicación incorrecta de la fuerza en la exodoncia.
- Dirección errónea.
 - Movimientos bruscos del diente.
 - Movimientos de rotación donde no está indicado.
 - Tironeamiento del diente.

FRACTURA DE LA CRESTA ALVEOLAR.

Accidente en el curso de la extracción es la fractura del borde alveolar, en el cual el trozo de hueso será eliminado algunas veces con el órgano dentario, otras, este hueso queda únicamente fracturado, en el primer caso tendremos que cortar y limar los bordes cortantes y filosos del hueso restante del proceso fracturado y al mismo tiempo suturar; en el segundo de los casos debemos dejar el trozo de hueso fracturado y suturar también, citar al paciente para observar si el sequestro fracturado ha originado procesos inflamatorios consiguientes: absesos, los cuales si no desaparecen debemos hacer la extirpación del hueso fracturado, cortar los bordes cortantes, limar y suturar.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD.

En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos, y por el uso de elevadores aplicados con fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar superior o también parte de ella puede desprenderse, acompañando al molar; en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal, cuya obturación requiere un tratamiento adecuado.

LUXACION DE LA MANDIBULA.

Esta consiste en la salida del cóndilo de la mandíbula de su cavidad glenoidea, accidente raro que se produce en ocasiones de las extracciones de los molares inferiores en operaciones largas y fatigantes; otras veces con abrir

simplemente la boca del paciente, puede producirse dicha luxación unilateral o bilateral.

La mandíbula luxada puede volver a ser ubicada en su sitio colocando los dedos pulgares de ambas manos sobre las caras triturantes de los molares posteriores y los dedos restantes de las mismas manos sosteniendo el borde externo e inferior de la mandíbula y se imprimen fuertemente a este hueso tres movimientos, uno hacia abajo, otro hacia atrás y por último arriba.

FRACTURA DE LA MANDIBULA.

Esto es particularmente factible de ocurrir cuando tiene que extraerse un molar aislado o un diente incluido de una mandíbula desdentada y frágil, también es posible, aunque no frecuente, y en general es a nivel del tercer molar, donde la fractura se produce debiéndose a la aplicación incorrecta y a las fuerzas exageradas en el acto quirúrgico de la extracción de dicho molar. Por lo tanto en muchos casos el peligro es previsible y deben tomarse las precauciones necesarias.

LESION DEL SENO MAXILAR.

Durante la extracción de los molares y premolares superiores puede abrirse el piso del antro, y dicha perforación se adquiere en dos formas 1) Accidental, 2) Instrumental .

1) Por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al efectuarse la extracción de dicho diente puede quedar la comunicación, la cual inmediata-

advierte, por la mucosa antral presente.

2) Los instrumentos de exodorcía, como cucharillas, elevadores, pueden perforar el piso sinusal y desgarrando la mucosa antral, estableciéndose por este procedimiento dicha comunicación.

En la mayoría de los casos, cuando dichas perforaciones obedecen tanto a razones anatómicas o por instrumentos el coágulo se encarga de realizar o taponar la comunicación. También para proteger dicho coágulo colocaremos una torunda de gasa que nos favorezca la hemóstasis, algunas veces también es aconsejable poner un punto de sutura que acercando los bordes, establezca mejores condiciones para la contención del coágulo.

PENETRACION DE UNA RAIZ EN EL SENO MAXILAR.

El desplazamiento de un diente completo hacia el antro es raro y prácticamente sólo puede ocurrir cuando el diente es de forma cónica y se le ha aplicado una considerable fuerza hacia arriba. El desplazamiento de una raíz hacia el antro, por otra parte es relativamente común. Los factores que contribuyen a este accidente son:

- 1.- Un suelo antral delgado que se extiende hacia abajo y queda en relación estrecha con las raíces.
- 2.- Los esfuerzos para extraer una raíz molar quebrada a través de la boca de la cavidad.

LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.

Una extracción dentaria o una mala técnica de anestesia puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos, estas lesiones pueden radicarse en los nervios dentarios superiores e inferiores, los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior y mentoniano. El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en el seccionamiento, aplastamiento o desgarramiento de nervios y estas lesiones se traducen por neuralgias.

En las extracciones del tercer molar retenido, la lesión sobre el nervio dentario tiene lugar por aplastamiento del conducto del mismo nombre, el ápice se pone en contacto con el conducto y a la extracción del mismo podemos lesionar tanto al nervio como a los demás elementos y ocasionando algunas veces anestesia definitiva prolongada o pasajera según sea la lesión.

Cuando se realizan extracciones de los premolares inferiores o ápices radiculares de los mismos los instrumentos de exodoncia pueden lesionar el paquete mentoniano a nivel del agujero del mismo nombre, y estas lesiones pueden en ocasiones causar anestesia, otras veces parestesias de la mitad del labio inferior y del mentón, la regeneración del nervio una vez lesionado puede ser cosa de gravedad según la magnitud de dicha lesión. Puede ser de seis semanas a seis meses o más tiempo, dichas parestesias se llevan a cabo con tratamientos térmicos ya sean húmedos o secos en la región dañada (parestesia: alteración de la cenestesia, que consiste en sentir cosquilleos, hormigueos entumecimiento con ardores en la región dañada) (cenestesia: noción vaga de todos los órganos del cuerpo).

LESION DE LAS PARTES BLANDAS.

Desgarros de la mucosa gingival, lingual labios, carrillos que se producen por la falta de precaución o actuando con brusquedad por el deslizamiento de los instrumentos de la mano del operador y herir estas partes blandas, también en los labios por pelliscamientos de los forceps, en las comisuras y en los tejidos del piso de la boca.

HEMORRAGIA.

La hemorragia es la extravasación de la sangre con todos sus elementos, a consecuencia de los traumatismos provocados a las paredes alteradas y modificaciones sanguíneas que causan dicha extravasación. Cuando el vaso lesionado es de reducido calibre, la hemorragia puede cohibirse espontáneamente, pero cuando estos son de grueso calibre o cuando sus paredes no sean normales, o la coagulación de la sangre este modificada y alterada, la hemorragia no llega a cohibirse espontáneamente y se debe de intervenir ya sea para obliterar el vaso lesionado, o para inducir al organismo a producir la hemostasia (coágulo).

Las causas comunes de hemorragias en exodoncia pueden ser:

- 1) Laceración (herir, dañar), del alveolo y tejidos blandos.
- 2) Retención del tejido granulomatoso existente en el alveolo y el cual debe ser removido por medio del curetaje.
- 3) Suturas demasiado tensas que rompen los bordes de la mucosa o que se desprenden rapidamente.
- 4) Desintegración del coágulo por el paciente.
- 5) traumatismo del alveolo por un curetaje excesivo.

- 6) Succión del coágulo por el paciente.
- 7) Uso inmoderado de colutorios (enjuagues) inmediatos a la extracción.

Las hemorragias pueden ser: hemorragia arterial, originada por un traumatismo a una arteria y la cual produce un chorro intermitente de sangre y es de color rojo vivo. Hemorragia venosa, se manifiesta por la salida continua de sangre y es de color rojo obscuro. Hemorragia capilar, se manifiesta por un escurrimiento de sangre continua y es de color rojo claro.

Hay tre tipos de hemorragias: Hemorragias mecánica, o primaria que resulta de la severa acción sobre los vasos - de cualquier tamaño à calibre, el número de pequeños vasos involucrados en el trauma operatorio, y además la acción - de la velocidad de la sangre (venas arterias), sobre las - paredes del vaso involucrado. Alguno de los factores que - intervienen para cohibir la hemorragia en los traumatismos de un vaso son: la contractibilidad de las paredes vasculares y la coagulación de la sangre.

Hemorragia intermedia o recurrente. Esta hemorragia -- ocurre dentro de las 24 horas siguientes a la extracción. Generalmente el origen de ésta, es la modificación de la - presión sanguínea, daño que se presenta en el período operatorio un cambio de ella, esto puede deberse a cambios de angustia, dolor, lipotimias y disfunciones sistemáticas, - que ciertos autores llaman semi schok, y que al recuperarse el paciente, la presión arterial y venosa llegan al nivel normal ocasionando un aumento de ellas en el sitio ope

rado y como consecuencia puede presentarse la hemorragia. Habiendose practicada la intervención mediante el uso de - anestésicos locales, se presenta una vasoconstrucción de los tejidos provocados por el estímulo del propio vasoconstrictor del anestésico empleado; y que al cesar esta acción se presenta un aflujo mayor de sangre en la región intervenida.

Hemorragia secundaria. Esta puede ocurrir, como en el caso anterior, en el período de 24 horas después de haber efectuado la extracción del coágulo, atención domiciliaria inadecuada, lavado excesivo de la boca con arrastre y desprendimiento del mismo dando como resultado infección y -- hemorragias como consecuencia del mismo.

Por otra parte el sangrado prolongado, después de una operación dental, puede ser un problema grave más cuando - se debe a algunas enfermedades hemorrágicas graves. Puede resultar difícil de tratar y peligroso para el paciente. Las causas generales de estas enfermedades hemorrágicas -- son de dos tipos:

1) Púrpura.

2) Defectos de la coagulación (hemofilia, enfermedad - de Christmas).

Tratamiento de la hemorragia dental.- Es esencial preguntar al paciente si ha tenido algún problema de sangrado excesivo en lo pasado. Sin embargo, a veces ocurre que los pacientes que proporcionan un antecedente de haber sangrado en forma excesiva después de extracciones previas no -- muestran alguna alteración en el examen hematológico. Es -

posible que en estos pacientes, si las extracciones se realizan con suficiente cuidado, no ocurran problemas, o si hay algún sangrado pueda tratarse por medios locales. Se sugiere que en estos pacientes la causa del sangrado estribe en alguna alteración local de los vasos, pero el riesgo no es tan considerable como para que produzca preocupación seria.

Por otra parte, los pacientes que en el examen hematológico se ha demostrado que tienen un trastorno hemorrágico genuino, deben tratarse en el hospital.

Tratamiento de la hemorragia establecida. Después de las extracciones el paciente puede regresar muchas horas después, y al parecer, sangrando en forma abundante. Estos pacientes suelen estar ansiosos, alarmados por lo que les parece ser una hemorragia grave, principalmente porque una poca de sangre es tan espantosa. Estos pacientes raras veces sufren de un defecto de la coagulación. Por lo general tienen en su boca el coágulo y a veces es evidente que las extracciones se han llevado con un menor cuidado del que podría haberse deseado.

Debe confortarse al paciente, lavarse la boca y la sangre y extraerse los coágulos sueltos y encontrar el sitio de sangrado. El método más confiable de suspender tal sangrado consiste en administrar un anestésico local, asear el borde del margen, si es necesario extirpar cualesquiera bordes óseos agudos y fragmentados sueltos de tejido y suturarla. Pueden ser usados los agentes hemostáticos como el Surgicel, Oxycal (celulosa oxidada), el gelfoam (gelati

na absorbible porosa), etc.

El ácido tranexámico y el ácido espíllon-aminocaproico (EACA), son agentes antifibrinolíticos sintéticos que inhiben la actividad del plasminógeno. Se utilizan en la hemofilia. Los agentes antifibrinolíticos pueden ser útiles en una variedad de trastornos en los que el sangrado prolongado y en los que las medidas de control local resultan inadecuadas.

HEMATOMA.

Un accidente frecuente y al cual no se le asigna la importancia que tiene, es el ocasionado por el hematoma operatorio. Consiste en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares, o a favor de la menor resistencia-- que le ponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde de se ha practicado una operación bucal.

ENFISEMA.

El enfisema infectado agudo generalmente es causado por el uso irrestricto de jeringas de aire a presión o atomizadores que emplean aires comprimido. Al secar el conducto radicular con una jeringa de aire comprimido, puede forzarse material séptico a través del foramen apical hacia la porción esponjosa de la apófisis alveolar, y finalmente a través de las foreminas nutricias hacia los tejidos blandos adyacentes, produciendo como resultado la formación de una celulitis séptica y un enfisema. Es importante evitar el uso de cualquier pieza de mano accidonada por el aire que tenga una salida de aire comprimido dentro bucal si existe una herida de los tejidos blandos.

.- Lipotimia.

Esta es la causa más común de la pérdida de conciencia repentina en la cirugía dental. Se debe a una disminución transitoria en la presión de la sangre y a isquemia cerebral. Por lo general es de origen emocional por algunos pacientes pues se desmayan con mucha facilidad. Por lo común hay algunos síntomas premonitorios; el paciente se puede sentir perturbado, débil y con vértigos, con frecuencia siente náusea y puede vomitar. Hay palidez y la piel es húmeda y fría. Al principio el pulso puede ser lento pero en seguida se vuelve fuerte y rápido.

El tratamiento consiste en poner a un nivel más bajo la cabeza del paciente ya sea acostándolo, bajando el respaldo de la silla o bien apretando la cabeza entre las rodillas para aumentar el suministro de sangre al cerebro.

Por lo general se recupera rápidamente la conciencia. En las etapas tempranas antes que la conciencia se pierda por completo, una taza de té o de café calientes con azucar o la ingestión de una pequeña cantidad de brandy o licor de salvolátil pueden evitar que se pierda la conciencia o más tarde, pueden ayudar a la recuperación de la misma. También es eficaz aplicar sales aromáticas en la nariz del paciente inconciente.

El desmayo afecta principalmente a los pacientes nerviosos, en especial a aquellos cuya ansiedad se ha agudizado por una larga estancia en la sala de espera. No debería permitirse que esto suceda. Las inyecciones, en particular las de anestesia local, son una causa común precipitante -

del desmayo. A los pacientes muy nerviosos se les puede ayudar mediante la medición urevia.

Si hay inconciencia profunda durante un ataque de desmayo, puede haber incontinencia completa o el paciente puede tener una convulsión menor. Estas no son necesariamente indicaciones de algo más que una inconsistencia profunda y un simple ataque de desmayo, se deben diferenciar de otras causas de la pérdida repentina de la conciencia.

SHOCK.

El shock es una deficiencia circulatoria de origen cardíaco o vasomotor.

El shock pasa por varios estadios:

1) Shock primario. Resultante de reflejos y causas emocionales; es el síncope.

2) Shock secundario. La piel se vuelve pálida, fría, y viscosa por el sudor; las mucosas también están pálidas; los labios, las uñas, y las puntas de los dedos de las manos y pies y los lóbulos de las orejas adquieren color -- gris azulado; la cera está contraída y sin expresión, los ojos hundidos y fijos, con una mirada inexpresiva; midriasis con leve reacción motora; el pulso es débil, rápida y a menudo intermitente; las respiraciones son rápidas, superficiales e irregulares; la temperatura es subnormal.

Tratamiento: Restaurese la pérdida de líquidos del cuerpo. En todos los casos de shock hay que tomar el pulso y la presión sanguínea a intervalos frecuentes.

Consérvase la circulación sanguínea en las partes vitales, manténgase la cabeza más baja que los pies (decúbito dorsal). Administración intramuscular de antihistamínicos. Si es más severo adrenalina 1 x 1000 ml. 3 o 4 veces cada 5 o 10 minutos.

TRAUMATISMOS POR INSTRUMENTACION DEFECTUOSA.

Es común tomar el labio entre las ramas del fórceps y los dientes o la mucosa del piso de la boca entre los boca dos del fórceps y el diente, produciendo heridas bastante dolorosas. Los elevadores pueden resbalar y penetrar en -- las estructuras profundas, dando lugar a heridas serias o hemorragia. Deben colocarse siempre los dedos de modo que protejan los tejidos blandos.

LESION DEL NERVIIO LINGUAL.

El nervio lingual puede lesionarse cuando se fractu-- ra la corteza lingual de la mandíbula o cuando el nervio -- es seccionado accidentalmente con una fresa o escople durante la odontectomía. Si la situación se reconoce en el momento de la operación se pueden reaproximar y suturar los los cabos del nervio.

El nervio lingual puede ser dañado, ya sea por una -- extracción traumática de un molar inferior en el cual los tejidos blandos linguales son atrapados en el fórceps, o -- bien que se hayan lastimado con la fresa durante la remo-- ción del hueso. Se debe utilizar un retractor metálico, pa ra proteger los tejidos blandos adyacentes de daño cuando se está utilizando una fresa.

El labio inferior puede ser comprimido entre los man-- gos del fórceps y los dientes anteriores si no se tiene su ficiente cuidado. La habilidad del operador en el uso de -- su mano izquierda debe asegurar que el labio esté fuera --

del área de daño. Se requiere un cuidado extra cuando los dientes inferiores son extraídos bajo anestesia general. Los labios pueden ser quemados si los instrumentos no están completamente fríos después de haber sido esterilizados.

Si el diente o la raíz están en íntima relación con el nervio dentario inferior, el daño puede ser evitado o minimizado solamente por medio de radiografías preoperatorias de diagnóstico y una disección cuidadosa. El nervio no puede ser dañado, ya sea durante la extracción de raíces de premolares inferiores o por una inflamación aguda en los tejidos circundantes. Si el nervio es protegido por medio de un reactor metálico durante la operación, y la remoción de hueso es mayor mesial a la raíz del primer premolar y distal a la raíz del segundo premolar, se evita la falta de sensación labial, o bien se deduce o es pasajera.

La lengua y el piso de la boca, no deben ser dañados durante la extracción dentaria si se tiene cuidado durante la aplicación del fórceps y el uso de elevadores. Estos accidentes ocurren más comúnmente bajo anestesia general, los tejidos blandos siendo comprimidos en el fórceps o entre los dientes y las hojas del abrebocas. El uso efectivo de la mano izquierda evita estos accidentes. Si el operador utiliza un elevador sin control adecuado se le puede resbalar el instrumento y lastimar la lengua o el piso de la boca. La lengua está muy vascularizada y puede presentarse sangrado abundante después de dicha lesión. Esta hemorragia puede ser controlada jalando la lengua hacia ade-

lante y colocándole unas suturas. Se debe buscar una segunda opinión quirúrgica en todos estos casos.

El dolor postoperatorio debido al traumatismo de los tejidos duros puede ser machacamiento del hueso durante la instrumentación o por permitir el sobrecalentamiento de una fresa durante la extracción del hueso. El evitar estos errores de técnicas y poner atención en alisar los bordes filosos y la limpieza del alvéolo eliminar esta causa de dolor postoperatorio.

REACCIONES ALÉRGICAS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

Las sustancias con efecto anestésico, pertenecen fundamentalmente a dos grupos: ésteres y amidas.

Los del grupo éster tienen desventaja de formar soluciones menos estables que los del grupo amida. Los representantes más conocidos de este grupo son la Procaína (novocaína) y Tetracaína (pantocaína) las reacciones de hipersensibilidad a estos medicamentos ocurre con mayor frecuencia, por lo que han sido sustituidos por anestésicos locales del tipo amida que están esencialmente libres de este problema.

Dentro de los anestésicos locales del grupo amida los más usados en la práctica odontológica son: Lidocaína -- (Xilocaína), Mepivacaína (Carbocaína) y Prilocaina (Cita--nest).

La lidocaína tiene una capacidad de penetración muy alta y es de amplia duración, ha obtenido un mínimo de complicaciones en el tratamiento dental como edema o alveolitis.

La Mepivacaína es semejante a la lidocaína, su acción tiene un comienzo más rápido y dura un poco más que la lidocaína, es menos tóxico y produce menos reacciones en tejidos blandos, es bien tolerado por ancianos, cardíacos, -epilépticos y pacientes nerviosos usándose sin vasoconductor.

La Prilocaina se presenta sin vasoconductor, es un

buen anestésico local, pero su toxicidad o un efecto tóxico singular es la metahemoglobinemia, se aconseja no utilizarlo en niños, embarazadas y pacientes cardíacos.

Las reacciones alérgicas a los anestésicos locales -- del grupo amida son muy raras, sin embargo se han presentado casos de reacciones alérgicas características a elementos del cartucho dental, ya que cada cartucho contiene diferentes componentes además de la solución del anestésico local, de interés especial son los vasoconstrictores y los preservativos de los mismos.

COMPONENTES DE UN CARTUCHO DE ANESTESIA LOCAL.

	FUNCION
Agente anestésico local.	Conductor del bloqueo.
Vasoconstrictor.	Disminuye la absorción sanguínea, aumenta su duración y disminuye su toxicidad.
Metabisulfito de Sodio.	Preservativo del vasoconstrictor.
Metilparabeno.	Preservativo que aumenta el tiempo de vida; Bacteriostático.
Cloruro de Sodio.	Para la isotonicidad de la solución.
Agua esterilizada.	Diluyente.

Los vasoconstrictores están considerados como un componente integral de los anestésicos locales cuando se requiere la profundidad y la duración de la anestesia. Muy pocas veces en odontología se indica el uso de la solución de anestésicos locales sin vasoconstrictor como en el caso

del paciente que padece hipertensión, angina de pecho, afecciones psiquiátricas y pacientes embarazadas.

Los preservativos que se incluyen en la mayoría de -- los cartuchos dentales como el metilparabeno, es un agente que es empleado en muchos medicamentos, alimentos, cosméticos, y debido al aumento en la utilización de los parabenos, la frecuencia de la sensibilización a ellos ha aumentado mucho. La alergia a los parabenos está casi exclusivamente limitada a una respuesta dermatológica.

Los anestésicos tópicos del tipo amida también contienen preservativos como los parabenos y las manifestaciones clínicas de la alergia varían, sin embargo la respuesta -- más común es la estomatitis alérgica por contacto, la cual puede incluir un eritema ligero, edema y ulceraciones. Si el edema se extiende puede dificultar la deglución y la -- respiración.

PREVENCIÓN DE ALERGIA A LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

El interrogatorio cuidadoso del paciente que va a recibir una inyección de anestésico local, puede revelar un antecedente de alergia o la sospecha de que pueda existir. Cuando haya duda sobre los antecedentes de alergia a cualquier anestésico local, no deberá ser utilizado, se deberá remitir a un alergólogo el cual hará una evaluación profunda del paciente.

Cuando se presente un tratamiento dental de urgencia (extracción o extirpación de la pulpa) y en la interroga--

ción del paciente nos refiera que es alérgico al anestésico local, no deberá efectuarse ningún tratamiento dental. El dolor se calmará con analgésico y la infección deberá ser tratada con antibióticos.

Esta será una medida preventiva temporal, una vez que el alergólogo haya evaluado y determinado si realmente existe una alergia confirmada a los anestésicos locales entonces podrá llevarse a cabo el tratamiento dental definitivo.

Este podrá ser efectuado con anestesia general, siempre y cuando existan las condiciones adecuadas y personal bien preparado. Otra opción a considerar cuando se necesita un tratamiento de urgencia y no se dispone de anestesia general, es la utilización de los antihistamínicos por ejemplo la difenhidramina (benadryl), como anestésico local para calmar el dolor. Un efecto farmacológico de la mayoría de los antihistamínicos es una propiedad anestésico-local. Algunos son anestésicos locales más potentes que la procaína.

En este sentido el benadryl ha sido el más utilizado, cuando se administra en una solución de al 1% con 1:100000 de adrenalina provoca anestesia pulpar de hasta 30 minutos de duración.

Un efecto secundario indeseable y frecuente durante la inyección es una sensación de ardor o punsante.

Otro posible resultado indeseable es la inflamación y el dolor del tejido en el posoperatorio.

C A P I T U L O

I I

A C C I D E N T E S M E D I A T O S .

2.- ACCIDENTES MEDIATOS.

HEMORRAGIA.

Cuando la hemorragia se produce varias horas después de realizada la extracción, se procede como sigue: se practica un enjuagatorio con una solución al 10% de agua oxigenada tibia, con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar de la operación, eliminar el coágulo que flota sobre la herida y poder ver con claridad por donde sangra y cuál es el sitio de mayor afluencia sanguínea; se seca cuidadosamente la región sospechada con una torunda de gasa.

Si el vaso sangrante es gingival y esta a nuestro alcance practicarse su heostasis aplicando un punto de galvano-cauteria (rojo - Blanco). Cuando la hemorragia es profunda, se procede como se indicó anteriormente.

El método ideal es: inspección de la zona sangrante - para localizar la región de la hemorragia; se realiza una anestesia local, cuyo efecto vasoconstrictor blanqueará al campo, se practica una sutura sobre los bordes de la herida tratando de tomar con ella el vaso que sangra. En caso de persistencia de la misma, a pesar de los tratamientos locales instituidos, habrá que recurrir a medicaciones generales (transfusión sanguínea, inyecciones de sustancias que aceleren la coagulación, devolviendo al tejido algunos de los elementos que faltan).

ALVEOLITIS U OSTEOSIS ALVEOLAR.

Las causa predisponentes más importantes son el traumatismo excesivo y una irrigación deficiente. En el caso -

de las extracciones sistemáticas el alveolo seco con mucha frecuencia se presenta después de la extracción de los dientes molares inferiores, probablemente debido a que el hueso es menos vascular y es más denso. Es raro un alvéolo seco en el maxilar superior.

Pueden influir otros factores en esta complicación como la infección perodental o periapical preexistente, o la eliminación del coágulo por el uso excesivo de enjuagues bucales. El uso excesivo de vasoconstrucciones en soluciones de anestésicos locales.

Los pacientes con especial riesgo de presentar alvéolo seco son aquellos cuyo hueso está esclerótico y su suministro sanguíneo es relativamente insuficiente, así como aquellos que pueden tener un traumatismo excesivo, como -- por ejemplo: estados osteoscleróticos, sobre todo enfermedad de paget, pacientes que han sido sometidos a radioterapia bucal, desimpacciones difíciles de terceros molares.

El fenómeno inicial parece ser una destrucción del -- coágulo que normalmente llena el alveolo. Esto probablemente debe a la acción de enzimas proteolíticas producidas por bacterias o a la actividad fibrinolítica local excesiva; el hueso alveolar y otros tejidos orales al parecer tienen un alto contenido de activadores de fibrinolisinias que pueden liberarse cuando el hueso es traumatizado.

Puesto que el alveolo seco establecido es tan difícil de tratar, es conveniente, si es posible evitar esta complicación aun cuando sea rara. Puesto que el daño de el -- hueso parece ser un factor predisponente importante, vale

la pena hacer hincapié en que las extracciones deben llevarse a cabo con el mínimo de traumatismo y en la forma -- más limpia posible. Inmediatamente después de la extracción los bordes del alveolo deben comprimirse firmemente y mantener juntos durante unos minutos hasta que se haya formado el coágulo.

El tratamiento consiste en mantener la cavidad abierta lo más libremente posible de infección y proteger el -- hueso expuesto. Por lo tanto, las principales medidas son irrigación del alveolo utilizando solución antiséptica tibia y luego llenando la cavidad con un apósito obsturante que contenga algún antiséptico no irritante para prevenir que se acumule el alimento y el desecho. Esto debe acompañarse del uso frecuente de enjuagues bucales con agua ca-- liente. En muchos casos la irrigación de la cavidad y la reposición del apósito tienen que repetirse a intervalos - de pocos días aunque en la mayoría de los pacientes desaparece el dolor después de la aplicación de uno o dos apósitos.

.- Osteomielitis.

La osteomielitis aguda, aparece con más frecuencia en el maxilar inferior que en el superior. Comienza con una - infección de la porción esponjosa medular del hueso, que - por lo general entra por la vía de una herida o una abertu-- ra a través de la cortical ósea, por ejemplo, un alvéolo, admitiendo una infección en la estructural central.

La infección puede estar localizada, o puede difundir

se por toda la estructura medular de la mandíbula o del -- maxilar superior, y puede ser precedida por una infección aguda. Previamente puede haber una celulitis séptica o puede seguir lo que aparentemente fue una extracción simple -- de un diente infectado. La aparición de la osteomielitis -- aparentemente se asocia con la falta de resistencia de un paciente individual a los microorganismos particulares que invaden la estructura ósea. Antes del advenimiento de los agentes quimioterápicos y antibióticos, la infección osteo-- mielítica no era infrecuente.

Cuando antes se haga el diagnóstico y se inicie el -- tratamientodefinitivo, mayor será la oportunidad de impe-- dir el avance de la infección. Aun antes de que pueda obte-- nerse material purulento con el cultivo, es aconsejable co-- menzar administrando un antibiótico en altas dosis. El ede-- ma y la induración deben observarse muy de cerca observan-- do la primera indicación de fluctuación, de manera que pue-- da realizarse lo antes posible una incisión de liberación hasta la superficie ósea, para una evacuación temprana de pus, impidiendo así que éste eleve el periostio. Si la in-- duración se extiende más allá del límite de la incisión -- después del drenaje primario, ésta debe extenderse inmedia-- tamente.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EQUIMOSIS.

Es causado por la extensión de la intervención de la intervención quirúrgica. Y la tendencia hemorrágica.

El tratamiento a seguir deberá ser el calor (en cualquiera de sus formas) y el masaje indicados, una vez que la equimosis ha aparecido en la piel, y siempre que haya cesado la hemorragia o el rezacamiento (el frío está indicado en el posoperatorio inmediato). La decoloración se debe a la lenta desintegración de los compuestos orgánicos de la hemoglobina. El tratamiento tiene por objeto estimular la formación de nuevos canales linfáticos para aumentar el drenaje linfático. El color púrpura intenso se va desvaneciendo hacia un púrpura claro, después verde amarillo y por fin el color normal.

La administración parenteral de enzimas proteolíticas favorece la desintegración de la sangre coagulada, con la precaución de no usarlas cuando haya infección, amenos que se utilicen también antibióticos.

TRISMO.

Es la imposibilidad para abrir la boca debido a espasmo muscular. Puede ser causado por edema postoperatorio, formación de ematoma, o inflamación de los tejidos blandos. Los pacientes con artritis traumática de las articulaciones temporomandibulares tienen limitación de movimiento mandibular. La aplicación de calor intrabucal por medio de luz infrarroja o por el uso de enjuagues con solución salina caliente alivia en casos leves, pero otros pacientes requieren la administración de antibióticos o tratamiento especial.

CONCLUSIONES.

El Cirujano Dentista debe estar plenamente seguro que el paciente no le engañe al elaborar la historia clínica para esto debe de hacer preguntas, y tener el conocimiento para proceder al diagnóstico y tratamiento adecuado.

Algunos de los pacientes no consultan al médico por diversos factores y no están, por tanto, enterados de ciertas enfermedades que podrían complicar la operación quirúrgica, por esta razón, debemos de ser sinceros cuando cometamos un accidente y así ganaremos confianza con el paciente.

Aun cuando el paciente este bajo tratamiento y controlado por el Cirujano Dentista, deberá estar en contacto -- con el médico del paciente para saber de que forma atenderlo evitando, así, una situación de emergencia.

Para evitar algunos de los accidentes que suelen sucederle al Cirujano Dentista, debe tener siempre presente la aplicación de su fuerza (no exagerada) y maniobrar siempre con conocimientos.

Es necesario contar con el instrumental y medicamento necesario y adecuado en el Consultorio Dental, pues terminada la operación quirúrgica se puede modificar, siendo indispensable la vigilancia posoperatoria.

Si el Cirujano Dentista tiene complicaciones y no se siente competente con los recursos intentados se debe remi

tir con su especialista.

El paciente debe seguir una dieta rigurosa para no complicar, y hacer exitosa la Cirujía.

Pueden ocurrir diversos accidentes en el consultorio-dental antes y después, por lo cual debemos de explicarles claramente lo que podría sucederle si no realiza las indicaciones del Cirujano Dentista.

Es importante que el paciente y el odontólogo tengan una comunicación, para seguridad del paciente y del operador.

BIBLIOGRAFIA

- ARCHER, Harry W. CIRUGIA BUCAL. Editorial Mundi, S.A. Buenos Aires. 2a. reimpresión, TII. 652-669 pp.
- HOWE, Geoffrey L. EXTRACCION DENTAL. Editorial El manual moderno S.A. México 1990. 5ta. reimpresión. 88-112, 123 pp.
- KRUGER, Gustavo O. CIRUGIA BUCOMAXILO-PACIAL. Editorial Médica Panamericana S.A. 1986. 5ta. edición. 319-366, 685 pp.
- LASKIN, Daniel M. CIRUGIA BUCAL. Editorial Médica - Panamericana S.A. Buenos Aires. 1987. 782pp.
- RIES Centeno, Guillermo A. CIRUGIA BUCAL. Editorial "el Ateneo". México 1979. 8va. edición. 340-361, 680 pp.