

197
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUE SE
PRESENTAN CON MAS FRECUENCIA EN
LA EXTRACCION DENTARIA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

JUAN ANTONIO OLVERA MASETTO



FALLA EN ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAGS.
INTRODUCCION.	
COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DE LA ANESTESIA LOCAL.....	1
INYECCION DE LA SOLUCION ANESTESICA EN LA CIRCULACION - SANGUINEA.....	2
DERMATITIS.....	2
INFECCION.....	2
TRAUMA.....	2
ROTURA DE AGUJA.....	3
DOLOR PERSISTENTE.....	3
PARALISIS.....	3
PARESTESIA.....	4
TRISMO.....	5
EDEMA.....	6
EQUIMOSIS.....	6
EFISEMA.....	6
HEMATOMA.....	7
NAUSEAS.....	7
VOMITO Y DISFAGIA.....	7
SEQUEDAD BUCAL.....	8
ENTUMECIMIENTO Y SEQUEDAD DE LA CAVIDAD NASAL.....	8
SHOCK.....	8
SHOCK HIPOVOLEMICO O HEMORRAGICO.....	9
SHOCK CARDIOGENICO.....	10
SHOCK NEUROGENO.....	10
SHOCK SEPTICO.....	11,12,13

SHOCK ANAFILACTICO.....	14,15
LIPOTIMIAS.....	15
PARO CARDIACO.....	16
SINCOPE.....	17
FRACTURA DEL DIENTE Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS..	17
HEMORRAGIA.....	18
ALVEOLITIS.....	19
FRACTURA DEL MAXILIAR SUPERIOR.....	20
COMUNICACION DEL SENO MAXILAR.....	21
PERFORACION DE LA RAIZ EN EL SENO AUXILAR.....	22
PENETRACION DE UN DIENTE EN REGIONES VECINAS.....	23
LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS.....	24
FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR.....	24,25
LUXACION DE LA MANDIBULA.....	26
FRACTURA DEL CONDILO.....	26
LARINGOESPASMO.....	26
OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS SUPERIORES POR UN CUERPO EXTRANO.....	27
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	29

I N T R O D U C C I O N

Durante la práctica, el cirujano dentista debe tener conocimiento general para resolver cualquier tipo de complicación que se presente en el consultorio y el tratamiento adecuado.

En esta práctica solo haremos mención de algunas de las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en la práctica odontológica.

Es importante esta especialidad ya que es de gran beneficio para la humanidad y existe gran relación, médico odontológica, es muy necesario para combatir enfermedades estomatológicas ya que pueden peligrar la vida de los pacientes.

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DE LA ANESTESIA LOCAL

Un factor importante es el conocimiento exacto de la anatomía que permite al C. D. llevar el agente anestésico hasta el sitio adecuado, por la vía mas conveniente con lo cual se evitan complicaciones o traumatismos en los tejidos.

Generalmente no se producen efectos tóxicos si se usa una solución anestésica adecuada y si el C. D. se mantiene en un límite conservador a lo que respecta la cantidad de solución y probando por aspiración que la aguja no se encuentre dentro de un vaso, inyectando la solución lentamente y colocando al paciente en posición reclinada y cómoda.

Aunque los casos de idiosincracia a la procaína o a la epinefrina son raros, los síntomas por sobredosis de epinefrina se presentan casi en el acto y desaparecen rapidamente y los síntomas por sobredosis de procaína son mas duraderos y se retiran lentamente, se presentan con escalofríos, sudor abundante, dilatación pupilar, nauseas, vómito, palidez, mareos, disnea, respiración irregular, pulso rápido, temblor, síncope y en ocasiones la muerte.

INYECCION DE LA SOLUCION ANESTESICA EN LA CIRCULACION SANGUINEA

La inyección en la mucosa se debilita el efecto tóxico de la droga, es absorbida y gradualmente librada a la circulación sanguínea estando precticamente exenta de trastornos tóxicos. Si la solución es inyectada en un vaso sanguíneo pasa de inmediato a la circulación sin salir de la luz de los vasos, es llevada al corazón y a los centros cerebrales produciendo graves trastornos tóxicos.

Es más fácil introducir la aguja en una vena que en una arteria porque ésta tiene la capa muscular mas resistente y resvalosa, protege al vaso contra la penetración de la aguja.

DERMATITIS

Algunos pacientes la han presentado debida a cierta susceptibilidad innata o adquirida a diversos anestésicos locales, no es un padecimiento progresivo, se cura al suspender el contacto de la piel con el anestésico; a veces los C. D. la presentan por lo tanto se deben usar guantes.

INFECCION

Consecutivamente a una inyección se puede presentar una infección, ya sea por no seleccionar bién el tipo del anestésico, elección errónea de la zona a anestesiar, uso de instrumental séptico, inyección del anestésico en el interior de un musculo, soluciones no estériles o muy concentradas.

Nunca debe aplicarse una inyección sobre una área inflamada o supurada; si no se puede hacer el bloqueo se debe usar anéstepico general. No se debe anestesiar por lingual del 3er molar inferior ya que por detrás de éste y lingual existe un espacio que tiene muy poco tejido conjuntivo y si llegase a penetrar sustancia purulenta se desarrolla una infección aguda difícil de dominar exista o no pericoronitis y además existe la posibilidad de lesionar el nervio lingual, debido a su situación superficial debajo de la mucoaa, manifestándose la infección en un plazo de uno a 10 días.

TRAUMA

Este puede ser producido por la operación y por la inyección que generalmente ocasiona dolor ya sea por desgarrros innecesarios, por inyección de tejido inflamado y la inyección rápida de la anestesia produciendo así mis

mo esfacelo (tejido gangrenado).

ROTURA DE AGUJA

Puede producirse en el momento de una anestesia infiltrativa o regional. Es un accidente no muy comun pero puede ocurrirle hasta al C. D. más hábil. La causa mas frecuente es por algún movimiento brusco del paciente, sobre todo en personas muy nerviosas o hipersensibles por lo tanto todo cirujano debe estar prevenido para solucionar el mismo.

Si se rompe la aguja se debe tomar una radiografía, para ubicar perfectamente el sitio donde se encuentra la aguja, posteriormente palpar los tejidos blandos para encontrar el sitio del accidente y proceder a la extracción de la aguja, pues nunca se dejará que un paciente se vaya con un pedazo de aguja en el interior de sus tejidos a menos que uno no pueda intervenir por desconocer las técnicas, se le enviará a una persona con más experiencia para que realice la extracción.

DOLOR PERSISTENTE

Un anestésico local puede producir dolor prolongado consecutivamente a una inyección y operación dental, inyección en la parafida, músculo o ligamento, soluciones no isotónicas, substancias irritantes en la solución; inyección rápida produciendo distención tisular.

PARALISIS

Se presenta con los siguientes signos característicos; párpado caído, ala de la nariz comprimida, mejilla flácida y boca torcida.

Puede deberse a que la inyección mandibular se penetre demasiado y se inyecte en la glándula parotídea por donde pasa el N. facial produciendo la parálisis que dura mientras tiene efecto la anestesia.

P A R E S T E S I A .

La parestesia puede presentarse en el labio inferior superior u otras partes. Generalmente es causada por una inyección que produce un efecto degenerativo sobre el nervio o por el traumatismo propio de la operación, en algunos casos se debe a que la solución anestésica ha sido contaminada con alcohol lo cual puede ocurrir cuando las jeringas se mantienen en alcohol; la mayoría de los casos es por una extracción dentaria o alguna operación quirúrgica, pues el nervio mandibular pasa por un conducto entre las raíces de los molares inferiores, por lo tanto se debe tener cuidado cuando se hace el raspado del alveolo o se extirpa el tejido patológico por que es muy posible lesionar el nervio.

La parestesia de un lado de la punta de la lengua también puede producirse como resultado de irritación o lesión en el Nervio lingual por extracción del tercer molar inferior inclinado hacia lingual, ésta puede abarcar los 2/3 anteriores de la lengua o los tejidos blandos del suelo de la boca.

Se han visto casos en los cuales el Nervio ha sido lesionado, comprimido o seccionado, después de lo cual se presentó parestesia mas o menos duradera, se obtuvo la recuperación completa al cabo de unos meses o un año; en muy raros casos permaneció indefinidamente.

Algunos casos se deben a un factor psíquico.

En ocasiones el área afectada puede progresar y afectar a dicho conducto que contiene el Nervio dentario inferior.

Cuando se hace una inyección suborbitaria evitar el contacto de la punta de la aguja en la cara inferior de la cresta infraorbitaria porque se puede ocasionar una parestesia.

El Nervio mentoniano puede ser lesionado en la extracción de premolares inferiores sobre todo cuando están impactados.

Las lesiones de parestesia son mas comunes en el maxilar inferior que en el maxilar superior.

Cuando la regeneración del tejido nervioso es completa se recupera totalmente la sensibilidad; al volver ésta gradualmente se presenta una sensación de hormigueo en el labio y en la mandíbula que desaparece al completarse la recuperación.

Un Nervio seccionado se regenera si los dos extremos quedan en oposición. Si ésto no sucede, puede formarse un Neuroma.

El tratamiento para la lesión nerviosa es la aplicación de diatermia húmeda o seca, sin embargo la mayoría de los pacientes se recuperan con el tiempo, sin ningún tratamiento.

T R I S M O

Es el resultado de la pérdida de la función normal del músculo, generalmente no dura mucho tiempo, va de unas cuantas horas a unos cuantos días,

puede presentarse consecutivamente a la inyección de solución anestésica en el interior de un músculo ya sea masetero o pterigordeo interno, el músculo pierde la capacidad de contraerse porque se anestesian las fibras motoras terminales.

La pérdida transitoria de los movimientos puede ser producida por la operación misma.

E D E M A

Puede ser producido por una inyección de solución anestésica en un músculo, en donde permanece sin ser absorbida durante un tiempo considerable y es causa de acumulación de líquido extracelular.

Otra causa de edema es la lesión que se produce en el plexo venoso pterigordeo o en la arteria alveolar superior produciendo extravasación sanguínea; ésto es mas común o frecuente en la inyección de la tuberosidad.

E Q U I M O S I S (ALTERACION HEMORRAGICA)

Se produce cuando hay trombocitopenia (plaquetas disminuidas) o como consecuencia de la detención sanguínea que se produce cuando se pincha una vena y hay un derrame venoso o cuando se penetra la aguja en el interior de un músculo creando una inflamación traumática.

E F I S E M A

Se han observado casos por inyección pterigomandibular con inflamación

hasta la mejilla y crepitación de los tejidos. Esto se debe a la penetración de aire en los tejidos.

Cuando ocurre Efisema o Edema considerable se debe hacer una incisión intrabucal inmediatamente sobre los tejidos blandos donde está el trauma -- aplicando compresas frías o calientes en forma alternada.

HEMATOMA

Tumefacción producida por acumulación sanguínea que contiene sangre extravasada lo cual, ocasiona alteración del color.

Puede producirse por la introducción de la aguja en una vena o arteria.

NAUSEAS, VOMITO Y DISFAGIA

Pueden presentarse ocasionalmente después de una inyección para bloquear el nervio dentario inferior y el nervio lingual sin embargo se observan mas frecuentemente después de la inyección palatina posterior para extracción de dientes superiores. Cuando se hace esta inyección solamente se necesitan unas cuantas gotas de solución ya que si se colocan gran cantidad produce una molesta sensación de hinchazon al deglutir la saliva.

En ocasiones la inyección en el conducto suborbitario lleva la solución anestésica hacia atras y anestesia los nervios alveolar medio y posterior, el Nervio maxilar y el ganglio esfenopalatino o ganglio de Meckel; la anest

tesia de los Nervios palatino medio y posterior que inervan la úvula, el paladar y las amígdalas pueden provocar el reflejo del vomito, lo cual dura poco tiempo y no debe ser causa de alarma.

SEQUEDAD BUCAL

La xerostomia se produce cuando la solución anestésica se deposita alrededor del Nervio Lingual, de donde se difunde a la cuerda del tímpano, rama del Nervio facial, bloqueando así los impulsos que originan la secreción de las glándulas submaxilar y sublingual. El flujo normal de saliva vuelve al cabo de 2 O 3 horas.

ENTUMECIMIENTO Y SEQUEDAD DE LA CAVIDAD NASAL

Generalmente son transitorias pueden ocurrir cuando se hace la introducción alta del anestésico en los tejidos por arriba de los incisivos centrales superiores o cuando se efectúa la inyección extrabucal y profunda del Nervio maxilar superior.

S H O C K

Síndrome caracterizado por postración duradera e hipotensión acompañado de palidez, frialdad y humedad de la piel, colapso de venas superficiales, alteraciones mentales y anurias.

SHOCK HIPOVOLEMICO O HEMORRAGICO

Este se presenta por pérdida excesiva de sangre. Suele acompañarse por dolor, temor, frío, hambre y deshidratación.

Cuando se observan los signos de Shock, es por que el paciente debe haber perdido cerca de su tercera parte de sangre, y los tejidos caen en hipoxia. El gasto cardíaco disminuye manifestándose por taquicardia y disminución de la presión venosa central y caída de la presión arterial (puede llegar a insuficiencia renal aguda).

TRATAMIENTO: Control quirúrgico como la hemostasia y la transfusión de sangre.

Colocar al paciente en posición de Shock, registro constante de la presión arterial, signos vitales, presión venosa central, frecuencia cardíaca, electrocardiograma y gástro urinario.

Mantener las vías respiratorias permeables y administrar oxígeno.

Aliviar el dolor y la ansiedad con opiáceos.

Administrar por vía intravenosa bicarbonato de sodio al 7.5%.

Las cifras de tensión arterial arriba de 90 mmHg. Se reinicia la diuresis.

Se recomienda la administración de un diurético osmótico como el manitol.

SHOCK CARDIOGENICO

Es debido a la insuficiencia del ritmo cardiaco e irregularidades como - bradicardia o taquicardia.

Clínicamente se distingue de los otros estados de shock por cursar con - presión venosa central elevada.

Ejemplo: El más común es el infarto al miocardio, la isquemia miocárdica y los trastornos de ritmo que pueden desarrollarse aun en ausencia de antecedentes.

Se presenta con postración, náusea y diarrea, sudor frío, taquicardia, ta quiarritmia o bradicardia, inqurgitación yugular.

TRATAMIENTO: La posición del paciente (es sentado) se sienta do o en decúbito con la cama plana. Se utiliza para ésto lanatosido C para empleo endovenoso y se aplica una ampollita de 0.4mg (2ml) para re - petir la dosis hasta completar 1.2 mg en 24 hrs.

SHOCK NEUROGENO

Es ocasionado por vasodilatación secundaria a disminución del tono vaso-

constrictor con la consecuente pérdida de resistencia en la anestesia espinal, por histamina, alcohol y estados de anafilaxia. Estas reacciones son generalmente transitorias incapaces de mantener un estado de shock prolongado.

Causa manifestaciones como la caída de la presión venosa central y con antecedentes de inyección intratecal de anestésico, o de alérgeno suficiente para ocasionar anafilaxia.

Se presenta con postración náusea y fatiga, sudor frío, taquicardia o bradicardia, no hay respuesta a la carga de volumen.

Inicialmente dar líquidos en venoclisis rápida de 500 ml de solución glucosada al 5%, se espera respuesta y si es negativa indica que el paciente sufre la pérdida del tono vasomotor. Después administrar vasoconstrictores.

Como en todos los estados de shock se monitorean la presión arterial, la presión venosa central, el electrocardiograma y el gasto urinario.

SHOCK SEPTICO

Ocurre en infecciones extensas que llegan al torrente sanguíneo donde es provocado generalmente de bacterias gram negativas produciendo la hipoxia tisular.

Pueden presentarse una serie de complicaciones, entre ellas, las pulmona-

res; donde la atelectasia es la mas comun, se produce cuando se bloquean los bronquios formándose tapones que obstaculizan el aire en el tejido.

Otro tipo de complicaciones, son las gastrointestinales, que definen el estado de alarma o tensión ocasionado por el padecimiento u acto quirúrgico.

Casi todos los trastornos están asociados a la sobredosación o anestesia prolongada.

Puede presentarse vómito, dilatación gástrica aguda y también ileo paralitico (disfunción intestinal por 48 a 72 horas)

El tratamiento a seguir es, suspender la vía oral, colocar sonda nasogastrica y sonda rectal.

Las complicaciones urinarias son:

Retención aguda de orina consecuencia de estados de shock prolongados, deshidratación, transfusiones de sangre etc. por las vías respiratorias o shock.

II.- HIPERSENSIBILIDAD TARDIA.

Las manifestaciones se presentan de 24 a 72 hrs. después se dividen en infecciosas y no infecciosas.

A- INFECCIOSAS.- Son de origen bacteriano, micóticas o virus.

B- NO INFECCIOSAS.- Se originan por medicamentos o agentes químicos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Son variables, la reacción inicial comienza con hormigueo o prurito de lengua, manos, cara o cabeza, boca seca, presión arterial baja, opresión y estiramiento de torax, dolor precordial, disnea de grado variable; el rubor facial suele ir seguido de palidez; el dolor epigástrico, náuseas o vómito, trastornos visuales son menos frecuentes.

Puede haber convulsiones seguidas de incontinencia urinaria y fecal.

La tos, las respiraciones jadeantes, el edema de párpados o faringe y la urticaria pueden ocurrir solos o combinados, con otros síntomas como son fiebre, artrialgias y bulas hemorrágicas.

TRATAMIENTO:

La adrenalina es el fármaco más eficaz y rápido para producir vasoconstricción y relajación de la musculatura lisa, se aplica en forma subcutánea 0.3 mg. en solución acuosa. 0.1 mg endovenoso o intracardíacos en asistolia. Otros son Dopamina, isoproterenol (isuprel), Fenilefrina (neo sinefrina), Metaraminol (aramine) Metoxamina (vasoxyl), Ef'edrina, Mefentermina (Wyamine).

Los corticoesteroides se usan como antiinflamatorios evitando la hipoxia cerebral y renal vigilando la permeabilidad de las vías respiratorias y en caso de edema faríngeo se realiza la traqueostomía.

Colocar al paciente en posición de cubito dorsal, interrogar síntomas, observar y tomar signos vitales, valorar, estado tanto puede presentarse infección urinaria. Esta puede tratarse con antibacterianos o antibióticos.

Otra complicación son los fenómenos tromboembólicos que es una inflamación obstrucción venosa, con repercusión pulmonar secundaria por embolia, suelen presentarse tres tipos, flebitis superficial, tromboflebitis profunda y la embolia pulmonar. En las dos primeras se recomienda el reposo y medicación anticoagulante. El procedimiento quirúrgico es la trombectomía venosa.

La embolia pulmonar secundaria a la tromboflebitis, suele producir obstrucciones vasculares pulmonares, que por isquemia llevan a necrosis del parénquima y se denominan, infarto pulmonar. El tratamiento es el mismo de la tromboflebitis y además la picadura de la vena cava inferior o su interrupción.

SHOCK ANAFILACTICO

La hipersensibilidad puede definirse como el aumento de la respuesta fisiológica por exposición previa a una sustancia antígena.

Esta definición incluye lo referente al sistema antígeno anticuerpo que desencadena la reacción y las características especiales del individuo en que ocurre.

Las reacciones se clasifican en dos tipos.

I.- HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA

En este tipo es posible demostrar en el suero la presencia de anticuerpos, por lo tanto la combinación antígeno anticuerpo en líquidos corporales pueden ocurrir inmediatamente después de que el antígeno entro al cuerpo y las consecuencias pueden observarse algunos segundos o minutos después como son, manifestaciones cutáneas urticaria, fiebre, edema, artritis, nefritis, carditis y trastornos físicos del paciente, y la intensidad de la reacción alérgica; instalar venoclisis (suero fisiológico glucosado), administrar por vía intravenosa 200 mg de aminofilina; hidrocortisona de 100-500 mg por vía intravenosa según la intensidad de la reacción; administrar oxígeno y en caso severo intubación traqueal.

En caso de paro cardíaco dar masaje externo sobre el esternon 70 veces por minuto y respiración artificial 20 veces por minuto.

LIPOTIMIAS

Es la pérdida súbita del sentido y movimiento causado por una anemia cerebral pasajera, debida a trastornos nerviosos en pacientes alcohó-

licos desnutridos y nerviosos.

El paciente presenta malestar, mareos, palidez, sudor frío, pulso débil, aumento y disminución de la presión arterial, sofocación respiración lenta, dilatación pupilar, relajamiento del cuerpo y pérdida del conocimiento.

Para su tratamiento se coloca al paciente en posición de shock aflojándole la ropa, rociarle la cara con agua fría, dándole a oler sales amoniacas o alcohol.

PARO CARDIACO

Es la detención de las contracciones cardiacas, que ocasiona en el plazo de 3-5 minutos la destrucción del tejido periférico y al cabo de un período variable sobreviene la muerte del paciente.

Después de haber cesado de latir el corazón, se pierde el pulso, respiración y presión arterial, dejando de oxigenar los tejidos.

TRATAMIENTO: Se administra oxígeno, masaje cardíaco y tratamiento farmacológico, administrar adrenalina en cantidades de 3-5 cm. cúbicos por vía intramuscular o intravenosa.

Es la pérdida repentina del conocimiento y de la sensibilidad y ocurre des de el momento en que principia la anestesia. Clínicamente se diferencia en cardíaco y respiratorio.

CARDÍACO. - Rara vez se presenta en anestesia local.

RESPIRATORIO.- Se presenta con la suspensión de la respiración y pérdida del conocimiento conservándose la circulación, aunque casi imperceptible durante 1-3 minutos aumentando solamente la dosis de los medicamentos y dando inmediatamente respiración artificial.

FRACTURA DEL DIENTE Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS

Este tipo de accidentes es ocasionado por la mala técnica del instrumental utilizado en la extracción dental donde se ejercen fuerzas demasiado excesivas sobre las zonas de apoyo tanto en el diente a extraer como en los dientes vecinos.

Siendo éste un accidente muy frecuente, en la exodoncia, pudiendo evitar se en un 95%, utilizando el estudio radiográfico del diente a extraer, imponiendo la técnica conveniente (instrumental y movimientos adecuados), a veces se fracturan cuando existen dientes debilitados por procesos cariosos, anomalías radiculares, dilaceración o hipercementosis fracturándose en las zonas más débiles al menor esfuerzo.

Una vez producida la fractura debemos extraer la porción radicular alo-

jada en el alveolo, utilizando medios radiográficos para procurar traumatizar lo menos posible tanto tejidos duros como tejidos blandos.

El traumatismo de los dientes vecinos ocasionado por la extracción del diente contiguo por medio de forceps o elevadores apoyados sobre las coronas de éstos debido a problemas cariosos y obturaciones extensas. En caso de luxación del diente vecino puede ser reimplantado a su alveolo, ferulizandolo con alambre de ortodoncia No. 38 02, checándolo periódicamente para observar si no hay rechazo al tratamiento.

H E M O R R A G I A

Las causas mas comunes de las hemorragias en exodoncia son:

- a) Laceraciones de la encia.
- b) Retención de raíces fracturadas.
- c) Retención de tejido granulomatoso que debe ser removido por curetaje.
- d) Desintegración del coagulo debido a infección.
- e) Succión del coagulo por el paciente.
- f) El uso inmoderado de colutorios inmediatos a la extracción
- g) Alteraciones en la hemostasia por enfermedades (diabetes, hemofilia, anemia, etc.)

Según su origen tiene distinta importancia, en general no hay trascendencia porque casi siempre se cohibe espontáneamente o cede con los primeros

tratamientos que pueden ser compresión digital, electrocoagulación, gel foam, oxycel, fibrina sutura o ligadura de vasos y V. K. como coagulante.

A L V E O L I T I S

Llamado alveólo seco u osteitis alveolar donde la desintegración del coagulo deja al hueso desnudo, de tejido de cicatrización, no hay supuración pero si palidez, hay neuralgias durante varios días.

Los síntomas aparecen al segundo o tercer día de la extracción y perduran entre 10 y 40 días.

Las causas principales son infecciones pre-existentes al acto quirúrgico, traumatismo del hueso en el acto operatorio que obliteran el cierre de los vasos, desnutrición, deficiencia de vitamina C y D calcio y fosfatos los cuales impiden la cicatrización normal.

Para su tratamiento es necesario anestésiar al paciente en la región afectada, retirar con cucharilla el tejido de granulación y cuerpos extraños lavando con soluciones fisiológicas y raspar las paredes del mismo, provocando un sangrado y nuevo coagulo; colocar posteriormente un apósito quirúrgico sobre la superficie dejandolo 24 o 48 horas y repetirlo en un lapso de 72 horas acompañado de tratamiento con antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos.

FRACTURAS DEL MAXILAR SUPERIOR

Se pueden clasificar de la siguiente manera:

- A) Fractura del borde alveolar
- B) Fractura de la Tuberosidad
- C) Perforación de la tabla osea vestibular o palatina

A) FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR.- Es muy frecuente en la práctica diaria, dependiendo del grado de fractura es la importancia del accidente, esto es debido a fuerzas excesivas para la extracción dentaria.

El trozo de hueso se elimina con el órgano dentario, o queda relajado en el alveolo, dicho trozo fracturado deberá eliminarse con algún instrumento, para evitar procesos inflamatorios como: osteitis, abscesos etc. que no cêden hasta la extirpación del hueso, en algunos casos se sutura colocando en el interior fibra sintética y medicar al paciente.

B) FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD.- Ocasionada en la extracción del tercer molar superior retenido, producida por uso de elevadores y fuerzas mal aplicadas. La tuberosidad o parte de ella, puede desprenderse unida al molar y en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar creando una comunicación bucosinusal, cuya obturación requiere de fibras sintéticas, gel foam, se suturan los labios de la herida para formar una cicatrización unj forme y por último se medica al paciente con una quimioterapia adecuada.

C) PERFORACION DE LA TABLA OSEA VESTIBULAR O PALATINA.- Puede suceder

cuando se hace extracción de un diente superior ya sea por la raíz palatina o vestibular que pueden atravesar la tabla ósea, por un debilitamiento del hueso o causa de un proceso previo o a fuerzas mecánicas ya que el diente se encuentra entre la fibromucosa y el hueso, en cualquiera de las dos caras, Vestibular o Palatina.

La búsqueda o extracción de las raíces por vía alveolar generalmente es difícil, pero cuando se tiene el estudio radiográfico resulta más sencillo. Se debe realizar una incisión en el Vestíbulo o en el paladar, haciendo la separación previa de los colgajos para poder efectuar la extracción de dicha raíz.

COMUNICACION DEL SENO MAXILAR

Seno Maxilar o antro de Highmore, es una cavidad triangular de forma piramidal cuya base es interna y el vértice externo.

El borde inferior o suelo del seno es la parte que tiene más declive de la cavidad, corresponde al segmento posterior del borde alveolar y a los dientes que en él se implantan segundo premolar y tercer molar, es muy común encontrar que las raíces de estos dientes sobresalgan en la cavidad del seno, estando separadas de ésta solo por una delgada capa de tejido esponjoso.

El seno maxilar, como las demás cavidades de la cara, está sujeto a varia-

ciones numerosas, existiendo grandes senos con prolongaciones en los huesos próximos y senos pequeños.

TRATAMIENTO: La mayoría de los casos, cuando la perforación obedece a razones anatómicas o es realizada por instrumentos, el coágulo se encarga de obturar la comunicación, hasta en tales casos, una torunda de gasa - que favorece la hemostasia o un punto de sutura acercando los bordes de la herida, estableciendo mejores condiciones para la contención del coágulo.

Algunas veces el coágulo de modo especial en alveolas grandes y que han sido traumatizadas se retraen y se desprenden por lo tanto como elemento obturador es nulo, en estas circunstancias realizar una plasta pequeña de cemento quirúrgico para integrar la disposición normal.

PERFORACION DE LA RAIZ EN EL SENO MAXILAR

Una raíz de un premolar o molar al fugarse del alveolo, al pretender ser extraída puede comportarse de diferentes maneras.

- 1).- La raíz penetra en el seno y se aloja en el piso de la cavidad desgarrando la mucosa sinusal.
- 2).- La raíz se desliza entre la mucosa del seno y el piso óseo quedando por lo tanto cubierta por mucosa.

EXTRACCION DE LA RAIZ

El primer paso a seguir es un estudio radiográfico para conocer con exactitud la ubicación del resto radicular; puede o no intervenir en el momento del accidente o programarlo posteriormente.

Son varios los tratamientos a seguir:

La vía de acceso más conveniente debe ser la vestibular por la visibilidad que proporciona al operador, ya que la vía alveolar es totalmente inadecuada y riesgosa por la posibilidad de dejar una comunicación en el seno y se infecte.

Este tipo de intervención deberá realizarse de acuerdo al criterio del operador, o sea en caso de que el fragmento esté muy grande o exista proceso infeccioso en el ápice y en caso de que sea pequeño se puede dejar el fragmento en el seno y suministrar una antibioterapia adecuada, colocar gel fuon y suturar.

PENETRACION DE UN DIENTE EN REGIONES VECINAS

Generalmente sucede cuando se intenta la extracción de un diente, con frecuencia en los terceros molares superiores o inferiores retenidos, el diente corresponde a la aplicación incontrolada de fuerzas, hay debilitamiento de las tablas óseas y puede fugarse al piso de la boca o a lugares vecinos en inferiores.

Los superiores pueden fugarse a la fosa pterigomaxilar donde es difícil su eliminación debido a la zona altamente vascularizada.

LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS

Puede haber desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos labios, etc. Estos son ocasionados por deslizamiento de instrumentos sobre las zonas, en estos casos se deben unir perfectamente las zonas y suturarlas.

La lesión de los troncos nerviosos pueden ser de gravedad variable, tanto en superior como en inferior. Siendo los accidentes mas importantes sobre los nervios palatino anterior, dentario inferior o mentoniano ocasionados por aplastamiento o desgarre, estas lesiones se traducen en neuritis, neuralgias o parastesias en zonas diversas, ocurriendo con mayor frecuencia en la extracción de terceros molares, caninos retenidos y premolares.

Su tratamiento es recomendable la sutura y el uso de diatermias humedas o secas para su recuperación.

FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR O MANDIBULA

La fractura del maxilar inferior o mandibula se clasifica:

- A) Fractura total de la mandibula
- B) Perforación de la tabla vestibular o lingual

A) La fractura total de la mandíbula es un accidente posible pero no frecuente, la lesión es aún más frecuente a nivel del tercer molar y esto es ocasionado a la aplicación incorrecta de instrumentos y fuerzas exageradas en el intento de extraer el tercer molar retenido con raíces dilaceradas o con cementosis.

La disminución ósea es debida al alveolo tan grande de la raíz del molar que actúa como una causa predisponente para la fractura; del mismo modo como intervienen debilitando el hueso una osteomielitis o un tumor quístico -- (quiste dentigero, paradentario, adamantino, etc.)

Los estados generales y los estados fisiológicos están ligados al metabolismo del calcio como la diabetes, enfermedades parasifilíticas (parálisis general y ataxia locomotriz), predisponen a los maxilares como a otros huesos a la fractura. A veces con un esfuerzo mínimo en el acto operatorio puede producir fractura del hueso.

B) La perforación de la tabla vestibular o lingual es muy frecuente en la práctica diaria, en este accidente puede ser posible la fractura de ambas tablas por manipulaciones inadecuadas.

En esta zona otro de los accidentes frecuentes son la fuga de fragmentos dentales hacia los tejidos blandos hacia ambos lados del proceso alveolar, siendo aun más problemático hacia lingual ya que existen zonas anatómicas delicadas que se pueden lesionar con facilidad por el fragmento del diente o instrumentos produciendo en algunas ocasiones lesiones irreversibles.

LUXACION DE LA MANDIBULA

Consiste en la salida del cóndilo de su cavidad glenoidea produciéndose por lo regular en la extracción del tercer molar inferior.

Para su tratamiento es necesario colocar los dedos pulgares en ambas ramas sobre las caras oclusales de los molares haciendo tres movimientos, hacia abajo, atras y arriba para llevarla a su lugar.

FRACTURA DEL CONDILO

Cuando el examen clínico indica crepitaciones y dolor considerable en el lado de la lesión y las radiografías confirman fractura condilar, se procura aliviar las molestias del paciente utilizando los anestésicos adecuados y si es posible establecer la fijación intermaxilar para establecer la oclusión pre-existente. El periodo de inmovilización de la mandíbula deberá supervisarse en 10 o 15 días.

La fisioterapia y la vigilancia a largo plazo, son necesarios para evitar el desarrollo de anquilosis de la ATM. Se recomienda que los pacientes con tales lesiones sean remitidos sin pérdida de tiempo con un cirujano maxilo-facial para que reciba un tratamiento especial.

LARINGO ESPASMO

Interrupción del flujo de aire en la laringe, puede deberse a una aducción

parcial o total de las cuerdas bucales (laringe espasmo) siendo un reflejo para proteger el tracto respiratorio inferior contra la contaminación, si no es tratado rápidamente puede producirse cianosis grave y deberá utilizarse una cánula de aspiración para retirar cualquier resto extraño que pudiera existir en esta zona. Deberá administrarse oxígeno al 100% con mascarilla.

OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS SUPERIORES POR UN CUERPO EXTRAÑO.

Estas pueden obstruirse por saliva, gasa, algodón, dientes, etc. que ocasionan el taponamiento de la vía aérea superior.

Su tratamiento se realiza con un bisturí afilado para perforar la membrana cricoidoidea en la línea media. Esto permite el paso de aire hacia el árbol traqueobronquial, evitando la obstrucción.

CONCLUSIONES

En los temas expuestos vemos que la exodoncia presenta complicaciones y accidentes que pueden perjudicar y comprometer tanto al paciente como al dentista, pues la mas sencilla extracción debe considerarse como una intervención quirúrgica por las complicaciones que nos puede traer, es indispensable tomar en cuenta todas las precauciones necesarias, comenzando con una historia clínica completa apoyada con el estudio radiográfico, que será la gran importancia para saber el estado local y general del paciente, de esta manera podemos comprender si es necesario medicarlo antes, durante o después de la intervención.

También es necesario saber que tipo de medicamentos de urgencia deben utilizarse en cada caso.

Contar con el instrumental completo y apropiado, tener el conocimiento y la habilidad para realizar cualquier extracción afrontando y resolviendo toda clase de accidentes o complicaciones en la práctica de la exodoncia.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

WINTER ARCHER	CIRUGIA BUCODENTAL
KURT HERMANN THOMA	CIRUGIA BUCAL
L.M. MENHEIN	ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR EN LA PRACTICA DENTAL
GEORGES MARION	MANUAL DE TECNICAS QUIRURGICAS
I.P.S.O.	INFORMACION PROFESIONAL DE SER- VICIOS AL ODONTOLOGO
WINTER LEO	TRATADO DE EXODONCIA
IRVIN CLICKMAN	PERIODONTOLOGIA CLINICA
STERLING V. MEAL	CIRUGIA BUCAL
MARTIN J. BOOTH	MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGIA
RIES CENTENO	CIRUGIA BUCAL
COMPLEMENTO	APUNTES VARIOS.