

84A
2 EL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ACCIDENTES QUE SE PRESENTAN CON FRECUENCIA
EN LA PRACTICA DE LA EXTRACCION DENTAL.

No. 30
Paula Izabel Dominguez Rosales

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARTHA IZABEL DOMINGUEZ ROSALES



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE 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.

I N D I C E

	INTRODUCCION	
I.-	FRACTURA DEL ORGANÓ DENTARIO.....	4
II.-	FRACTURA DE LAS RAICES DEL ORGANÓ DENTARIO.....	6
III.-	FRACTURA Y LUXACION DE LOS ORGANOS DENTARIOS VECINOS	10
IV.	FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA.....	13
V.-	DEGLUCION O ASPIRACION DE CUERPOS EXTRAÑOS ...	14
VI.-	- LESION DE LOS TEJIDOS BLANDOS VECINOS.....	16
	- LACERACION DE LA ENCIA Y MUCOSA	
	- LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS	
	- LESION DE LOS TEJIDOS BLANDOS ALEJADOS	
	- LACERACION A LOS LABIOS	
	- LACERACION DE LA LENGUA	
VII.-	LESIONES DE LOS TEJIDOS OSEOS.....	21
	- FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR	
	- FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR	
	- FRACTURA DE LA MANDIBULA	
	- LUXACION MANDIBULAR	
VIII.-	HEMORRAGIA.....	27
IX.-	HEMATOMAS	30
X.-	ALVEOLITIS.....	32
	CONCLUSIONES	
	BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

El Odontólogo está obligado a tener conocimientos de las diferentes técnicas quirúrgicas que se emplean en los tratamientos que existen en odontología. ya que con la práctica diaria, se enfrenta a una serie de complicaciones que podrían ser desde leves hasta las graves.

Para esto se debe realizar una evaluación física y clínica del paciente hasta llegar a una conclusión de su estado general y poder atenderlo sin ningún riesgo.

El cirujano dentista debe actualizarse en beneficio propio y de sus pacientes en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas que se presentan en el consultorio.

La prevención de una emergencia grave puede ser el servicio más importante que pueda dar a sus pacientes.

Las personas que se acercan para recibir atención dental, en la mayoría de los casos; son pacientes que en apariencia gozan de buena salud, en este caso y en todos, debe hacerse una evaluación clínica completa de cada individuo; para esto es necesario de una relación directa y constante para descubrir enfermedades que tengan origen distinto a la del problema odontológico.

Para tal evaluación debe hacerse:

- 1.- Historia clínica completa.
- 2.- Estudio radiográfico.
- 3.- Análisis de laboratorio si fuera necesario.

El odontólogo debe estar preparado para resolver el problema del dolor en cualquier tipo de procesos ya sea por caries, por infección o por inflamación. También una hemorragia como un estado de shock.

Todos estos aspectos son muy importantes para poder atender adecuadamente los trastornos y accidentes que se presentan diariamente en la consulta privada.

Uno de los accidentes que se presenta con mayor frecuencia en la práctica de la extracción dental es la fractura del órgano dentario por no tener la precaución debida al aplicar el instrumental adecuado y por no asegurar un buen punto de apoyo en órganos dentarios que están destruidos casi en su totalidad.

Otros accidentes serían: Fractura y luxación de órganos dentarios vecinos, debido a la falta de precaución en zonas adyacentes.

También tenemos; la fractura del instrumental empleado en exodoncia debido a una falla en el metal o por ejercer demasiada fuerza al manipularlos.

Por último y en casos muy severos, podemos ocasionar una fractura o luxación de la mandíbula por falta de conocimiento al no detener con la mano y con firmeza la mandíbula a la hora de realizar una extracción dentaria en el maxilar inferior.

Para evitar este tipo de accidentes debemos tomar en cuenta el diagnóstico oportuno, correcto y sobre todo datos que refieran los pacientes de posibles fracturas o dislocaciones anteriores, pero también la habilidad manual que tenga el cirujano dentista, sin olvidar la ética profesional que este ejerza.

Espero que este trabajo sea útil para todo aquel que quiera evitar posibles accidentes dentro de la extracción dentaria y actúe con sentido de responsabilidad en beneficio del paciente, logrando con esto el éxito deseado.

CAPITULO I

FRACTURA DEL ORGANOS DENTARIO.

Es el accidente más frecuente de la extracción dentaria al aplicar los bocados del fórceps sobre el cuello del órgano dentario y efectuar los movimientos de luxación, la corona o parte de ésta se fracturan, quedando la porción radicular en el alvéolo.

La fractura es un accidente evitable en la mayoría de los casos; pues el estudio radiográfico del órgano dentario a extraer impone la técnica. Sólo en extracciones efectuadas a ciegas, sin el conocimiento de la disposición y forma radicular, puede tener explicación la fractura.

Los órganos dentarios debilitados por los procesos de caries, no pueden resistir el esfuerzo aplicado sobre su corona y se fracturan en el punto de menor resistencia. (1).

Sin embargo cualquier obstrucción mecánica, como la curvatura de raíces o la hipercementosis dificulta la extracción de todo el órgano dentario. (2)

Por el incompleto estudio clínico y radiográfico del órgano dentario a extraer y equivocada técnica quirúrgica se funda la causa principal de este accidente.

Exámen radiográfico.- Si la extracción fué intentada sin el examen radiográfico previo, después de producida la fractura, se tomará una radiografía de control que nos indicará la posición, forma y disposición radicular. No disponiendo de un aparato de rayos X, hay que pues intentar la extracción con éste factor en contra.

Tratamiento de la fractura.- A causa del traumatismo producido por la fractura del órgano dentario a extraer, se producen desgarros de la encía, se desplazan esquirlas óseas, y dentado del avéolo se sitúan fragmentos del mismo órgano dentario la pulpa puede quedar expuesta. la encía desgarrada y el periostio lesionado producen una hemorragia abundante que impide la visibilidad del campo operatorio.

Preparación del campo operatorio.- Se entiende así, a la eliminación de esquirlas óseas y dentarias que lo cubren; cohibir la hemorragia de los tejidos blandos y aclarar la visión del resto radicular fracturado y poder llevar a feliz término su extracción. Los fragmentos se retiran con pinzas de curación, se lava la zona a presión con una jeringa hipodérmica con solución salina, posteriormente se aplica una gasa estéril para secar la zona intervenida y se práctica la hemostasis con los medicamentos disponibles. La hemorragia también puede cohibirse aplicando anestesia local a nivel de la zona sangrante.

(1).

- (1) Guillermo Ries Centeno. "Cirugía Bucal", p. 326
- (2) Daniel M. Laskin. "Cirugía Bucal y Maxilofacila". p. 39
- (1) Idem.

CAPITULO II

FRACTURA DE LAS RAICES DEL ORGANNO DENTARIO

La fractura de una raíz es frecuente, y no deberá tomarse como resultado de negligencia, error o mala técnica por parte del operador. Pues muchos factores contribuyen a la fractura radicular, entre ellos podemos considerar:

- 1.- Anquilosis de la raíz al hueso.
- 2.- Hipercementosis.
- 3.- Enfermedad periodontal.
- 4.- Hueso denso o escolástico.
- 5.- Falta de alineación de los bocados del fórceps con el eje mayor del órgano dentario.
- 6.- Raíces curvas, largas y delgadas. (3)

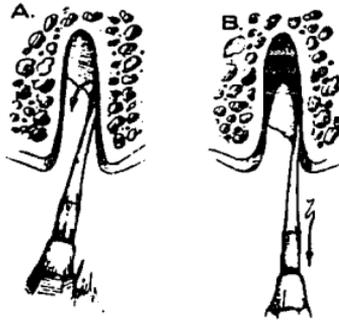
La extracción de una raíz recién fracturada se intenta siguiendo el método cerrado (es decir, sin colgajo quirúrgico) sin embargo, si la técnica no tiene éxito a los cuatro o cinco minutos, es mejor preparar un colgajo quirúrgico. De otra forma podría perderse hasta media hora, traumatizar tejidos blandos y óseos y terminar haciendo el colgajo de todas maneras. (4).

Aunque en algunas ocasiones se dejaron pequeños ápices de 3 a 5 mm sin que ocurriesen complicaciones (en casos de órganos dentarios vitales), pero en general es mejor eliminar todas las raíces, sobre todo si hay infección. (2).

Cuando ocurra la fractura radicular, el cirujano eficaz ya habrá considerado un plan de tratamiento adecuado para la recuperación de la raíz y llevar a cabo los pasos necesario apropiados para el problema.

Primero debemos utilizar el fórceps radicular estándar es el no. 69 de bocados largos y angostos que pueden ser aplicados profundamente. Si lo anterior no resultara exitoso se procederá a la siguiente etapa.

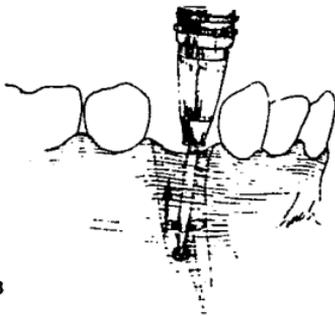
Segundo que implica utilizar el elevador como instrumento de desplazamiento. El elevador de hoja recta no. 301 funciona muy bien. Este instrumento deberá ser aplicado en la porción alta de la raíz, inclinando la raíz hacia la porción inferior de ésta misma raíz, haciendo movimientos de luxación de tal forma que se desplace la raíz, deslizándola a lo largo de la pared alveolar. (ver dibujo).



Observese el elevador insertado en la porción alta de la raíz

El tercer procedimiento sería la utilización de la pieza de mano con una fresa redonda empleada como instrumento para retracción. El tamaño de la fresa se determina por el tamaño de la raíz que va a ser extraída.

Se introduce la fresa en el centro del fragmento radicular, penetrando hacia abajo por el conducto y fijando la fresa en el fragmento radicular con una angulación pequeña para aumentar aún más la retención, aquí se detiene la pieza de mano y se procede a extraer el resto radicular. A este procedimiento se le llama "Técnica de la fresa". (Ver dibujo).



El cuarto paso es la técnica de la ventana.- Aquí es necesario levantar un colgajo, una vez que haya sido levantado este colgajo se hará una ventana con la fresa o cincel cerca del ápice de la raíz que deberá ser extraída. Un instrumento apropiado al tamaño de la ventana es insertado proyectando la raíz

fuera de su alvéolo. El objetivo principal de ésta técnica es conservar hueso alveolar.

El quinto paso es más radical y sólo deberá intentarse cuando los otros hayan fracasado o no esten indicados. Implica el levantamiento de un cogajo completo, así como la eliminación de tejido óseo para obtener acceso a la raíz. Siempre deberá hacerse una incisión vertical para colgajo, a un órgano dentario de distancia del largo de la raíz, la cual deberá ser extraída para asegurarnos que al volver a poner el colgajo en su lugar éste quedará sobre un mesa sólida de tejido óseo.

Resumiendo los pasos para la recuperación de raíces que darían de la siguiente manera:

- 1.- Fórceps para espículas radiculares.
- 2.- Elevador apropiado.
- 3.- Técnica de la fresa.
- 4.- Técnica de la ventana.
- 5.- Colgajo y eliminación de tejido óseo.

La visión es el auxiliar más importante para las técnicas de extracción de raíces y la buena luz. Debemos recordar evitar hacer presión apical sobre la raíz, especialmente en áreas cercanas al antro, conducto dentario inferior o en los tejidos blandos. (3).

- (3) Dr. Daniel E. Waite. "Cirugía Bucal Práctica". P. 161
- (4) Dr. Gustavo O. Kruger. "Tratado de Cirugía Bucal". p. 67, 68
- (2) Ibid. P. 86
- (3) Ibid. P. 162, 163.

CAPITULO III

FRACTURA Y LUXACION DE LOS ORGANOS DENTARIOS VECINOS

En ocasiones se lesionan órganos dentarios adyacentes al realizar tratamientos de exodoncia. Esta lesiones comprenden la luxación, avulsión o fractura de órganos dentarios vecinos.

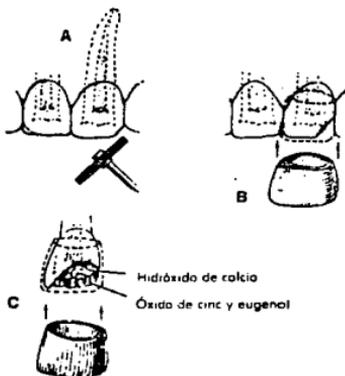
Pueden ocurrir la luxación de órganos dentarios por el uso incorrecto de los elevadores, por elegir fórceps de bocados demasiado anchos para el espacio interdentario disponible o por eliminar demasiado hueso al hacer la extracción quirúrgica. Si el grado de movilidad es mínima, no se requiere tratamiento. Debe advertirse al paciente que consuma una dieta blanda no masticable por varios días. Cuando existe mucha movilidad, se debe inmovilizar el órgano dentario. para este fin pueden emplearse ligaduras de alambre, una barra arqueada, bandas ortodónticas o una férula de acrílico de fraguado rápido. La fijación debe mantenerse de 2 a 4 semanas.

También puede ocurrir la avulsión de un órgano dentario adyacente por el uso incorrecto de los instrumentos de extracción (mala técnica) falta de observación durante las maniobras y ausencia de control táctil. Este accidente se tratará mediante la reposición del órgano dentario en su alvéolo, con ayuda de una férula de acrílico, es muy eficaz.

Aunque muchas veces se pierde la vitalidad del tejido pulpa, el órgano dentario avulsionado y vuelto a implantar suele quedar insertado con firmeza en el alvéolo, para después poder realizar el tratamiento de endodóncia. Este tratamiento no se debe hacer en el momento del accidente porque la

manipulación adicional del órgano dentario agrava la lesión del tejido periodontal y del cemento, reduciendo la probabilidad de que quede bien reinsertado.

La fractura de la corona de otro órgano dentario ocurriría si el fórceps resbala y lo golpea. Si se fractura toda la corona o parte de ésta, habrá que hacer tratamiento de conductos de éste órgano dentario. El pronóstico de los órganos dentarios con fractura parcial es más favorable, si solo se ha fracturado una pequeña porción del esmalte, se puede volver a contornear éste con una piedra dental para pulir, después, su superficie. cuando se ha fracturado gran parte de la corona, pero no se ha expuesto el tejido pulpar, se puede colocar una corona temporaria. Las fracturas que producen una exposición mínima del tejido pulpar pueden tratarse con un recubrimiento pulpar antes de colocar la corona temporaria; (Ver dibujo).



en cabio la exposición en gran parte del tejido pulpar estará indicado el tratamiento endodóncico inmediato o la extracción del órgano dentario. (2).

(2) Ibid. Págs.. 39-40.

CAPITULO IV

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA.

A veces los instrumentos se fracturan por una falla en el metal, pero con mayor frecuencia porque se ejerce demasiada fuerza al manipularlos para evulsionar el órgano dentario. (2)

No es la excepción que los fórceps o elevadores se fracturen en el acto quirúrgico, cuando por fuerza excesiva es aplicada sobre éstos instrumentos. Así pueden herirse los tejidos blandos u óseos vecinos. Al intentarse la extracción de un tercer molar inferior, se produjo la fractura del elevador, y el fragmento se incrustó en el fondo del alvéolo, desde donde pudo ser eliminado con una pinza de kocher.

Hay muchos casos de menor importancia; fragmentos de tamaño variable, de fresas o cucharillas de black, que fueron fracturadas en el acto quirúrgico, algunos quedarán como cuerpos extraños en el interior del tejido óseo, originando procesos patológicos. Para extraerlos, debe realizarse en el momento de la intervención quirúrgica.

También pueden quedar atrapados en el alvéolo restos de amalgamas, provenientes de órganos dentarios vecinos o del mismo órgano dentario. (1).

(2) Ibid p.86

(1) ibid. p. 326 y 327

CAPITULO V

DEGLUCION O APIRACION DE CUERPOS EXTRAÑOS.

Otra urgencia en el consultorio que está directamente relacionada con procedimientos quirúrgicos es la aspiración de cuerpos extraños. En ciertos momentos, pueden desalojarse inadvertidamente y pasa a la faringe bucal desapareciendo de la vista fragmentos de órganos dentarios o segmentos óseos.

El examen de la laringe con espejo bucal o faríngeo debe llevarse a cabo inmediatamente para, si es posible localizar el cuerpo extraño y tratar de recuperarlo. Si con este examen no se encuentra el objeto, el dentista está obligado a enviar al paciente a un radiólogo o a un hospital para que le tomen placas de tórax y abdomen, con el fin de localizarlo.

Con mucha frecuencia, la acción refleja estimulada por un cuerpo extraño en la faringe bucal es deglutir y, por lo tanto, el objeto será llevado al estómago. Si la acción refleja fue un acceso de tos, es posible que el objeto haya sido aspirado dentro del conducto respiratorio la tos puede forzar también el paso del objeto a la cavidad nasal.

Si se determina por examen radiográfico que el cuerpo extraño se encuentra en el estómago debe informarse al paciente y alentarle a ingerir una dieta que contenga algunas fibras de celulosa para que haga un volumen suave. El objeto será rodeado por ese material y pasará a través del conducto gastrointestinal. Los cuerpos extraños, como extremos de instrumentos fracturados o restauraciones dentales, pueden tener bordes afilados que pueden

hacer que el objeto vaya a quedar en los pliegues del conducto gastrointestinal. En estos casos debe decirse al paciente que observe la evacuación del cuerpo extraño, pero hay que tomar una placa abdominal después de una semana a diez días para tener la seguridad de que ha sido eliminado.

Si el cuerpo extraño ha sido aspirado y se encuentra en el conducto respiratorio, el paciente debe enviarse inmediatamente a un cirujano de tórax o a un especialista como es el otorrinolaringólogo. (5).

(5) Emmett R. Costich White. "Cirugía Bucal" ps. 178-179.

CAPITULO VI

LESION DE TEJIDOS BLANDOS VECINOS

Desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos, labios. Este accidente es posible, aunque poco frecuente y se produce al actuar con brusquedad sin medida y sin criterio quirúrgico.

También algunas veces pueden deslizarse los instrumentos de la mano del operador (después de extracciones laboriosas y fatigantes) y lesionar la encía o las partes blandas vecinas. Luego de terminar la extracción, los tejidos blandos degarrados se confrontarán cuidadosamente unidos por medio de puntos de sutura.

Heridas de los labios, se producen por pellizcamientos con elevadores fórceps; las cuales se traducen en lesiones traumáticas de la comisura labial de se continúa con herpes ubicados en esa región, son muy frecuentes en el momento de una intervención quirúrgica complicada en terceros molares inferiores (por acción de los instrumentos. (1)

—LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS PERIFERICOS

Estas lesiones se deben a un incorrecto desbridamiento de la encía y tejidos circundantes que están adosados al órgano dentario que se va a extraer, mala presentación del instrumental, también por resbalar algún fórceps o elevador o por procedimientos inadecuados, sobre todo cuando se pretende ahorrar un colgajo quirúrgico.

Por lo general consisten éstas lesiones en heridas y desgarros que deben ser suturados de acuerdo con su intención y posibilidades. A veces toman la forma de pseudo-colgajos de los que sólo puedan verdaderos flecos, en otras ocasiones se trata de la pérdida del tejido gingival, que ha sido desgarrado. (6)

— LACERACIONES DE LA ENCÍA Y MUCOSA

Las laceraciones gingivales y mucosas ocurren con mayor frecuencia en las extracciones difíciles y complicadas. Por lo general se deben a una técnica incorrecta o a un método de extracción inapropiado. Las laceraciones gingivales, si son asociadas con destrucción y pérdida del tejido óseo subyacente puede ocasionar una irregularidad en la cresta alveolar lo cual dificulta luego la construcción de una prótesis fija.

La sujeción incorrecta de los instrumentos también es capaz de ocasionar laceraciones o perforaciones accidentales de los tejidos de la cavidad bucal durante el tratamiento, pero la mayoría de las lesiones curan sin complicaciones porque estos tejidos son muy resistentes. La herida debe limpiarse de todo material extraño irrigándola con suavidad con una jeringa hipodérmica y con solución salina. Salvo en las heridas de punciones profundas, los bordes de los tejidos se aproximan por planos, para eliminar todo espacio muerto y evitar que se forme un hematoma. Como medida de precaución frente a las infecciones, en los pacientes con lesiones accidentales se debe hacer antibióticoterapia. Dada la posibilidad de introducir una amplia variedad de microorganismos en la herida, se prefiere un antibiótico de amplio espectro. (2)

—LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS

La extracción de un órgano dentario puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos. Estas lesiones pueden radicarse en los nervios superiores o inferiores.

Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio platino anterior, dentario inferior, mentoniano o nervio lingual.

El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento o desgarramiento del nervio; éstas lesiones se traducen a neuritis, neuralgias o anestesia en zonas diversas.

Frecuentemente ocurre en extracciones de terceros molares inferiores y premolares del maxilar inferior. En las extracciones de terceros molares retenidos, la lesión sobre el nervio dentario tiene lugar por aplastamiento del conducto que se realiza al girar el tercer molar retenido. El ápice es el que produce el accidente provocando una anestesia definitiva prolongada o pasajera, según el grado de lesión.

Cuando se realizan extracciones de premolares inferiores (sobre todo de las raíces o ápices) la raíz o los instrumentos de exodoncia pueden lesionar el paquete mentoniano a nivel de agujero mentoniano o por detrás de éste, provocando neuritis o anestesia de éste paquete. Al descubrirse el nervio debe preverse el riesgo que se corre de lesionarlo, para esto debe hacerse la preparación de un colgajo con sutura sobre la región descubierta.

El daño al nervio dentario inferior solo puede ser evitado por medio de un diagnóstico radiológico preoperatorio y con disección cuidadosa.

El nervio mentoniano se puede dañar también durante la extracción de raíces de premolares inferiores o por la inflamación aguda de los tejidos circunvecinos. La falta de sensación labial se mejora con la remoción de tejido óseo circundante al nervio, para lo cual deberá usarse un retractor metálico.

(1)

—LESION DE LOS TEJIDOS BLANDOS ALEJADOS

Las lesiones que se pueden ocasionar a las mejillas, al piso de la boca, y al paladar se deben a incorrecta fijación de la cabeza del enfermo o de la mandíbula o al resbalarse los instrumentos de la mano por mala técnica del operador y excesiva fuerza al aplicarlos. (6)

—LACERACIONES A LOS LABIOS

Estas lesiones necesitan también atención especial, sobre todo cuando se encuentran afectadas mucosa y piel. La unión mucocutánea de cada lado debe localizarse y aproximar sus bordes con exactitud. Antes, debe realizarse la asepsia de la zona lesionada, irrigando con un jeringa hipodérmica y con solución salina, para disminuir el grado de contaminación por la flora bucal. Una ligera diferencia de 1 mm o menos será muy notable y poco atractiva al sanar la herida. Si por alguna razón no puede cerrarse inmediatamente la laceración de labio, debe colocarse un punto de sutura para aproximar los borde de la herida al nivel de la unión mucocutánea. Al cerrar la herida, se emplean seda 3-0 ó 4-0 para mucosa, y seda o nylon 5-0 ó 6-0 con aguja cortante atraumática para piel,

para evitar pliegues de exceso de tejido en los extremos de la herida y asegurar una línea de sutura lisa, que sanará con buenos resultados estéticos. (5).

—LACERACION DE LA LENGUA

Esta lesión merece una mención especial, pues es un tanto difícil de suturar. La lengua es una masa densa de tejido muscular, con muy poco tejido conectivo diseminado en el músculo. Si la laceración no es profunda se puede lograr el cierre de la herida, colocando puntos de sutura con seda 3-0 cada 5 mm en la superficie, penetrando profundamente en el tejido (5 mm. o más). Debe haber una distancia de aproximadamente 5 mm entre el sitio dónde se colocan los puntos y los bordes de la herida.

Si la laceración de la lengua es de cara superior a cara inferior, el músculo debe aproximarse mediante puntos de sutura profundos con catgut simple 3-0, antes de cerrar la parte superficial de la herida. Si esto no se hace los puntos se desprenderán antes de que sea tiempo de quitarlos. (5)

(1) Ibid. p332

(6) Dr. Ernesto J. Pastori. "Tratado de Exodoncia con botadores
p. 123.

(2) Ibid, p. 44.

CAPITULO VII

LESIONES DE LOS TEJIDOS OSEOS

Puede observarse fractura de tablas, del reborde alveolar, de la tuberosidad y de la mandíbula. Se debe a fuerza exagerada sin control visual ni táctil o realizada en dirección inadecuada.

Cuando estos accidentes ocurren en el maxilar superior pueden agravarse con la exposición sinusal y la proyección del fragmento.

Advertido el accidente deben interrumpirse las maniobras para no desgarrar los tejidos blandos agravando la situación.

Luego de un minucioso examen clínico radiográfico los tejidos blandos, se legrará con delicadeza y se retirará el fragmento proyectado.

Solamente en caso de fragmentos grandes puede intentarse la inmovilización de la región afectada con fijación intermaxilar, para el tratamiento de la fractura. (6)

—FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR.

Muchas veces el hueso alveolar se fractura en las extracciones difíciles. El hueso fracturado se puede retirar junto con el órgano dentario al cual se halla firmemente adherido se lo puede dejar junto con su periostio o puede ser que se desprenda por completo en la herida. Aunque los fragmentos de tejido óseo insertados en el periostio se pueden dejar, los desprendidos deben eliminarse porque han perdido toda irrigación sanguínea. El tejido óseo adherido al

periostio se debe volver a colocar con la mayor exactitud posible y sujetar en su sitio con suturas a través de los márgenes gingivales de la herida de la extracción. De este modo se evita la formación de defectos irregulares en la cresta alveolar. El tratamiento tiene como fin inmovilizar los segmentos fracturados.

En la mandíbula, cuando los fragmentos son grandes pueden fijarse con un alambre circunferencia de acero inoxidable calibre 26 de la misma forma que se recomienda para las fracturas de maxilares desdentados. El alambre se retuerce sobre la cresta de la apófisis alveolar y se cubre suturando por encima de la mucosa. Este alambre se puede retirar a las 5 ó 6 semanas haciendo una pequeña incisión en la cresta alveolar, cortando el alambre y traccionándolo con un portaagujas o una pinza hemostática.

En el maxilar superior se puede fijar un gran sector de lamina alveolar fracturada al hueso remanente con alambre fino de acero inoxidable pasando por orificios realizados con una fresa pequeña a la manera de un punto de colchonero vertical. Se trazan pequeñas incisiones verticales en la mucosa de los lados vestibular y palatino para hacer las perforaciones y para pasar el alambre debajo de la encía. En la cara vestibular se evita así el tener que desprender el mucoperiostio del segmento fracturado y hacer peligrar su irrigación sanguínea. El alambre se retuerce en el lado vestibular y el extremo se presiona contra el hueso. Posteriormente se le puede retirar.

En este problema se debe eliminar los grandes fragmentos de tejido óseo sueltos con una cureta e irrigando la cavidad con jeringa hipodérmica y con solución salina para lavar todas las partículas pequeñas. En general no hace falta retirar todo el tejido de granulación porque así sólo se retardaría la

curación. Sin ser necesario taponar la cavidad, a menos que se tema que haya quedado hueso desvitalizado y conviene mantenerla abierta para permitir su exfoliación.

No se debe administrar antibióticos si no hay evidencias de que la infección excede el límite de la cavidad alveolar. (2)

—FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR

En ocasiones la tuberosidad maxilar puede fracturarse y desagarrarse en el momento de extraer un segundo o tercer molar superior. Esto tiene dos efectos desfavorables; puede producir una abertura amplia en el antro y puede dificultar la adaptación de una dentadura superior satisfactoria.

Este accidente es factible de ocurrir cuando se aísla el molar y es sometido a la fuerza completa de la oclusión, y cuando el antro se extiende hacia abajo hasta las raíces de los órganos dentarios, debilitando el alveolo. (7)

Puede ocasionar una hemorragia excesiva si se lesiona la arteria platina.

Este sangrado puede cohibirse taponando la herida con material hemostático absorbible.

Suturando la mucosa se contribuye a retener el hueso fracturado o bien se lo puede fijar con alambres trans-óseos. (2).

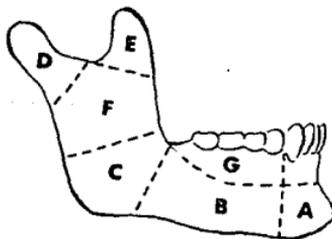
—FRACTURA DE LA MANDIBULA

La fractura de la mandíbula es un accidente lamentable que, por fortuna ocurre raras veces. Puede deberse al uso imprudente de elevadores o

escoplos, pero la mayoría de las veces ocurre por excesiva fragilidad del maxilar inferior, avanzada edad del paciente y, en especial, anquilosis del órgano dentario en el hueso.

Cuando se produce la fractura, se debe inmovilizar la mandíbula con una fijación maxilomandibular, con barras arqueadas. Si los fragmentos tiende a desplazarse con facilidad también puede ser que se requiera una reducción abierta intraoral para estabilizarlos. (2)

Las distintas regiones de la mandíbula que son afectadas por fracturas son: a) Sínfisis; b) Cuerpo; c) Angulo; d) Cóndilo, e) Apófisis coronoide; f) Ramo; g) Borde alveolar. (Ver dibujo).



Regiones del maxilar inferior afectadas en fracturas específicas: A, sínfisis; B, cuerpo; C, ángulo; D, cóndilo; E, apófisis coronoide; F, ramo; G, borde alveolar.

El tratamiento es: alinear las regiones óseas y restaurar la oclusión del paciente o, si está desdentado, restaurar la relación intermaxilar; y entonces inmovilizar los maxilares hasta que se complete el tratamiento.

Cuando solo se ha fracturado la mandíbula, es posible reducir la fractura bajo anestesia local. Aunque ésta zona de la fractura sea la más difícil de anestesiar.

Si se necesita hacer reducción abierta y el dentista no se siente competente para tratar al paciente, debe enviarlo a un cirujano especialista. (5).

—LUXACION MANDIBULAR

La luxación mandibular consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoidea.

ETIOLOGIA

La etiología de la luxación es múltiple; puede presentarse al bostezar, reír, comer, en intervenciones dentales o faríngeas, por la aplicación de abre bocas o maniobras físicas bruscas.

—MECANISMO DE LA LUXACION

El cóndilo mandibular, avanza más allá de sus límites normales, rebasando la apófisis transversa del cigoma. (p.81).

Este accidente se produce en ocasión de las extracciones de los terceros molares inferiores, en operaciones largas y fatigantes. Puede ser unilateral o bilateral. La mandíbula luxada puede volver a ser ubicada en su sitio; se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre las caras oclusales de los

órganos dentarios de la mandíbula los dedos restantes sostienen la mandíbula. Se imprimen fuertemente dos movimientos a éste hueso, de cuya combinación se obtiene la restitución de las funciones normales tanto del maxilar superior y mandíbula. Un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás. Reducida la luxación puede continuarse la operación. (1)

—RADIOGRAFICAMENTE

Se puede observar con tomas laterales, cefalocaudal, vértice mentoniano y estudios tomográficos, de ésta dislocación.

(7) Dr. R.A. Cawson. "Cirugías odontológicas". p. 195

(5) Ibid. ps. 139-140.

(81) adm. Vol. XL4 de julio-agosto 1983.

CAPITULO VIII

HEMORRAGIA

La hemorragia es, la salida excesiva de sangre de arterias o venas. En ocasiones se debe al desgarro o corte accidental de una arteria o vena grande. Siendo la más común la arteria alveolar inferior, que es la causa más frecuente de hemorragia masiva.

También puede deberse a la falta de coagulación de la sangre y a la no formación del coágulo, por razones generales; o también a causa locales que obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debido a granulomas, focos de osteitis, pólipos gingivales, lesiones gingivales ocasionadas por paradentosis, gingivitis, herida y desgarros de la encía esquirilas o fragmentos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival.

El tratamiento de ésta hemorragia se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco de infección (pólipo, osteitis granuloma y fragmento óseo).

La extirpación se hace con cucharillas filosas cuando el foco de infección es intraóseo o con galvanocauterio (al rojo blanco) cuando el foco es gingival. Un taponamiento y compresión del alvéolo sangrante, dará cuenta de la hemorragia.

El taponamiento es un método preciso. Este se realiza con gasa estéril (yodoformada) la cual puede emplearse seca o impregnada de medicamentos hemostáticos, tales como la adrenalina, sueros, tromboplastina, percloruro de

hierro. Y se utilizan de acuerdo a la intensidad de la hemorragia, pero también al grado de acción terapéutica.

El tapón se coloca por encima del alvéolo que sangra, éste esmordido por el paciente, que mantiene de este modo el taponamiento durante un tiempo considerable (15' a 30'). Posteriormente se retira la gasa con las precauciones debidas, si la hemorragia ha cesado, puede retirarse el paciente, con tapón mediamentoso dentro del alvéolo. Este método está indicado tanto para el maxilar superior como para la mandíbula, a excepción de la zona de premolares y molares superiores; la torunda de gasa en el alvéolo, dejada varios días, puede ser el origen de una comunicación bucosinusal.

Todos los problemas que origina la hemorragia pueden prevenirse por el empleo sistemático de la sutura posextracción, por este procedimiento la hemorragia es excepcional.

Si la hemorragia se presenta varias horas después de realizada la extracción, se procede como sigue:

Se practica un enjuagatorio suave con solución salina tibia, con el objeto de limpiar la cavidad bucal y la zona intervenida, se elimina el coágulo que flota sobre la herida y poder ver con claridad la zona sangrante 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 está a nuestro alcance, puede practicarse su hemostasis aplicando un punto de galvanocauterío (rojo-blanco).

Cuando la hemorragia es profunda, se procede taponeando la cavidad con una torunda de gasa con medicamentos, y sobre este tapón se realiza la compresión con otra gasa, que debe mantener el paciente bajo su mordida.

El método ideal para el tratamiento de estas hemorragias es el siguiente:

Primero, inspección de la zona sangrante para localizar la región de la hemorragia.

Segundo, se realiza una anestesia local, cuyo efecto vasoconstrictor "blanqueará" el campo operatorio.

Tercero se practica una sutura, sobre los bordes de la herida tratando de tomar con ella, el vaso que sangra.

El cese de la hemorragia es inmediato, después de realizada la sutura. En caso de persistencia de la hemorragia a pesar de los tratamientos locales realizados, habrá que recurrir a medicaciones generales tales como la transfusión sanguínea las inyecciones de sustancias que aceleren la coagulación, devolviendo al tejido algunos de los elementos que le faltan. (1)

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

(1) Ibid, ps. 333-334.

CAPITULO IX

HEMATOMAS

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 oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado un tratamiento quirúrgico.

El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen a nivel de la zona operada y un cambio de color de la piel vecina, este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina; así toma primeramente un color rojo vinoso, que se hace más tarde violeta y amarillo. El cambio de color de la piel dura varios días y termina generalmente por resolverse al octavo o noveno día. Pero el sangrado excesivo en si puede infectarse con frecuencia, produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar. Todo este cortejo dura aproximadamente una semana.

Tratamiento: Consiste en colocar bolsa con hielo para disminuir el dolor y la tensión, terapéuticamente debe administrarse analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios los cuales favorecerán este proceso patológico; si el hematoma llega a excederse será necesario abrir quirúrgicamente el foco de infección con bisturí, electrocauterio o separando los labios de la herida operatoria, entre los cuales emergerá el exudado purulento una torunda de gasa yodóformada mantendrá con seguridad la vía de drenaje. (1).

CAPITULO X

ALVEOLITIS

La alveolitis, es la infección pútrida del alvéolo dentario después de una extracción, es una complicación frecuente, la más molesta y la más dolorosa de la exodoncia. Para su producción intervienen diversos factores; la conjunción de algunos de ellos desatan esta afección, que en muchas ocasiones adquiere caracteres alarmantes, por la intensidad de uno de sus síntomas: el dolor.

Cabanne considera que éste proceso se presenta de diferentes formas.

a).- Formando parte del cortejo de inflamaciones óseas más extensas, (osteítis, periostitis óseas, flemones perimaxilares).

b).- Inflamación, con predominio alveolar, con un alvéolo esponjoso, sangrante y doloroso, alveolitis plástica.

c).- Alveolitis seca, alvéolo abierto, sin coágulo, paredes óseas expuestas, dolorosas, tejido gingival poco infiltrado, muy doloroso también, sobre todo en los bordes.

En el primer caso, la lesión alveolar forma parte de una gran lesión inflamatoria, sería a veces, porque su extensión llega a desbordar los límites de la odontología.

Sin embargo, existe dentro del conjunto de estas lesiones, la posibilidad de los dos casos siguientes de alveolitis (b.c).

En el segundo caso (b), se trata en general de reacciones ante cuerpos extraños, sobre todo esquirias óseas y a veces esquirias dentarias de órganos dentarios fracturados.

En el tercer caso es típico. Generalmente después de una extracción laboriosa, sin lesión previa alveolar y con más razón si la hubo se nos presenta una lesión que por desaparición prematura del coágulo, el alvéolo abierto queda en comunicación con la cavidad bucal, con sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingivales separados. Las paredes óseas tienen un color grisáceo, parecen de piedra pómez, no se ven los puntos rojos del tejido areolar; las aréolas parecen deshabitadas. Sin embargo no se forma secuestro y pasan a veces más de veinte días antes que el proceso cicatrizal se revele y durante ese tiempo el síntoma dolor acompaña la lesión con una tenacidad continua.

Este es el cuadro clínico de esta complicación. Una verdadera alveolgia, que se irradia por las ramas del trigémino y para calmarla los tratamientos son a veces insuficientes.

Acabamos de decir que para la producción de la alveolitis interfiere una serie de factores; el principal es el traumatismo operatorio, el cual debe actuar junto con otros;

a) Anestesia local: Los productos químicos que se emplean en la anestesia local tiene un indudable poder tóxico sobre los tejidos perialveolares. Al ser extraído bajo anestesia local, un órgano dentario portador de un proceso apical, de una lesión del periodonto y de una alveolitis, las condiciones infecciosas se exacerbaban y se instala una alveolitis posoperatoria.

b) El estado general del paciente, debilitado por una enfermedad general o con trastornos metabólicos varios. (1)

(1) Ibid, P. 334-335.

CONCLUSIONES

La extracción dentaria es un acto quirúrgico que al ser realizado por el cirujano dentista pasa a constituir una tendencia generalizada subestimada. El profesionalista la convierte en una rutina, en algunos casos se omiten los posibles riesgos preoperatorios, operatorios y postoperatorios.

El odontólogo que realiza procedimientos quirúrgicos necesita tener conocimientos de las técnicas específicas en el manejo de cada caso, así como de las posibles complicaciones y accidentes.

La manera de tratar lo mejor posible una urgencia es impedir que ésta se produzca.

La mayoría de las emergencias son previsibles. Los conocimientos de principios quirúrgicos bien fundamentados, las condiciones generales del paciente mediante una historia clínica bien elaborada, el examen radiográfico y análisis clínico según sea el caso. Son las bases para evitar los posibles accidentes y complicaciones en la extracción dental.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CAWSON R.A.
"CIRUGIAS Y PATOLOGIAS ODONTOLÓGICAS"
EDICION EL MANUAL MODERNO.
1a. EDICION 1993.

- 2.- COSTICH WHITE EMMETT R.
"CIRUGIA BUCAL"
EDITORIAL INTERAMERICANA.
1a. EDICION 1974.

- 3.- DANIEL M. LASKIN.
"CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL"
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
EDICION 1987.

- 4.- KRUGER GUSTAVO O.
"TRATADO DE CIRUGIA BUCAL"
EDITORIAL INTERAMERICANA.
4a. EDICION 1990.

- 5.- PASTORI ERNESTO J.
"TRATADO DE EXODONCIA CON BOTADORES"
EDITORIAL MUNDI.
1a. EDICION 1977.

- 6.- RIES CENTENO GUILLERMO
"CIRUGIA BUCAL"
EDITORIAL EL ATENEO.
9a. EDICION 1987.

- 7.- ADM. VOL: XL; 4 JUL-AGOSTO
1983.

- 8.- WAITE DANIEL E.
"CIRUGIA BUCAL PRACTICA"
EDITORIAL CONTINENTAL
1a. PUBLICACION 1978.