

275
24



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Seminario Titulación EXODONCIA

Accidentes de la Extracción Dentaria

TESINA PROFESIONAL

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

Rulina Esther Rangel Barragán

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



México D. F.

Junio 1990



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 T R O D U C C I O N

Con la realidad que nos presenta la vida en todas sus fases, es estudio de cualquier disciplina, tanto filosófica como práctica, presupone al individuo personal, el carácter del individuo, representado por sus aspiraciones, logros y ambiciones que rara vez se presentan separados, ya que frecuentemente se superponen y amalgaman, pues al final de cuentas lo que predomina es cualquier estudio por simple que este sea, refuerza o tiende a realizar el objetivo principal de quienes lo elaboran tomando en cuenta las experiencias obtenidas y los conocimientos adquiridos por otras personas y transmitidos por éstas a través de la publicación de libros, revistas, trabajos y conferencias, siendo característico que los adquieran del medio en el cual se desenvuelven, y de esta manera, basándose en tales hechos tratan de coordinarlos y enfocarlos a la realización del fin que persiguen, siendo a su vez el futuro de la superación de sus propias manifestaciones.

Por lo antes expuesto nos encontramos ante la oportunidad de poder aportar y realizar un estudio cuyo fin principal es manifestar nuestro interés, por ser éste uno de los problemas que siempre llamó nuestra atención, aunque no dudamos que en el futuro otros compañeros podrían aumentar el acervo y con ello se vendría a soldar las dudas, y así obtener un criterio más acertado y preciso sobre este tema; nos referimos concretamente al estudio de los "accidentes de la extracción dentaria".

La importancia que tienen en la actualidad los accidentes en la extracción dentaria, por lo cual es de suma importancia tener -- siempre presente los conocimientos necesarios para realizar una extracción con éxito y evitar en lo posible un accidente y cuando éste se presente saber como realizar el tratamiento adecuado para no agravar el problema.

Esta tesina tiene la finalidad de mencionar todos los procedimientos que se van a realizar antes, durante y después de una extracción, así como los accidentes que se pueden presentar por alguna circunstancia y también los tratamientos adecuados a realizar.

GENERALIDADES

DEFINICIONES SISTEMÁTICAS DE ENDONCIA Y EXTRACCION.

ENDONCIA. - **EXO:** Prefijo griego que significa fuera.

ODONS: Del griego que significa diente.

ENDONCIA. - Es la rama de la Odontología y de la Cirugía Bucal, que se encarga de la extracción de los dientes que han perdido su función, ya sea por procedimientos cariosos, -- parodontales, por tratamientos ortodóncicos, prótesis y también tratamientos endodóncicos, que han fracasado.

EXTRACCION. - **EXTRACTIO:** Del latín que significa sacar.

EXTRACCION. - Es el acto quirúrgico que se encarga de la evaluación o extracción del diente, acto que queda regido a técnicas exodóncicas y de asepsia y antisepsia actualizadas.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

La mejor manera de tratar una complicación quirúrgica es impedir que se produzca.

Antes de cualquier procedimiento quirúrgico debe hacerse una evaluación preoperatoria exhaustiva para evitar complicaciones. No se realiza ninguna intervención en los dientes o en las estructuras de soporte hasta que se dispone de las radiografías correctas y adecuadas.

Las radiografías son indispensables porque aportan datos adicionales sobre la totalidad del problema y deben abarcar la totalidad del problema y deben abarcar la totalidad de la pieza a extraer con imágenes claras.

Las intervenciones realizadas a ciegas pueden provocar la fractura de raíces o de alvéolos, traumatismos en los senos maxilares, lesiones nerviosas, etc. que se pueden evitar con la ayuda de una buena radiografía.

Así se podrá evaluar las dificultades técnicas que plantean las situaciones que se descubren mediante el examen clínico y radiográfico, por lo tanto antes de efectuar la intervención, se podrá establecer un plan ordenado y lógico de los pasos necesarios.

Con la radiografía podemos hacer una estimación preoperatoria completa con :

- I.- Historia de extracciones difíciles o ya intentadas.
- 2.- Un diente con resistencia anormal a la extracción con fórceps.
- 3.- Si después de un examen clínico y radiográfico se ha decidido remover un diente por disección.
- 4.- Cualquier diente o raíz en carcasa o en el seno maxilar o con los nervios dentarios inferiores o maxilares.
- 5.- Todos los terceros molares inferiores, premolares retenidos o erupcionados en mal posición. El patrón radicular de estos dientes generalmente es anormal.
- 6.- En dientes ampliamente restaurados o despulgados, éstos dientes casi siempre son muy frágiles.
- 7.- Cualquier diente afectado por una enfermedad periodontal acompañada de esclerosis del hueso de soporte. Dichos dientes generalmente presentan hipercementosis y fragilidad.
- 8.- Cualquier diente que haya estado sujeto a algún traumatismo. Puede presentarse fracturas de las raíces o hueso alveolar.
- 9.- Un molar superior debido especialmente si no tiene antagonista y está sobreerupcionado. El soporte óseo de dicho diente generalmente está debilitado por la extensión del seno maxilar. Esto puede predisponer ya sea la erupción de una comunicación buco-nasal, fractura de la tuberosidad del maxilar.
- 10.- Cualquier diente parcialmente erupcionado o no erupcionado o raíz retenida.
- II.- Cualquier diente cuya corona anormal o erupción retardada, puede indicar la posibilidad de displaceración, germinación u odontoma dilatado.
- 12.- Cualquier padecimiento que predisponga anormalidad dentaria o alveolar por ejemplo :

- a) **Osteitis deformante**, en donde las raíces presentan hiper--
cementosis y hay predisposición a osteitis crónica.
- b) **Diclasia eleíocraneal**, porque en este trastorno ocurren
pseudonodencias y raíces en forma de gancho.
- c) **Pacientes con radioterapia de la mandíbula**, y por lo tanto
con predisposición a la osteorradionecrosis.
- d) **Osteoporosis** que dificulta la extracción y predispone a la
osteomielitis crónica.

Requerimientos de una radiografía antes de la extracción.- De
be mostrar toda la estructura radicular y el hueso alveolar circun--
dante al diente. En muchos casos una radiografía periapical intra--
bucal será suficiente, pero hay veces que requerirá una radiografía--
extrabucal lateral oblicua de la mandíbula para mostrar toda la raíz
o el estado, estructura y cantidad de hueso de soporte.

Una buena radiografía es desperdiciada si no se interpreta --
cuidadosamente. El uso de negatoscopios ayudan enormemente a la in--
terpretación y facilitan que los siguientes factores causantes de la
dificultad sean detectados:

- 1.- Número anormal de raíces.
- 2.- Forma anormal de raíces.
- 3.- Patrón radicular desfavorable.
- 4.- Extensión cariosa a la raíz o masa radicular.
- 5.- Fractura o resorción radicular.
- 6.- Hipercementosis radicular.
- 7.- Anquilosis.
- 8.- Geminación.
- 9.- Dientes impactados.

IO.- Esclerosis ósea y patología.

II.- Cuerpos extraños .

Una interpretación cuidadosa de la radiografía también puede revelar la posibilidad de las siguientes complicaciones:

- 1.- Involucración y daño a los nervios dentarios inferior y mentoniano.
- 2.- La creación de una comunicación bucoantral o buconasal.
- 3.- Retención por proyecciones intraseos.
- 4.- El desplazamiento de un diente o raíz dentro del seno maxilar.

FRACASO EN ASESTURAR LA ANESTESIA

Es debido generalmente a una técnica deficiente o dosis insuficiente del agente anestésico.

Es imposible extraer correctamente un diente, si tanto el operador como el paciente no tienen completa confianza en la anestesia-bajo la cual se va a realizar la operación.

Después de explicarle al paciente que aun cuando pueda sentir presión no debe sentir ninguna sensación táctil.

Si el paciente no siente nada la anestesia esta asegurada. -- Si se siente presión pero no dolor la analgesia se ha obtenido, pero el dolor indica que se requiere otra inyección de anestésico local.

FRACTURA DEL HUESO ALVEOLAR.

Es un accidente común de la extracción dental, y la inspección de diente extraídos revela la adherencia de fragmentos alveolares -- a un número de ellas. Esto puede ser debido a la inclusión accidental del hueso alveolar entre los bocados del fórceps o a la configuración de las raíces, la forma del alvéolo, o a cambios patológicos -- del hueso en sí.

FRACTURA DE LA CORONA DE UN DIENTE

Durante la extracción puede ser inevitable si el diente está debilitado, ya sea por caries o por una restauración débil.

Si el empuje casi siempre es debido a la aplicación inadecuada del fórceps al diente, colocando los brazos de éste sobre la corona en lugar de la raíz o cuerpo radicular, o con su eje longitudinal perpendicular al del diente.

La crisis es generalmente una de las causas principales de estos errores, que se pueden evitar si el operador trabaja metódicamente.

El empleo de fuerza excesiva en un intento para vencer la resistencia, no es recomendable y puede ser una causa de la fractura de la corona.

Cuando se produce una fractura coronaria, el método que se emplea para remover la porción retenida del diente será gobernado por la cantidad de diente restante y la causa del contratiempo.

Los factores que causan la fractura de la corona también pueden ser causantes de la fractura radicular y al evitar estas fallas se pueden reducir la incidencia de dicha fractura. Aún cuando idealmente todos los fragmentos radiculares deben ser removibles, en algunas circunstancias es mejor dejarlos.

Un ápice radicular puede ser definido como un fragmento radicular si su dimensión mayor es de cinco milímetros.

La remoción de ~~pequeñas~~ cantidades de hueso pueden ser necesarias para la localización de dicho ápice.

Si la remoción está indicada debe ir precedida por un examen radiográfico y realizada por un operador con experiencia, utilizando el método transalveolar.

Cuando se decide dejar un fragmento radicular en su lugar -- se debe informar al paciente y anotar los datos en el registro del paciente.

Cuando un diente se fractura durante la extracción el cirujano dentista debe averiguar la razón, ya sea por medios clínicos o radiográficos.

La inspección de la porción del diente que se ha liberado -- generalmente provee una idea tanto del tamaño como de la posición del fragmento retenido.

Se deben hacer maniobras posteriores para remover los fragmentos ya sea por él mismo o por un colega bajo condiciones que aseguren el éxito. El dolor posoperatorio pocas veces es una característica de dicho incidente, si este plan de acción se lleva a cabo y los tejidos de soporte no han sido lacerados por prisas, torpezas o intentos inadecuados para completar la operación.

FRACTURA DE RAÍCES.

Las raíces fracturadas y retenidas en el alvéolo pueden originar procesos patológicos.

Cabe anticipar que habrá roturas de raíces en cualquiera de las siguientes condiciones :

- 1.- Raíces delgadas.
- 2.- Raíces curvas.
- 3.- Raíces divergentes.
- 4.- Raíces anquilosadas.
- 5.- Dientes devitalizados.
- 6.- Hueso alveolar adyacente denso.
- 7.- Aplicación de una fuerza excesiva.
- 8.- No tomar correctamente el diente.

De lo que antecede, solo los dos últimos factores, el exceso de fuerza y no tomar el diente como corresponde dependen del operador. Por lo tanto, la fractura de la raíz es un riesgo normal de la extracción que no debe contemplarse como falla de técnica ni falta de habilidad. Cuando se fractura una raíz, la mayoría no extraña un procedimiento quirúrgico difícil.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR

Este accidente es raro y se produce, en general, cuando se produce una fuerza excesiva al extraer un segundo o tercer molar superior, o por el uso inadecuado de fórceps al extraer dientes muy adheridos. El fragmento roto es a menudo grande y puede incluir uno o más dientes. Tal complicación puede evitarse mediante un buen plan preoperatorio.

Cada vez que sea necesario extraer una pieza del maxilar superior, y especialmente si la radiografía muestra un seno maxilar grande que se acerca a la cresta alveolar, debe tenerse siempre en cuenta una posible fractura de la tuberosidad.

En tales casos es conveniente replegar una lengüeta del periostio y cortar una pequeña porción del hueso alveolar, para luego seccionar el diente y extraerlo en fragmentos. Este procedimiento que solo insuena un poco más de tiempo que las extracciones comunes, permitirá evitar la desagradable emergencia de una fractura tuberositaria.

Si esta complicación se presenta en un maxilar se le debe advertir al paciente que es muy probable que se presente una complicación en el otro lado de la boca cuando se realice la extracción similar.

FRACTURA DE LA MANDIBULA

La fractura de la mandíbula puede complicar la extracción dental si se emplea una fuerza excesiva o incorrecta, ó cambios patológicos han debilitado la mandíbula.

La mandíbula puede estar debilitada por osteoporosis senil y atrófica, osteomielitis, por radioterapia previa, u osteodistrofias tales como osteitis deformante, displasia fibrosa, o fragilidad ósea. Los dientes no erupcionados, quistes, hiperparatiroidismo o tumores tambien pueden ser causas predisponentes a la -- fractura.

Si se presenta cualquiera de estas condiciones, la extracción debe ser intentada unicamente después de una construcción -- preoperatoria de férulas. Es mejor tratar estos casos en centros especializados en cirugía bucal.

La mayoría de los accidentes se producen por el uso inadecuado del fórceps o la aplicación de fuerzas exageradas .

El problema es más común en personas de edad avanzada cuyos maxilares son delgados y atróficos, pero puede ocurrir en cualquier tipo de pacientes.

Si se presenta una fractura durante la cirugía dental debe colocarse un soporte extrabucal y el paciente deberá ser referido inmediatamente a un hospital donde existan las facilidades para el tratamiento.

PENETRACION DE DIENTES A VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

Durante la extracción, a veces se desplazan inadvertidamente los dientes a bucofaringe, laringe, tráquea y esófago. Los dientes en estas posiciones pueden provocar graves problemas que podrían haberse evitado observando precauciones sencillas. Siempre deberá colocarse una pantalla de gasa para bloquear la bucofaringe. Esto se verifica cuando el procedimiento de extracción se lleva a cabo bajo anestesia general o local.

Los dientes desplazados a bucofaringe no representan problemas, siempre que puedan recuperarse antes de descender a estructuras más profundas. Cuando un diente se desplaza a bucofaringe con el paciente bajo anestesia local, se le pide al paciente mantenerse totalmente quieto y no tragar o tomar aire hasta recuperarse el diente. Cuando el diente se desplaza a porción posterior de la boca, el reflejo natural del paciente es toser o tragar.

Se deberán tomar radiografías para determinar la localización exacta del diente. Si se encuentra que el diente está en el aparato gastrointestinal, deberá recetarse una dieta con bastante masa, y generalmente el diente se defecará sin incidentes.

Los dientes que son aspirados en el árbol traqueobronquial, constituyen un grave problema. Sólo una persona entrenada en los métodos de broncoscopia puede extraer el diente en esta posición. El paciente toserá continuamente y podría producirse cianosis. Deberá administrarse oxígeno hasta que el paciente pueda ser transferido a una área donde pueda tomarse una radiografía de tórax y hacerse broncoscopia directa.

PENETRACIONES ACCIDENTALES A LOS SENOS MAXILARES

La penetración al seno puede ser por:

Apertura accidental del piso del antro durante la extracción dentaria, penetración de raíces y aún de dientes completos en el antro durante la extracción, e infecciones introducidas a través del piso del antro por dientes con abscesos apicales. Generalmente las infecciones ocurren en aquellos casos en que las raíces de los dientes están separados del piso del antro por una pequeña pared de hueso, o bien en ocasiones las raíces de los dientes posteriores se encuentran notablemente dentro del seno, pero se conocen muchos casos en que el hueso tenía también bastante densidad.

El empuja del seno puede resultar de legrado demasiado enérgico del alvéolo después de una extracción. Desde luego este procedimiento no es aconsejable, puede llevar a la infección del hueso y a los tejidos blandos en cualquier parte de la boca. Sin embargo a veces la infección ataca al seno sin motivo patente.

Si la radiografía preoperatoria muestra que los ápices de las raíces de los dientes por extraerse penetran en el piso del seno, y si se sospecha éste estado después de la extracción, se indica al paciente que cierre las narinas con los dedos y trate de expulsar aire suavemente por la nariz. Si se atravesó la membrana del seno, la sangre en el alvéolo hará burbujas.

No deberán realizarse esfuerzos por recuperarlo hasta precisar la localización exacta del diente con un examen cuidadoso clínico y radiográfico. El uso de radiografías estereoscópicas y panorámicas ayudan definitivamente a localizar el diente desviado.

EXTRACCION DE LA RAIZ..

La extracción de la raíz recién fracturada se intenta siguiendo el método cerrado (es decir sin colgajo quirúrgico) si hay probabilidades de éxito. Sin embargo, si la técnica no tiene éxito, es mejor preparar un colgajo quirúrgico. De otra manera podría perderse más tiempo y traumatizar tejidos blandos y óseos, y terminar haciendo el colgajo de todas maneras.

PROCEDIMIENTO CERRADO

Un diente fracturado en el cuello anatómico frecuentemente -- se puede retirar con pinzas anatómicas o para raíz, y extraerse de -- ésta manera. Puede hacerse por vía alveolar aflojando el manguito -- gingival labial o bucal, con una cureta pequeña y afilada. El picobucal de las pinzas se coloca bajo los tejidos, bajo el cuello óseo. La presión sobre pinzas afiladas hará que estas muerdan la raíz y se desdoje.

En ocasiones, la presión fractura la tabla lo suficiente para aflojar el diente, las pinzas se vuelven a su posición normal en el cuello anatómico para lograr una extracción normal sin eliminar la tabla alveolar. Se usa un elevador de tallo recto para extraer raíces fracturadas exactamente debajo del borde alveolar, especialmente en el maxilar superior.

El instrumento se mantiene en un plano paralelo al eje longitudinal del diente y se mueve hacia arriba, sobre el lado palatino de la raíz con la palanca colocada en el borde palatino en caso necesario. Otro método para usar el elevador de tallo recto es colocarlo en el área interdental en ángulo recto, con el eje longitudinal-

del diente. Se eleva la raíz empleando el tabique interdental como punto de apoyo.

Las raíces inferiores fracturadas a nivel alto requieren separación si la corona se fractura bajo el borde alveolar y las dos raíces están aún unidas. La separación puede lograrse con fresa o elevador. La primera raíz se retira con un pequeño elevador; se obtiene palanca en el área interdental. Después de retirar la primera raíz se extrae la segunda con el mismo elevador por medio de la palanca en el área interdental, o aún mejor, se coloca el elevador Winter # 14 largo, en la profundidad del alvéolo vacío. Cuidando que el talón del elevador no dañe al diente adyacente la punta del instrumento penetra en el tabique y lo quita con una vuelta. El elevador se vuelve a colocar en el alveolo, se coloca entre la raíz y la saca.

Este último método se usa para eliminar todas las raíces del área del molar inferior.

LESIONES DE DIENTES ADYACENTES.

El uso imprudente de fórceps o elevadores puede luxar, arrancar o fracturar las piezas adyacentes. La extracción de un diente superpuesto a otro se hace problemático por la dificultad de colocar un instrumento sin toparse con las piezas vecinas.

Estas complicaciones se previenen mediante una adecuada evaluación preoperatoria, evitando además toda presión sobre las piezas adyacentes. Nada debe hacerse en el caso de una pieza floja -- con movilidad mínima, ya que el diente adquirirá con el tiempo, una buena adherencia. Si la movilidad es grande, es preciso estabilizarlo con una barra curva o con la tablilla adecuada.

El problema varía y requiere una cuidadosa evaluación en el caso de un diente arrancado por completo. Este debe extraerse si tiene poca importancia funcional o si se halla seriamente afectado por algún proceso patológico. Cuando es importante y está sano, en cambio, se le repondrá inmediatamente en su lugar y se intentará estabilizarlo mediante la aplicación de tablillas. Producida la rehadición el tratamiento endodóncico podrá conseguir salvarlo.

Si la fractura comprende fragmentos pequeños de la corona de un diente adyacente, esta podrá ser restaurada y pulida. Los fragmentos deben cubrirse temporariamente, dejando para otra oportunidad la restauración permanente. Si la fractura afecta la pulpa se aconseja una pulpotomía parcial o la endodoncia.

OBTURACIONES DESALOJADAS Y ROTAS.

Otras de las complicaciones de la extracción, realmente lamentable, es el desprendimiento de la obturación de un diente contiguo. Este accidente se observa especialmente durante la extracción de un tercer molar, cuando el molar adyacente tiene una obturación distal. Tal complicación, sin embargo, también puede producirse en cualquier sector de la boca por el uso inadecuado del fórceps o elevadores. En este caso el operador procederá a extraer el diente y colocará luego una obturación temporaria en la pieza adyacente. La restauración final se hará más adelante.

EXTRACCIÓN EQUIVOCADA DE UN DIENTE.

La extracción equivocada de un diente es una situación lamentable. Afortunadamente debe evitarse si el dentista se mantiene alerta y ajusta su proceder a ciertos principios importantes.

En primer lugar debe tener una noción clara de la pieza o piezas que va a extraer.

En segundo lugar se debe disponer de buenas radiografías bien reveladas y correlacionar los hallazgos clínicos con los datos radiográficos. Finalmente el operador deberá concentrarse en el problema que tiene en manos y no permitir que ninguna distracción interfiera con el manejo del caso.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ACCIDENTES EN LA EXTRACCIÓN DE DIENTES PRIMARIOS

Para extraer cualquier diente primario es esencial obtener una radiografía apropiada. Debe establecerse la presencia y posición del sucesor permanente así como el estado de la formación radicular del diente primario que va a extraerse. Muchas veces, la resorción de la raíz ódica es poco uniforme, dejando una porción radicular larga y delgada. Si se fractura una raíz durante la extracción, deberá extraerse usando atinadamente elevadores de punta fina o una pequeña cureta.

Deberá tener cuidado de no lesionar la corona del diente permanente ni su soporte óseo circundante. Si la extracción de la punta de la corona ódica arriesga el diente permanente, será mejor dejar la punta radicular intacta. Se producirá resorción o podrá extraerse en fecha posterior, sin arriesgar el diente permanente.

En ocasiones, la radiografía demostrará que el preñolar permanente está firmemente acunado entre las raíces en forma de campana del diente primario. Esto se produce con mayor frecuencia en un diente profundamente carioso de un niño o joven, en el que no se haya producido resorción de raíz primaria. Deberá tenerse cuidado de que el diente sucesor no sea eliminado junto con el diente caído debido a que las raíces abrazan la corona del diente. Si la radiografía muestra esta situación, deberá seccionarse la corona primaria con una mitad mesial y otra distal antes de colocar las pinzas sobre el diente, para extraer separadamente las dos porciones.

Si en algún momento se extrae un diente permanente durante la extracción de uno primario, deberá colocarse otra vez en el hueso alveolar. Lavando el diente previamente con suero fisiológico así -

-como en alveolo, y posteriormente se darán puntos de sutura para evitar que el germen se desaloje.

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

La pérdida del control de los instrumentos produce a veces laceraciones, desgarramientos u otras lesiones en los tejidos blandos. Los elevadores o fórceps pueden resbalar en la superficie de los dientes y dañar los tejidos del labio, la mejilla, la lengua, el piso de la boca o el paladar. Durante la extracción puede producirse la fractura del hueso adyacente al diente, con desgarramiento de la mucosa. Además, los discos, los buriles y otros instrumentos rotatorios pueden resbalar accidentalmente y lesionar los tejidos blandos adyacentes.

Los riesgos pueden reducirse mediante el uso cuidadoso de los instrumentos y un soporte adecuado de la mano con el fin de limitar los movimientos.

DESGARRAMIENTO DE LA MUCOSA.

Estas heridas deben tratarse inmediatamente en la mayoría de los casos. La hemorragia se controla generalmente por compresión aunque a veces es necesario ligar los vasos principales o suturar los sitios que sangran.

LABIO INFERIOR.

Puede ser comprimido entre los mangos del fórceps y los dientes anteriores si no se tiene suficiente cuidado. Se requiere un cuidado extra cuando los dientes inferiores son extraídos bajo anestesia general.

El diente o la raíz está 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 mencionado 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 retractor 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 reduce o es pasajera.

EL NERVI0 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 remoción de hueso. Se debe utilizar un retractor metálico para proteger los tejidos blandos adyacentes de daño cuando se está utilizando una fresa.

HERIDAS PROFUNDAS DE LOS ENVIDOS Blandos.

Pueden producirse heridas profundas cuando los discos, los bucles u otros instrumentos de extracción resbalan en la superficie dentaria y laceran o desgarran los tejidos blandos, en ocasiones la ruptura de vasos importantes, provocan hemorragias profundas; esta situación es rara, pero cuando se produce exige una intervención rápida, para cohibir la hemorragia.

HERIDAS PUNZANTES.

Estas heridas se deben, generalmente a caídas o accidentes - que ocurren mientras el individuo tiene en la boca algún objeto duro y puntiagudo. Es raro que la herida punzante sangre mucho dado que el tejido blando tiende a contraerse o retraerse una vez que se ha retirado el objeto penetrante.

El tratamiento consiste en explorar la herida para asegurarse de que no queden cuerpos extraños, lavarla minuciosamente con un antiséptico y dejarla que cure por granulación.

LENGUA Y EL PISO DE LA BOCA.

Estos accidentes ocurren más comúnmente bajo anestesia general, los tejidos blandos siendo comprimidos en el fórceps o entre los dientes y las hojas del mordedor.

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 ésta muy vascularizada y puede presentarse sangrando abundante después de dicha lesión. Esta hemorragia puede ser controlada jalando la lengua hacia adelante y colocándole una sutura.

Se debe buscar una segunda opinión quirúrgica en todos estos casos.

HEMORRAGIA.

De hemo - sangre, y del griego *regounai* - a reventar.

Algunas de las dificultades en relación con la infección secundaria y la curación normal de la herida pueden deberse al tratamiento inadecuado de la hemorragia operatoria. La pérdida de sangre es una complicación constante en todo procedimiento quirúrgico.

La hemorragia es la salida de la sangre con todos sus elementos, a consecuencia de la ruptura de las paredes de un vaso.

Las hemorragias pueden ser primarias o secundarias, según se produzcan inmediatamente después del traumatismo o varias horas o días más tarde, y pueden producirse en el hueso o en las partes blandas.

Quando la hemorragia se presenta después de una extracción - se deben de tomar inmediatamente las medidas necesarias para detener la hemorragia. Esto se logra generalmente ejerciendo compresión digital sobre un pedazo de gasa colocada en la zona sangrante y posteriormente se ligarán cuidadosamente los vasos principales, las zonas hemorrágicas y los bordes de la herida.

MÉTODOS PARA PRODUCIR LA HEMOSTASIS.

I.- Compresión, se coloca una gasa en el lugar de la hemorragia y se pide al paciente que muerda con fuerza por espacio de 20 a 30 minutos.

2.- Taponamiento, a veces es necesario taponear la cavidad a presión, mediante una esponja o una gasa, para que la tensión intraalveolar detenga la hemorragia por ejemplo:

- a) Adrenalina, es aplicación tópica 1: 1000 mediante una gasa. Detiene rápidamente la hemorragia, acción transitoria que generalmente dura lo suficiente como para que se forme un buen tapón mecánico en la luz del vaso.
- b) Espuma de gelatina (Gelfoam) es una esponja de gelatina que se reabsorbe en 4 a 6 semanas y que destruye la integridad plaquetaria para establecer una trama de fibrina sobre la cual se produce un coágulo firme.

LIGADURAS Y SUTURAS.

El mejor método de controlar la hemorragia consiste en tomar y ligar el vaso sangrante. Todas las arterias cortadas tienen que ser ligadas, ya que la pérdida de sangre en estas circunstancias es sumamente rápida.

En la sutura empleamos agujas curvas, concavas en el sentido de sus caras, para evitar desgarres de las paredes blandas, prácticamente de uno a dos puntos de sutura, según la extensión del alvéolo o del tipo y tamaño de la incisión. La piel y la mucosa se suturan con material no absorbible como seda, algodón, nylon. Retirándose éstos puntos de 6 a 8 días después.

Realizada la sutura, se coloca un trozo de gasa sobre el alvéolo y se pide al paciente que muerda sobre ella por espacio de 20 a 30 minutos tiempo necesario para la formación del coágulo.

PARALISIS FACIAL.

Es el trastorno de los nervios que ocasiona la privación total o la reducción del movimiento de los músculos.

En la boca dichos trastornos se presentan sobre todo en los músculos de la masticación pero algunas veces van acompañados de parálisis de los músculos faciales.

La parálisis facial es causada en ocasiones por lesiones traumáticas o neoplásicas, la mayoría de las veces se presenta súbitamente como resultado de un enfriamiento o de una inyección dental, este accidente ocurre en la anestesia troncular del dentario inferior cuando por mala técnica o por anomalías anatómicas se inyecta el líquido anestésico en plena glándula parótida, donde se encuentran las dos ramas en que se divide el nervio facial.

Los síntomas que encontramos en la parálisis facial son: caída del párpado, incapacidad de oclusión ocular, además de la caída y desviación de los labios. Esta parálisis es pasajera y no requiere ningún tratamiento, y tarda en desaparecer lo que tarda en absorberse la anestesia, es decir de dos a tres horas, por lo general el paciente no lo percibe pero el profesional se da cuenta.

La parálisis facial puede ser central o periférica dependiendo de si la lesión esta situada antes o después de la salida de la médula oblonga.

La parálisis facial periférica es originada por lesiones maxilofaciales y se corrige algunas veces aplicando corriente galvánica

causas Interferencia,

Es conveniente suprimir siempre todo foco de infección en los dientes, en las amígdalas o en los senos nasales con el fin de mejorar el estado general del paciente o acelerar la convalecencia del mismo.

TRATAMIENTO.

Se encuentra que la cortizona es útil para el tratamiento de la parálisis facial con una dosis inicial de 25 mg.; aplicándose después 12.5 mg cada 6 horas durante 5 días. Sin embargo si se llega a producir atrofia del nervio antes del principio del tratamiento la cortizona resulta inútil.

En la mayor parte de los casos hay recuperación terapéutica específica. Por otra parte se ha propuesto varias intervenciones más delicadas para el tratamiento quirúrgico de la parálisis facial que van desde la anastomosis nerviosa y los injertos hasta la implantación de aponeurosis o alambres para corregir la asimetría facial y los síntomas secundarios debidos a la falta de inervación de los músculos.

CONCLUSIONES

Con este trabajo de accidentes en la extracción dentaria, nos pudimos percatar cual necesario es conocer a fondo este tema para poder tratar adecuadamente las emergencias que de él resultan, así como emplear las técnicas precisas y tener la suficiente habilidad y conocimientos para resolverlos en el consultorio dental, por lo cual trabajamos en los accidentes que creemos son más frecuentes en la práctica diaria de exodoncia y tenemos:

Que debemos de tener muy en cuenta la anatomía de los maxilares y el número de raíces de cada diente, pues su desconocimiento nos llevaría a muchos fracasos y accidentes en casi toda la práctica odontológica. Por lo cual el conocimiento del sistema neuromuscular de la cara y cuello pero muy en especialmente el trigémino, para evitar fracasos así como accidentes en los mismos.

Es de vital importancia elaborar una historia clínica donde se hará una evaluación médica para determinar el factor riesgo antes de pasar al tratamiento odontológico. Los datos recogidos son elementos de juicio a partir de los cuales el profesional podrá seleccionar los aspectos que merecen investigarse. El profesional tiene una triple responsabilidad:

Establecer el diagnóstico, tratar la enfermedad y mitigar los temores y la ansiedad del paciente, sin contar que la historia clínica es un papel muy importante en los accidentes por los aspectos legales.

BIBLIOGRAFIA**TRATADO DE CIRUGIA BUCAL .**

Krugor Gustavo G.

Editorial Interamericana.

Cuarta edición 1978.

CURSO DE EXODONCIA

Romero Jonzáles José de Jesús.

Editorial Facultad de Odontología U.N.A.M.

División S.U.A.

Primera edición 1980

LA EXTRACCION DENTAL.

Geoffrey L. Howe.

Editorial El Manual Moderno S.A.

México: 1979.

RADIOLOGIA DENTAL

O' Brien Richard C.

Editorial Interamericana.

Segunda Edición 1978.

CIRUGIA BUCAL.

Ries Centeno Guillermo.

Editorial El Ateneo.

Octava Edición Buenos Aires 1978.

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA .

Mc. Carthy Frank M.

Editorial El Ateneo.

Segunda Edición Buenos Aires 1976.

DICCIONARIO ODONTOLÓGICO.

Ciro Durante Avellanah.

Editorial Mundial S.A.I.C. y F.

Tercera Edición 1978.