

P79522

25

29



# INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## COMPLICACIONES CLINICO-QUIRURGICAS EN ODONTOLOGIA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

VIRGINIA RODRIGUEZ DE LA ROCHA



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991



## **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.

INTRODUCCIÓN+++++	6
-------------------	---

## CAPÍTULO I

COMPLICACIONES LOCALES+++++	10
LA HERIDA+++++	11
HEMORRAGIA POST-OPERATORIA+++++	13
COMPLICACIONES LOCALES EN RELACIÓN CON LA ANESTESIA POR INYECCIÓN Y COMENTARIO A LA SELECCIÓN DE LOS ANES TÉSICOS.+++++	18
LESIONES ACCIDENTALES Y COMPLICACIONES DE LA EX TRACCIÓN.+++++	32
ZONAS DE ISQUEMIA+++++	57
EQUIMOSIS+++++	58
TRISMUS.+++++	59
PARÁLISIS FACIAL.+++++	60
LUXACIONES Y SUBLUXACIONES.+++++	66

## CAPÍTULO II

COMPLICACIONES GENERALES.+++++	77
HISTORIA CLÍNICA.+++++	78
LA ASPIRACIÓN Y DEGLUCIÓN	
DE CUERPOS EXTRAÑOS.+++++	80
ACCIDENTES DURANTE LA MENSTRUACIÓN.+++++	82
ACCIDENTES DURANTE EL EMBARAZO.+++++	84

LIPOTIMIA. _____	87
SÍNCOPE. _____	90
PARO CARDÍACO. _____	92
CÓLAPSO CIRCULATORIO. _____	94
SHOCK _____	99
CONCLUSIONES. _____	115
BIBLIOGRAFÍA. _____	124

## I N T R O D U C C I Ó N

LOS OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN EN EL PRESENTE TRABAJO SON:

TRATAR DE EVITAR LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS QUIRÚRGICAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN LOS PACIENTES EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN OPERATORIA, EN EL CONSULTORIO DENTAL.

EN PRIMER LUGAR, TODO CIRUJANO DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL SABE PREOCUPARSE EN LO REFERENTE A LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD GENERAL DE LOS PACIENTES PARA PREVENIR Y ELIMINAR CUALQUIER ENFERMEDAD; EN SEGUNDO TÉRMINO DEBE LUCHAR POR PRESERVAR LA SALUD DEL DIENTE Y LOS TEJIDOS QUE LO SOSTIENEN Y POR ÚLTIMO PRECISAR CUALES DIENTES NATURALES DEBEN SER ELIMINADOS EVENTUALMENTE A CAUSA DE ENFERMEDADES LOCALES O GENERALES, PARA LO CUAL EL ODONTÓLOGO DEBERÁ AQUILATAR LOS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE. POR ELLO, PARA ALCANZAR TAL FINALIDAD EL PROFESIONAL TIENE LA OBLIGACIÓN DE POSEER LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS INDISPENSABLES COMO ESPECIALISTA QUE ES EN ODONTOLOGÍA, PARA EVITAR EN LO POSIBLE LAS COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS QUE PUEDAN PRESENTARSE EN EL CONSULTORIO DENTAL Y PODER LLEVAR A FELIZ TÉRMINO EL TRATAMIENTO ADECUADO.

ADEMÁS, EL MÉDICO DEBE DESPERTAR LA CONFIANZA DEL PACIENTE, TRATARLO COMO SER HUMANO Y TENER UN VERDADERO INTERÉS POR LA RECUPERACIÓN DE SU SALUD, SER HONESTO CON ÉL MISMO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS MEDIATOS E INMEDIATOS EN BENEFICIO DEL ENFERMO.

EN EL TRANSCURSO DE NUESTRA PRÁCTICA PROFESIONAL, SABEMOS QUE SON MUCHAS Y VARIADAS LAS COMPLICACIONES QUE DÍA A DÍA SE PRESENTAN EN EL CONSULTORIO DENTAL, SEAN ESTAS DE CARÁCTER TÉCNICO-PRÁCTICO O BIEN DETECTADAS A RAÍZ DE UNA HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA O ALTERADA POR EL PACIENTE EN EL MOMENTO DE INTERROGARLO.

POR LO TANTO, EL ODONTÓLOGO DEBE TENER PRESENTE QUE NO ESTÁ A SALVO DE QUE SURJAN PROBLEMAS O COMPLICACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN OPERATORIA DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL. POR ESTO SE TRATARÁ EN ESTE ESTUDIO, AUNQUE A GROSSO MODO, - EL ANÁLISIS DE ALGUNOS PROBLEMAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE PUEDEN PRESENTAR.

TIEMPO ATRÁS, CUANDO LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA SE CIRCUNSCRIBÍA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A LOS ÓRGANOS DENTARIOS, NO SE REQUERÍAN AMPLIOS CONOCIMIENTOS PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA, NO ASÍ EN LA ACTUALIDAD, EN QUE EL CIRUJANO DENTISTA NO DEBE DEDICARSE ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE AL TRATAMIENTO DEL DIENTE, SINO QUE HABRÁ DE UTILIZAR ---

OTRAS RAMAS ESPECÍFICAS QUE TIENEN POR FINALIDAD PRESERVAR - LA SALUD BUCAL, TALES COMO: LA PARODONCIA, LA CIRUGÍA BUCAL-RECONSTRUCTIVA, LA ENDODONCIA, ETC.

POR ELLO, A MEDIDA QUE EL TIEMPO PASA, LA IMPORTANCIA-- DE NUESTRA ESPECIALIDAD CRECE EN BENEFICIO DE LA SALUD PÚBLICA Y LA RELACIÓN MÉDICO-ODONTOLÓGICA SE HACE INDISPENSABLE-- EN LA ETERNA LUCHA CONTRA EL DOLOR HUMANO.

EN CONCLUSIÓN, PARA LOGRAR EL ÉXITO DESEADO, ES IMPOR-- TANTE QUE EL ODONTÓLOGO SE PERCATE DEL ESTADO DE SALUD DE -- LOS PACIENTES QUE SERÁN SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. ESTOS DEBERÁN SER VALORADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA- CLÍNICO, AUNQUE PRESENTEN BUEN ESTADO DE SALUD GENERAL, LA-- HISTORIA CLÍNICA DEBE SER MINUCIOSA, ASÍ COMO LOS MÉTODOS DE EXPLORACIÓN, PALPACIÓN Y PERCUSIÓN, ETC.

SE HACE HINCAPIÉ EN QUE EN EL PRESENTE TRABAJO TRATARE-- MOS DE DAR UNA VISIÓN GENERAL DE LAS COMPLICACIONES, ASÍ CO-- MO EL MODO Y MANERA DE HACERLES FRENTE, CONSIDERANDO INDIS-- PENSABLE QUE TODO CIRUJANO DENTISTA DEBE PREOCUPARSE POR PRE-- VENIRLAS Y TRATARLAS, UTILIZANDO LOS MÉTODOS MÁS ADECUADOS - PARA ALCANZAR LOS FINES QUE SE PERSIGUEN EN CASO DE PRESEN-- TARSE.

ES ASÍ COMO EL ODONTÓLOGO TENDRÁ EL CARÁCTER DE UN VER-- DADERO PROFESIONAL, PREVINIENDO DE UNA MANERA ÍNTEGRA, LA SA

LUD DE QUIENES ACUDEN A SU CONSULTORIO EN BUSCA DE ALIVIO DE  
FINITIVO.



## CAPÍTULO I

### COMPLICACIONES LOCALES

LAS COMPLICACIONES LOCALES EN EL ÁMBITO DEL CAMPO OPERATORIO, PUEDEN DERIVARSE EN CADA CASO PARTICULAR DE LA INTERVENCIÓN ERRÓNEA DE UN MÉTODO OPERATORIO, DEL MAL EMPLEO DE ESTE O DE UNA MALA TÉCNICA OPERATORIA. LOS INCIDENTES LOCALES CAUSADOS POR UN MÉTODO INADECUADO O APLICADA ERRÓNEAMENTE SON OBJETO DE DESCRIPCIÓN EN LA EXPOSICIÓN DE PROCEDERES OPERATORIOS, Y SOLO VAMOS A ENTRAR EN LOS PORMENORES DE ALGUNAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN SURGIR OCASIONALMENTE O ESTRIBAN EN UN DESCUIDO TRASCEDENTAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TÉCNICA OPERATORIA.

LAS COMPLICACIONES LOCALES SE PRODUCEN TANTO EN MAYOR FRECUENCIA COMO SE DESCUIDEN LAS REGLAS DE LA OPERATORIA--ATRAUMÁTICA, ESTO ES, NO LLEVAR PASO A PASO LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

EN RESUMEN, QUEDA COMPROBADO QUE UN PROCEDER BRUSCO Y-TRAUMÁTICO CON LOS TEJIDOS, ES LA PRINCIPAL FALTA DE UNA --TÉCNICA OPERATORIA. NO ASÍ, SI SON ACEPTABLES LOS CONOCIMIENTOS ANATÓMICOS DEL CAMPO OPERATORIO, LA COMPRESIÓN DE-

LOS REQUERIMIENTOS BIOLÓGICOS DE LOS TEJIDOS Y LA OBSERVACIÓN DE UN PROCEDER ATENTO Y RESPETUOSO QUE NOS OFREZCA LAS MAYORES POSIBILIDADES DE ÉXITO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES.

LA HERIDA.

ES LA PÉRDIDA DE LA CONTINUIDAD MÁS SUPERFICIAL DEL ORGANISMO, CAUSADO POR LA ACCIÓN DE UNA VIOLENCIA EXTERNA QUE PUEDE SER PRODUCIDA POR: APLASTAMIENTO, ARMA DE FUEGO O --- BLANCA, ARRANCAMIENTO, CONTUSIÓN O POR UNA ARTICULACIÓN EXCESIVA.

LA HERIDA, POR LO QUE ATAÑE A SU VOLUMEN, ENGLOBA TODA UNA ESCALA DE GRADOS DE LESIÓN, QUE VAN DESDE UNA SIMPLE ESCORIACIÓN HASTA LESIONES MÁS COMPLEJAS, QUE ALCANZAN A MÚSCULOS, HUESOS, VÍSCERAS, ETC.

ASÍ CONSIDERAREMOS LA HERIDA COMO DISOLUCIÓN DE CONTINUIDAD, PRODUCIDA POR LA ACCIÓN DE UNA VIOLENCIA EXTERNA O POR INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS, EN EL CASO DE UNA INTERVENCIÓN OPERATORIA.

LAS HERIDAS MÁS FRECUENTES QUE SUELEN OCURRIR EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL SON LAS SIGUIENTES: LA QUE PROVOCA EL ELEVADOR DURANTE LA EXTRAC---

CIÓN DENTARIA , LA HERIDA CORTANTE PRODUCIDA POR INSTRUMENTOS DE ROTACION (DISCOS DE CARBURUNDUM, FRESAS, ETC.) O POR ALGÚN OTRO INSTRUMENTO QUE POR FALTA DE CUIDADOS EN SU MANIPULACIÓN, LESIONE LOS TEJIDOS VECINOS, TODO A CAUSA DE UNA MALA TÉCNICA OPERATORIA; ADEMÁS A CONSECUENCIA DE ELLO, PUEDE REFLEJARSE EN EL PACIENTE LA PARTICIPACIÓN DE ELEMENTOS NERVIOSOS, QUE DENOTEN QUE, A CAUSA DEL TRAUMATISMO EXISTE UNA MENOR ACTIVIDAD DEL ORGANISMO; LOCAL SE MANIFIESTA CON UNA REACCIÓN DE TERROR, EXITACIÓN O SURGE BAJA LA FORMA DE LIPOTIMIA O EN UN ESTADO DE SHOCK.

EN TÉRMINOS GENERALES, LA CICATRIZACIÓN PUEDE SER: PRIMARIA, CUANDO LA HERIDA SE CONSIDERA LIMPIA, ES DECIR, QUE CICATRIZA OPORTUNAMENTE. SECUNDARIA, CUANDO ES CONTAMINADA POR BACTERIAS. TERCIARIA , AQUELLA QUE ESTÁ PRODUCIDA POR UNA ALTA DOSIS DE CONTAMINACIÓN O POR CUALQUIER ARMA, YA SEA DE FUEGO O BLANCA; ADEMÁS ES DIFÍCIL DE CICATRIZAR.

LA CURACIÓN DE LAS HERIDAS ES UN PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS, QUE TIENEN COMO OBJETIVO LA REPARACIÓN O RESTABLECIMIENTO DE LA MISMA, YA SEA POR MEDIO DE LA ASEPTICIA PARA ELIMINAR LA INFECCIÓN PRIMARIA Y RESTRINGIR EN LO POSIBLE EL PERJUICIO TRAUMÁTICO DE LOS TEJIDOS, ESTO ES AL FINAL DE LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN. CUANDO LA INFECCIÓN YA ESTÁ MANIFESTADA EN LA HERIDA, RECURRIENDO A MEDIOS

QUIRÚRGICOS, REABRIENDO ÉSTA, ELIMINANDO EL TEJIDO NECROZADO Y HACIENDO ASEPSIA DE LA MISMA, TODO DESPUÉS DE HABER ADMINISTRADO ANESTESIA; DESPUÉS ES CONVENIENTE SUMINISTRAR ANTIBIÓTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS PARA CONTROLAR LA INFECCIÓN; POR ÚLTIMO, EL PACIENTE DEBERÁ PRODIGARSE A SÍ MISMO CUIDADOS POST-OPERATORIOS CON INTERVALOS DE VISITA AL CONSULTORIO, HASTA HABER LOGRADO UNA CORRECTA CICATRIZACIÓN, PARA ASÍ TERMINAR CON ÉXITO EL TRATAMIENTO, ADEMÁS SE LE DARÁN INSTRUCCIONES VERBALES Y ESCRITAS COMPLETAS, LAS CUALES COMPRENDERÁN EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA, DEL DOLOR, TRISMUS, DIETA, ACTIVIDAD E HIGIENE BUCAL.

CONVIENE RECORDAR QUE MIENTRAS MENOS ATRAUMÁTICA SEA LA INTERVENCIÓN OPERATORIA, EL TRATAMIENTO DELICADO DE LOS TEJIDOS Y EL HUESO DARÁ POR RESULTADO LA DISMINUCIÓN DE LA HERIDA, DEL EDEMA, DE LA HEMORRAGIA E INCAPACIDAD.

#### HEMORRAGIA POST-OPERATORIA.

LA HEMORRAGIA ES EL FLUJO DE SANGRE CON TODOS SUS ELEMENTOS, CONSECUENTEMENTE A LA ROTURA DE LAS PAREDES DE UN VASO.

LAS ENFERMEDADES DENOMINADAS HEMORRAGIPEXAS, SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS:

A) FORMA ESENCIAL, PRIMITIVA, CONSTITUCIONAL Y HEREDITARIA, QUE COMPRENDE A LA HEMOFILIA.

B) FORMA SECUNDARIA, QUE PUEDE ESTAR RELACIONADA CON--  
LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE (LEUCEMIA; ANEMIA PÚRPURA HE--  
MORRÁGICA), O SER CONSECUTIVA A ENFERMEDADES INFECCIOSAS---  
(TIFOIDEAS, TUBERCULOSIS, DIFTERIA, ESCARLATINA, DIABETES,-  
MALASIA, GOTA) O PROVIENE DE ARICAMINOSIS (ESCORBUTO) O DE  
AFECCIONES HEPÁTICA, RENALES, NERVIOSAS O INTOXICACIONES --  
EXÓGENAS O ENDÓGENAS.

AÚN CUANDO SON RAROS LOS CASOS DE PACIENTES QUE SE PRE--  
SENTEN CON ENFERMEDADES HEMORRAGIPERAS EN EL CONSULTORIO,--  
ES CONVENIENTE QUE EL ODONTÓLOGO SE INFORME DE LOS ANTECE--  
DENTES DE LOS ENFERMOS QUE VAN A SOMETERSE A UNA INTERVEN--  
CIÓN QUIRÚRGICA, Y ASÍ EVITAR UNA HEMORRAGIA INESPERADA.

LA HEMORRAGIA SE PUEDE CLASIFICAR EN:

PRIMARIA.- COMO LA QUE OCURRE DURANTE LA OPERACIÓN; --

INTERMEDIA.- ES LA QUE SE PRESENTA DESPUES DE LAS 24--  
HORAS DE LA INTERVENCIÓN OPERATORIA.

SECUNDARIA.- QUE TIENE LUGAR DESPUÉS DE HABER PRACTICA--  
DO OPERACIONES BUCALES DE CIRUGÍA MENOR.

LAS HEMORRAGIAS INTERMEDIAS Y SECUNDARIAS SON POR LO -  
GENERAL MÁS GRAVES Y EMBARAZOSAS PARA EL DENTISTA, PUES GE--  
NERALMENTE OCURREN CUANDO EL PACIENTE HA ABANDONADO EL CON--

SULTORIO Y EL ODONTÓLOGO TIENE LA DESVENTAJA DE NO OBSERVAR EL VERDADERO ESTADO DEL ENFERMO, YA QUE ALGUNOS DE ELLOS -- CREEN QUE LA HEMORRAGIA ES UNA CONSECUENCIA NATURAL DE LA-- INTERVENCIÓN Y NO LE DAN NINGUNA IMPORTANCIA, SINO HASTA -- QUE LA PÉRDIDA DE SANGRE SEA ALARMANTE Y SE ENCUENTRA QUE - ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA HABLAR, DEBIDO A LOS GRANDES COÁGUU LOS DE SANGRE QUE TIENE EN LA BOCA. EN TODO CASO, EL DENTISTA DEBERÁ EXAMINAR AL PACIENTE PARA DARSE CUENTA EXACTA- DE SU VERDADERO ESTADO.

LA HEMORRAGIA INTERMEDIA O SECUNDARIA SE PRESENTA EN - PERSONAS QUE NO PADECE ENFERMEDADES DEL GRUPO "A" PERO SI - SUFREN DE OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS COMO LOS ENCASILLADOS-- DENTRO DEL GRUPO "B" O AQUELLOS OTROS QUE SANGRAN ABUNDANTEU MENTE POR CUALQUIER OTRA CAUSA, TIENEN A MENUDO LA DOBLE PEU NA DE SU ENFERMEDAD, PORQUE ADEMÁS ALGUNOS DENTISTAS O MÉDICOS SE NIEGAN A TRATARLAS, SOBRE TODO SI NO FUERON LOS QUE- PRACTICARON LA OPERACIÓN, POR TEMOR A QUE SOBREVENGAN CONSEU CUENCIAS Y RESPONSABILIDADES SERIAS, PERO NO SOLO ES EL DE- BER, SINO TODA LA OBLIGACIÓN MORAL DEL CIRUJANO DENTISTA Y- DE TODO MÉDICO, DE HACER A UN LADO TALES PREJUICIOS Y POR - LA ATENCIÓN QUE SE MERECE DICHOS PACIENTES. POR LO TANTO ES FUNDAMENTAL NO DEJAR MARCHAR AL PACIENTE AL DAR POR TER- MINADO EL TRATAMIENTO OPERATORIO, SINO HASTA QUE EL CIRUJA- NO DENTISTA SE HAYA CONVENCIDO DE QUE LA HEMORRAGIA HA SIDO

COMPLETAMENTE DETENIDA.

TODO PACIENTE DEBE SER SOMETIDO A UN TRATAMIENTO PREOPERATORIO. UNA DE CUYAS MEDIDAS CONSISTE EN DETERMINAR EL --- TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRADO. SI EL TIEMPO ES MUY PRO--- LONGADO, LA MEDICACIÓN PREOPERATORIA DEPENDERÁ DE LAS VARIA--- CIONES DE LO NORMAL Y DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO RESPECTIVO, SABIENDO QUE EL PROMEDIO DEL TIEMPO DE COAGULACIÓN ES DE 4 a 10 MINUTOS Y EL TIEMPO DE SANGRADO ES DE 1 a 5 MINUTOS, RESPECTIVAMENTE. CUANDO SUELE OCURRIR UNA VARIACIÓN NORMAL, ES CONVENIENTE VERIFICAR LAS PRUEBAS, Y SI EL TIEMPO DE COAGULACIÓN ES EXCEPCIONALMENTE LARGO, ESTÁ INDICADO EL TRATAMIENTO, YA SEA CON LA ADMINISTRACIÓN DE ANTICOAGULANTES POR VÍA ORAL O INTRAMUSCULAR.

TRATAMIENTO:

ES DE SUMA IMPORTANCIA ENTENDER Y COMPRENDER LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA HEMOSTASIA O SEA LA DETENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POR UNO O VARIOS PROCEDIMIENTOS, YA SEAN ESPONTÁNEOS, FISIOLÓGICOS, ARTIFICIALES O TERAPÉUTICOS. EL PRIMER PASO ES MUY ANTERIOR AL MOMENTO QUE SEDERRAMA LA PRIMERA GOTA DE SANGRE.

SI LA HEMORRAGIA PROVIENE DE LA MEMBRANA MUCOSA, PUEDE SER CAUSADA POR DAÑO A UN VASO PEQUEÑO QUE DEBE SER LOCALIZA-

DO Y LIGADO. SI EL VASO ESTÁ PRACTICAMENTE , SE TERMINARÁ LA DIVISIÓN, LO CUAL PERMITIRA QUE SE PRODUZCA LA CONTRACCIÓN DEL MISMO. SI LA HEMORRAGIA ES CAPILAR, BASTARA CON APLICAR UNA PRESIÓN FIRME POR MEDIO DE COJINETES O -- COMPRESAS DE GASA ESTERIL ADEMÁS DEL TAPONAMIENTO DEL ALVÉOLO CON ALGÚN CEMENTO QUIRÚRGICO (WANDER PACK, GELFUAN, ETC.) SE DEBERÁN ADMINISTRAR HEMOSTÁTICOS POR VÍA INTERNA. SI -- EXISTEN GRANDES COÁGULOS DE SANGRE SEMEJANTES A HEMATOMAS, -- DEBERÁN QUITARSE CON GASA ESTÉRIL, HACIENDO QUE EL PACIENTE MUERDA SOBRE UNA COMPRESA DE GASA CON SOLUCIÓN VIOLAFÓRMICA O SOLUCIÓN DE CHUNSK, DESPUÉS, PROCEDER CON LA ASEPSIA DE -- LA REGIÓN, PARA TERMINAR UTILIZANDO GELFUAN O WANDER PACK. LA HEMORRAGIA QUE PROVIENE DE LA PROFUNDIDAD DEL ALVÉOLO SE INHIBE ATACANDO A ESTE POR MEDIO DE FELFUAM, O SURGUEL, LAS SUTURAS BIEN HECHAS DETENDRÁN LA HEMORRAGIA DE LOS TEJIDOS-- BLANDOS, AUNQUE A VECES RESULTE NECESARIO LIGAR ALGÚN VASO-- REBELDE. LA HEMORRAGIA INTRAÓSEA SUELE CONTROLARSE MEDIANTE EL APLASTAMIENTO DEL HUESO ADYACENTE AL PUNTO SANGRANTE. POR ÚLTIMO, CUANDO EL TEJIDO DE GRANULACIÓN ES MUY VASCULARI ZADO Y SANGRA CON PROFUSIÓN DURANTE PERÍODOS PROLONGADOS, -- SUELE SER PRÁCTICO QUITAR TODO EL TEJIDO CON INFECCIÓN CRÓNICA DEL ALVÉOLO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE EXTRAÍDO EL DIENTE.

ADEMÁS, SE DARÁN INSTRUCCIONES NECESARIAS A LOS PACIENTES QUE SE LES HAYA PRACTICADO OPERACIÓN QUIRÚRGICA CON RES-



PECTO A LOS CUIDADOS QUE DEBERÁN TENER EN SU CASA, TALES COMO, EVITAR TODA CLASE DE EXCITACIÓN, USAR ALMOHADA ALTA Y NO SIEMPRE ESTAR SENTADO DURANTE EL DÍA, CONTROL DE HIGIENE, DEL DOLOR, DE DIETA, ETC.

EN CONCLUSIÓN, LA MAYORÍA DE LAS COMPLICACIONES PODRAN EVITARSE SI SE RESPETAN LAS TÉCNICAS APROPIADAS PARA LAS INTERVENCIONES OPERATORIAS, SI SE HACE EL DISEÑO APROPIADO DEL COLGAJO, SI SE EVITAN LOS DESGARRAMIENTOS DE LA MUCOSA Y SE HACE LA SUTURA ADECUADA, EN ESTAS CONDICIONES EVITAREMOS HEMORRAGIAS POSTOPERATORIAS.

COMPLICACIONES LOCALES EN RELACIÓN CON LA ANESTESIA POR INYECCIÓN Y COMENTARIO A LA SELECCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS

LA ANESTESIA ES LA FALTA O PRECAUCIÓN DE TODA SENSIBILIDAD. EN CAMBIO, LA ANALGESIA ES LA FALTA DE SUPRESIÓN DEL DOLOR EN TODO EL ORGANISMO O PARTE DE ÉL, SIN EMBARGO, EL USO HA ACEPTADO EL EMPLEO DEL TÉRMINO ANESTESIA, PARA SIGNIFICAR TAMBIÉN LA SUPRESIÓN DEL DOLOR, YA SEA PARCIAL O TOTALMENTE.

LA ANESTESIA LOCAL, COMO SU NOMBRE LO INDICA, CIRCUNSCRIBE SU ACCIÓN A UNA ZONA LIMITADA, DEJANDO INTACTA LA CONCIENCIA Y LA INTELIGENCIA, GRACIAS AL MENOR PELI--

GRO QUE TIENE, A LA MAYOR FACILIDAD PARA ADMINSTRARLA, AL NO REQUERIR PREPARACIÓN PREVIA PARA EL ENFERMO NI CUIDADOS POST OPERATORIOS, Y AL PODER DARLA EN EL SILLÓN DENTAL, ES DECIR- EN POSICIÓN SENTADA. LA ANESTESIA LOCAL SE HA IMPUESTO EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA, DENTRO DEL CONSULTORIO.

LOS ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL - DURANTE LA INYECCIÓN PUEDEN HACERSE MANIFIESTOS LOCALMENTE-- EN LA REGIÓN INYECTADA O HACERSE APARENTES: EN SU ACCIÓN GENERAL, SOBRE LA TOTALIDAD DEL ORGANISMO QUE PUEDEN PRODUCIRSE CON EL INSTRUMENTAL; ALGUNO DE ELLOS CON CARACTER PREVISI BLE Y EVITABLE Y OTROS NO. DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN -- ANESTÉSICA PUEDE HABER DERIVACIONES IMPUTABLES A LAS QUE DENOMINAREMOS COMPLICACIONES Y ENTRE LAS PRINCIPALES ENCONTRAMOS LAS SIGUIENTES:

- 1) AUSENCIA PARCIAL O TOTAL DE LA ANALGESIA.
- 2) LESIÓN VASCULAR CON FORMACIÓN DE HEMATOMA.
- 3) ZONA ISQUÉMICA.
- 4) ALVÉOLO SECO.
- 5) DOLORES Y PARESTESIA CONSECUTIVOS.
- 6) NECROSIS.
- 7) PARÁLISIS FACIAL
- 8) INFECCIÓN A CONSECUENCIA DE LA INYECCIÓN.
- 9) TRISMUS.
- 10) CONTRACTURA MANDIBULAR POR LESIÓN MUSCULAR.

- 11) ROTURA DE AGUJA.
- 12) SÍNCOPE.
- 13) ENFISEMA O INFILTRACIÓN GASEOSA EN EL TEJIDO--  
CELULAR.
- 14) PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA.

AUSENCIA PARCIAL O TOTAL DE LA ANALGESIA.

ESTE ES UN HECHO RARO, LAS CAUSAS ESTÁN SIEMPRE EN ----  
ERROR DE TÉCNICA, MENOS VECES EN LA INEFICIENCIA DE LA SOLU-  
CIÓN ANALGÉSICA Y TODAVÍA EN CASOS EXCEPCIONALES Y RAROS EN-  
CONDICIONES ANATÓMICAS ANORMALES.

SE PUEDE CONTAR CON EL FRACASO DE LA ANESTESIA POR IN--  
YECCIÓN, CUANDO DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL TIEMPO ORDINARIO-  
DE ESPERA NO SE PRESENTA NINGÚN SIGNO DE ACCIÓN ANALGÉSICA -  
EN EL DIENTE, EN EL MAXILAR O EN LAS PARTES BLANDAS CIRCUNVE  
CINAS. TOCANTE A ELLO, ES PERTINENTE CONSIDERAR QUE LA ---  
ANESTESIA EN LOS TEJIDOS Y ÓRGANOS INERVADOS POR EL TRIGÉMI-  
NO REPRESENTA EN DETERMINADA SUCESIÓN DE TIEMPO, ESTO ES, --  
QUE PARA UNA INTERVENCIÓN DE PULPA SE REQUIERE MÁS TIEMPO DE  
TOLERANCIA PARA EL ANESTÉSICO, QUE PARA UNA INTERVENCIÓN DE-  
MUCOSA. EN PARTICULAR, LA DURACIÓN DE ESPERA DEPENDE NATU-  
RALMENTE EN TODA ANESTESIA DE LA CONCENTRACIÓN DE LA SOLU---  
CIÓN; POR EJEMPLO PARA UNA SOLUCIÓN DE NOVOCAÍNA AL 4%, LA--

ACCIÓN SE PRESENTARÁ CON UNA MAYOR RAPIDEZ QUE PARA OTRA AL-  
2%.

EN GENERAL, SE PUEDE ASEVERAR QUE TRAS UN PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO CORRECTO, EN QUE LA SOLUCIÓN FUÉ APLICADA, POR -- EJEMPLO, EN LA PROXIMIDAD DEL TRONCO NERVIOSO, LOS PRIMEROS-FENÓMENOS DE DÉFICIT SENSITIVO SE PRESENTARÁN DESPUÉS DE 10-MINUTOS, SI LA ANALGESIA NO SE PRESENTA EN 5 MINUTOS MÁXIMO- EN MUCOSA Y PIEL, SE TRATA NOTORIAMENTE DE UN FRACASO.

#### LESIÓN VASCULAR CON FORMACIÓN DE HEMATOMA.

LOS HEMATOMAS SE PRESENTAN SOBRE TODO EN LA ANESTESIA-- POR CONDUCCIÓN, CON LA OCASIÓN DE LA BÚSQUEDA DEL LUGAR ADE- CUADO DE LA INYECCIÓN, SE LLEGA A LESIONAR UNO DE LOS CRUE-- SOS TRONCOS VASCULARES QUE ACOMPAÑAN AL NERVIIO, ORIGINANDO - UNA ACUMULACIÓN PERIVASCULAR DE SANGRE EXTRAVASADA. LOS HE MATOMAS MÁS FRECUENTES Y MANIFIESTOS, SE PRODUCEN DURANTE LA ANESTESIA EN LA TUBEROSIDAD MAXILAR.

#### TRATAMIENTO:

CUANDO SURGEN MOLESTIAS, SENSACIONES DE PENITUD, PUEDEN SER ÚTILES LOS APÓSITOS HÚMEDOS Y REFRIGERANTES. POR LO CO MÚN EL HEMATOMA ES UN FENÓMENO INNOCUO, QUE SOLO SE TORNA PE LIGROSO POR LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN. POR ELLO, SI EN -

SU TRANSCURSO EL HEMATOMA DETERMINA SENSACIÓN DE CALOR, DOLOR CRECIENTE, O FIEBRE, HAY QUE OCURRIR SIN DEMORA A LAS PENICILINAS O A OTRO ANTIBIÓTICO EFICAZ ADMINISTRADO POR VÍA INTRAMUSCULAR U ORAL Y POR ACCIÓN DIRECTA AL HEMATOMA. EN RAROS-CASOS, SERÁ NECESARIO PRACTICAR LA INCISIÓN DE LA COLORACIÓN-DE LA SANGRE.

#### ALVÉOLO SECO.

CAUSA DE DOLORES CONSECUTIVOS A LA INYECCIÓN, SE SEÑALA-A MENUDO EL LLAMADO ALVÉOLO SECO. CON ESTA EXPRESIÓN, NO SE QUIERE DECIR SOLO LA REPLECIÓN DE LA PARED ALVEOLAR QUE SI--GUE A LA DESINTEGRACIÓN DEL COÁGULO QUE LLENA AL ALVÉOLO TRÁS LA EXTRACCIÓN DENTARIA, SINO A LA AUSENCIA DE LA REPLECIÓN HE-MORRÁGICA DEL ALVÉOLO QUE ALGUNAS VECES SE OBSERVA. ESTE ES-TADO ESTRIBA EN UNA ISQUEMIA MUY INTENSA DE LOS TEJIDOS; COMO CAUSA SE CONSIDERA LA ADRENALINA EN LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, -COMO TAMBIÉN LA POSIBILIDAD DE UNA REACCIÓN ANORMAL INTENSA--DE LOS VASOCONSTRICTORES AL CONTENIDO ANORMAL DE ADRENALINA--DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA ORDINARIA.

LA RESEQUEDAD DEL ALVÉOLO, SE DICE, FAVORECE LA INFECC-IÓN DEL HUESO Y LA PRESENTACIÓN DE UNA NEURITIS, QUE TODAVÍA EXACERBA MÁS LOS DOLORES. EL TRATAMIENTO PRIMARIO DEL ALVÉO-LO SECO, EN CASO DE NO LOGRAR LLENARLO DE SANGRE POR LA INCI-

SIÓN DE LA CARA INTERNA DEL BORDE GINGIVAL DESPUÉS DEL ACERCAMIENTO DE SUS PROPIOS BORDES, CONSISTE EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR MEDIO DE LA ASEPSIA, ES MUY APROPIADAO IRRIGAR DESPUÉS DE LIMPIARLA CON SOLUCIÓN DE THIST AL 4%, SE REQUIERE DE SU CURACIÓN DIARIA HASTA QUE EL DOLOR DESAPAREZCA. CUANDO FRACASA DICHO TRATAMIENTO Y LOS DOLORES Y LA PARESTESIA APUNTAN A LA PERSISTENCIA O PRESENCIA DE UNA NEURITIS,-- ESTÁ INDICADO EL EMPLEO DE PENICILINA Y ANALGÉSICOS POR VÍA INTRAMUSCULAR U ORAL.

#### DOLORES Y PARESTESIA CONSECUTIVOS.

LOS DOLORES, LAS PARESTASIAS Y LAS ANESTESIAS PROLONGADAS POR INYECCIÓN, PUEDEN ESTAR CONDICIONADAS POR EL TRAUMATISMO MECÁNICO, QUÍMICO O LA INFECCIÓN.

EN CUALQUIER INYECCIÓN REALIZADA SE PRODUCEN CASI SIEMPRE DE MODO INEVITABLE CIERTAS ALTERACIONES DE LOS TEJIDOS Y SUSTANCIA INTRACELULAR, LO CUAL NO ES DE TRASCENDENCIA DELICADA. SIN EMBARGO, ALGUNAS SE PRESENTAN CUANDO ES SOBREPASADA LA TOLERANCIA DE LOS TEJIDOS Y SURGEN REACCIONES INFLAMATORIAS DOLOROSAS Y SE DETERMINAN LESIONES DE LAS PARTES -- AFECTADAS. ESTAS ALTERACIONES SE PRESENTAN SOBRE TODO CUANDO SE EMPLEAN AGUJAS GRUESAS, CHATAS O AFECTADAS DE LA PUNTA EN LUGAR DE FINAS Y BIEN AGUZADAS, QUE DEJAN A SU PASO UN--- TRAYECTO LISO EXENTO DE REACCIÓN TRAUMÁTICA.

TAMBIÉN POR VÍA QUÍMICA, SE PUEDEN PRODUCIR PERTURBACIONES CON LOS MISMOS SÍNTOMAS QUE CON LA LESIÓN TRAUMÁTICA. LOS TEJIDOS REACCIONAN ASINISMO A LAS SOLUCIONES ÁCIDAS, DEMODO TAL QUE SURGEN DOLORES CONSECUTIVOS, DESPUÉS DE LA ANESTESIA.

LA CONTAMINACIÓN BACTERIANA DE LAS AGUJAS ES UN HECHO - DE RELATIVA FRECUENCIA, HASTA EN LAS MANIOBRAS MÁS MINUCIOSAS, SU SECUELA HABITUAL ES UNA INFECCIÓN DE BAJO GRADO, LIMITADA. LAS TÉCNICAS INADECUADAS DE ESTERILIZACIÓN O DE -- CONSERVACIÓN DE LAS AGUJAS O MÉTODO DE MANIPULACIÓN POR EL-- DENTISTA, CONDUCE A DIFERENTES GRADOS DE CONTAMINACIÓN, --- SIENDO SU EFECTO MÁS FRECUENTE LA INFLAMACIÓN Y EL DOLOR.

NECROSIS:

LA NECROSIS DE LA MUCOSA SE OBSERVA CASI SIEMPRE COMO-- DEL RESULTADO DE LA INYECCIÓN; EN PALADAR DURO, SE ANUNCIA-- ANTE TODO POR UNA COLORACIÓN BLANQUECINA Y LUEGO ROJO AZULADA DE LA MUCOSA, DE CONTORNOS LIMITADOS. TODO COMO RESULTA DO DE UNA PRESIÓN EXCESIVA A LA APLICACIÓN DE LA INYECCIÓN-- ANESTÉSICA PALATINA. DICHA INYECCIÓN, SOLO SE DEBE APLICAR EN PEQUEÑÍSIMAS CANTIDADES DE SOLUCIÓN (0.2 a 0.3 cc) Y CON-- BASTANTE LENTITUD, LO QUE ES SUFICIENTE PARA SUPRIMIR EL DOL-- LOR EN LA REGIÓN DE UN DIENTE.

ASÍNISMO, LA ALTERACIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA DETERMINA LESIONES ADICIONALES Y FAVORECE LA PRESENTACIÓN DE NECROSIS POR ACARREAMIENTO MECÁNICO DE VESTIGIOS DE SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE QUEDAN EN LA JERINGA Y AGUJAS DESPUÉS DE LA ESTERILIZACIÓN Y LLEGA A LOS TEJIDOS CON LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA INYECTADA, INTENSIFICÁNDOSE EL RIESGO DE NECROSIS.

LAS NECROSIS OBSERVADAS EN LA MUCOSA DE LA BOCA DESPUÉS DE LA ANESTESIA POR INYECCIÓN, PUEDEN ESTAR CONDICIONADAS--- TAMBIÉN POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICA (LEUCEMIA, ANOMINOSIS, ESCORBUTO, ETC) Y NO ES RARO QUE TALES NECROSIS DEDUZCAN EL RECONOCIMIENTO DE UNA DE ESTAS ENFERMEDADES HASTA ENTONCES IRRECONOCIBLE, CUYO DIAGNÓSTICO SE ASEGURA DESPUÉS, POR EL EXAMEN DEL CUADRO HEMÁTICO.

EL TRATAMIENTO DE LAS NECROSIS TEXTUALES Y DE LAS ULCE-RACIONES ORIGINADAS POR LA APLICACIÓN DE LA INYECCIÓN ANESTÉSICA, ES PURAMENTE CONSERVADOR.

#### INFECCIÓN A CONSECUENCIA DE LA INYECCIÓN.

EN TODA CLASE DE ANESTESIA POR INYECCIÓN, SE PUEDE PRODUCIR UNA INFECCIÓN POR EL ARRASTRE DE GÉRMESES. COMO FACTORES CAUSALES, ENTRAN EN CONSIDERACIÓN LOS SIGUIENTES:

- A) DESCUIDO DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS- DEL CIRUJANO DENTISTA.



B) DEFICIENTE ATENCIÓN EN LA ESTERILIZACIÓN Y CONSERVACIÓN ASÉPTICA PARA EL INSTRUMENTAL EMPLEADO.

C) EMPLEO DE SOLUCIONES DE NO COMPLETA GARANTÍA, ES DECIR CONTAMINADAS.

LOS DIFERENTES ELEMENTOS SE COMPLETAN RECÍPROCAMENTE, PERO AL IGUAL QUE CADA UNO DE ELLOS PUEDEN ANULAR EL VALOR-- ASÉPTICO DE TODOS LOS DEMÁS O CONSECUTIVOS, POR CONSIGUIENTE EN CADA CASO TODO ES SIEMPRE DIFÍCIL ENCADENAR LO QUE HA PRO DUCIDO UNA INFECCIÓN POR DEFICIENCIA EN EL MANEJO DE UN ANES TÉSICO POR INYECCIÓN.

#### CENTRATURA MANDIBULAR POR LESIÓN MUSCULAR.

LAS POSIBILIDADES DE HACER DESCENDER LA MANDÍBULA SE -- PRESENTAN COMO UN FENÓMENO CONTAMINANTE EN DIFERENTES TIPOS-- CONSECUTIVOS A LA ANESTESIA POR INYECCIÓN. POR EJEMPLO, EN LA NECROSIS Y EN LA INFECCIÓN, HAY IMPOSIBILIDAD DEL MOVI--- MIENTO MANDIBULAR, TANTO COMO CUANDO LA INYECCIÓN HA SIDO -- REALIZADA EN EL SENO DEL MÚSCULO INTERNO A FAVOR DE UNA TÉCNICA DEFECTUOSA; ESTO SUCEDE CUANDO LA AGUJA SE INSERTA MUY-- ABAJO, O EL PACIENTE NO ABRE BIEN LA BOCA Y ASÍ LA INCISIÓN-- DE LA AGUJA SE HACE HACIA ARRIBA O HACIA ATRÁS DE LA TUBERO-- SIDAD MAXILAR Y SE INYECTA AL PTERIGOIDEO EXTERNO, CAUSANDO-- DOLOR POST-OPERATORIO DURANTE VARIOS DÍAS, PUES LA ABSORCIÓN DE LA ANESTESIA SERÁ LENTA, ACTUANDO COMO CUERPO EXTRAÑO, --

OCASIONANDO DOLOR, EDEMA Y TRISMUS, LO CUAL SUELE RETROCEDER EN POCO TIEMPO CUANDO NO SEA INYECTADA UNA SOLUCIÓN DEMASIA-DO ÁCIDA Y NO SE AÑADE NINGUNA INFECCIÓN CONSECUTIVA. SIN-EMBARGO, CUANDO LA LESIÓN TRAUMÁTICA ES MÁS INTENSA, SE PUE-DE PRESENTAR UNA PERTURBACIÓN FUNCIONAL MAS PROLONGADA QUE--PUEDE HACER NECESARIA LA APLICACIÓN DE FOMENTOS CALIENTES PA-RA ACELERAR LA REABSORCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, CON EL FIN DE CORREGIR LA CONTRACTURA MUSCULAR.

ROTURA DE AGUJA:

LA CAUSA DE LA ROTURA DE AGUJA, ES CASI SIEMPRE POR EL-EMPLEO DE TÉCNICAS INADECUADAS DURANTE LA INYECCIÓN Y LOS MO-VIMIENTOS DE DEFENSA INTERPOSITIVAS DEL PACIENTE. TAMBIÉN-POR EL EMPLEO DE AGUJAS INADECUADAS O QUE EN SU FABRICACIÓN-SE HAN EMPLEADO MATERIALES DE ÍNFIMA CALIDAD, ES DECIR, ACE-RO ORDINARIO NO FLEXIBLE Y DE ESCASA ELASTICIDAD.

LA IMPORTANCIA DE ESTE ACCIDENTE VARÍA SEGÚN SEA LA AGU-JA QUE SE FRAGMENTE Y LA REGIÓN DEL MAXILAR INTERESADO. NO SERÁ DE GRAVEDAD EL ACCIDENTE SI SE LOCALIZA LA PORCIÓN DE -LA AGUJA, COSA QUE ES POSIBLE CUANDO SE HALLA SUPERFICIALMEN-TE Y LA MUCOSA QUE LA CUBRE ES LAXA, BASTARÁ CON HACER UNA--INCISIÓN EN ÉSTA, PERPENDICULARMENTE EN DIRECCIÓN A LA AGUJA LO CUAL PERMITIRÁ ENCONTRARLA ENSEGUIDA Y RETIRARLA SIN DIFI-CULTAD. SI POR ESTAR A MAYOR PROFUNDIDAD O HALLARSE CUBIER

TA POR FEBRO-MUCOSA RESISTENTE NO FUERA POSIBLE DETECTARLA Y POR LO TANTO, NO SE CONOCIERA SU POSICIÓN ABSOLUTA, SE DEBERA TOMAR DE INMEDIATO UNA RADIOGRAFÍA Y DE ACUERDO CON ELLA, PROCEDER DE LA FORMA CITADA ANTERIORMENTE PARA SU EXTRACCIÓN SI LA ROTURA DE LA AGUJA SE PRODUCE DURANTE UNA ANESTESIA REGIONAL, EL ACCIDENTE PUEDE SER SERIO. ELLO CASÍ SIEMPRE -- OCURRE DURANTE EL CASO DE LA ANESTESIA DEL NERVI<sup>O</sup> DENTARIO-- INFERIOR, A LA ALTURA DE LA ESPINA DE SPIX Y LA AGUJA SE ROMPE EN EL SITIO DE LA SOLDURA DE CONO, ESTE ACCIDENTE SE PUEDE EVITAR, O POR LO MENOS REDUCIRSE AL MÍNIMO SUS CONSECUENCIAS, SI SE UTILIZAN AGUJAS DE ACERO INOXIDABLE SANAS, FLEXIBLES Y BASTANTE MÁS LARGAS QUE LAS QUE SE INTRODUCEN EN LOS TEJIDOS; ADEMÁS EL DENTISTA DEBE VIGILAR PERMANENTEMENTE LA MARCHA DE LA ANESTESIA, DE MANERA QUE SI TIENE LUGAR EL ACCIDENTE, NO PERMITIRÁ QUE EL PACIENTE CIERRE LA BOCA Y COMO AL PRODUCIRSE LA ROTURA QUEDA FUERA DE LOS TEJIDOS Y PERFECTAMENTE VISIBLE, PUEDE EXTRAÉRSELA SIN NINGUNA DIFICULTAD NI INCONVENIENTE POSTERIOR. SI EL MISMO HUBIERA SUCEDIDO, Y A PESAR DE TODAS LAS PRECAUCIONES, LA AGUJA DESAPARECIERA EN LOS TEJIDOS BLANDOS, DEBEREMOS PROCEDER A ELIMINARLA, COSA-- QUE NO SIEMPRE ES FÁCIL.

COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO ANTE LA RUPTURA DE AGUJAS:

EN TODO CASO HAY QUE DAR CONOCIMIENTO AL PACIENTE DEL ACCIDENTE DE UN MODO ADECUADO O CONVENIENTE, PARA CONVENCER-

LO A QUE SE SOMETA A LA EXTRACCIÓN OPERATORIA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE ROTO EL FRAGMENTO DE AGUJA; NO ASÍ SI ES DE NECESIDAD UNA FORMACIÓN QUIRÚRGICA SUFICIENTE, ES DECIR, DE UN ALTO GRADO DE DIFICULTAD QUE REQUIERE LA ATENCIÓN DE UN ESPECIALISTA Y ENTONCES SERÁ MEJOR TRANSFERIR AL PACIENTE CON EL ESPECIALISTA EXPERIMENTADO PARA LA EXTRACCIÓN DE LA AGUJA, DANDO LOS ANTECEDENTES NECESARIOS, TALES COMO: TÉCNICA EMPLEADA, LONGITUD DE FRAGMENTOS DE AGUJA ROTA, LUGAR EN QUE SE ENCUENTRA, ETC., PARA FACILITAR LA LABOR DEL ESPECIALISTA

#### ENFISEMA O INFILTRACIÓN GASEOSA.

EL ENFISEMA O INFILTRACIÓN GASEOSA EN EL TEJIDO CELULAR ES UN ACCIDENTE QUE SE PRESENTA ASÍ; TAN PRONTO COMO SE RETIRA LA AGUJA, EL CARRILLO EMPIEZA A INFLAMARSE EN UNA FORMA ALARMANTE Y AL HACER PRESIÓN EN LA PIEL, SE SIENTE UNA CREPITACIÓN CARACTERÍSTICA DE LAS BURBUJAS DE AIRE, ELLO Y POR LO REPENTINO DE SU APARICIÓN, HACEN INDISCUTIBLE EL DIAGNÓSTICO SI SE PRODUCE ENSEGUIDA, A VECES ES POSIBLE ELIMINAR UNA PARTE DE AIRE INTRODUCIDO PRESIONANDO LA PARTE AFECTADA CON RELATIVA INTENSIDAD.

#### PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA.

ES UNA COMPLICACIÓN QUE SE PRESENTA MUY A MENUDO, DURANTE UN TIEMPO MÁS O MENOR LARGO.

LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA REGIONAL DESAPARECEN GENERALMENTE ANTES DE TRES HORAS DE HABERSE REALIZADO, PERO A VECES PERSISTE POR ALGUNAS HORAS, DÍAS, SEMANAS O MESES. EL FENÓMENO ATRIBUIBLE A LA PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA PUEDE DEBERSE A LA LESIÓN O DESGARRAMIENTO DE LAS FIBRAS NERVIOSAS QUE HUBIERAN SIDO CORTADAS POR EL FILOSO BISEL DE LA AGUJA. LA SENSIBILIDAD DE LA ZONA AFECTADA SE RECUPERA MÁS O MENOS LENTAMENTE, PERO NO DEJA DE SER COMPLICACIÓN SUMAMENTE DESAGRADABLE PARA EL PACIENTE A QUIEN SE LE HACE CASÍ INTOLERABLE LA SENSACIÓN DE ANESTESIA; DESGRACIADAMENTE EL ÚNICO TRATAMIENTO CONOCIDO PARA ESTA CLASE DE TRASTORNOS, ES LA ACCIÓN DEL TIEMPO, PUES EN CASOS TRATADOS, LA ACCIÓN DEL CALOR Y LA ELECTRICIDAD NO HAN DADO RESULTADO.

EN CONCLUSIÓN, CUANDO SE APLICA UNA ANESTESIA POR INYECCIÓN, EL OPERADOR DEBE ORIENTARSE CON RESPECTO AL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE, ASÍ COMO TENER LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS PRINCIPALES DE LA ASEPSIA, LA ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA, CONOCIMIENTO DE TÉCNICAS PARA ANESTESIA POR INYECCIÓN, Y LOS CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS QUE SE REQUIEREN PARA EL ÉXITO DE UNA INTERVENCIÓN OPERATORIA. Y TODO UNIDO A UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, EVITARÁ LAS COMPLICACIONES QUE OSCILAN DESDE UNA ALERGIA LEVE HASTA EL COLAPSO TOTAL.

COMENTARIO A LA ELECCIÓN DE LA ANESTESIA.

LA ELECCIÓN ADECUADA DE LOS ANESTÉSICOS ES DE SUMA TRASCENDENCIA, YA QUE DE ELLA PUEDE DEPENDER EL ÉXITO O FRACASO DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN BOCA O DIENTE. NO EXISTE UN ANESTÉSICO QUE PUEDA SER CONSIDERADO EL MEJOR, PERO SI -- LOS HAY ADECUADOS PARA CADA CASO PARTICULAR Y PARA CADA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

SE DICE, QUE PARA LA ELECCIÓN DE UN ANESTÉSICO SE REQUIERE EXPERIENCIA, DISCERNIMIENTO CLARO Y BUEN JUICIO, EN ATENCIÓN A QUE EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE EL DENTISTA ESTÉ FAMILIARIZADO EN UN SOLO MÉTODO Y ADMINISTRA EL MISMO ANESTÉSICO A TODOS SUS PACIENTES, SIN CONSIDERAR LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES QUE SE PRESENTAN EN CADA ENFERMO. TODO CIRUJANO DENTISTA TIENE LA OBLIGACIÓN DE POSEER CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS NECESARIAS, LO MISMO PARA ADMINISTRAR UN ANESTÉSICO LOCAL, COMO GENERAL. SOLO ASÍ PODRÁ ELEGIR JUICIOSA Y DESAPACIONADAMENTE EL ANESTÉSICO QUE MÁS CONVenga Y EL QUE MENOS PELIGRO OPREZCA AL ENFERMO.

PARA SABER CUAL ES EL ANESTÉSICO MÁS CONVENIENTE, EL CIRUJANO DENTISTA ESTUDIARA LOS DATOS OBTENIDOS EN LA HISTORIA CLÍNICA, PRACTICADA A CADA UNO DE LOS PACIENTES, Y ASÍ VALORAR EL TIPO DE ANESTÉSICO QUE MÁS CONVenga A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y EL PACIENTE QUE VA A SOMETERSE A ELLA.

LA CAPACIDAD DEL ODONTÓLOGO PUEDE LIMITAR LOS ALCANCES-  
DE LA ANESTESIA O PROPORCIONARLA ADECUADAMENTE, YA QUE ES DE  
SU RESPONSABILIDAD LA ELECCIÓN ADECUADA O APROPIADA, ACEPTAN  
DO EL PRIVILEGIO Y LA RESPONSABILIDAD DE ESTA OPCIÓN.

LESIONES ACCIDENTALES Y COMPLICACIONES DE LA EXTRACCIÓN.

LAS EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS SE PRESENTAN EN TODA PRÁCTI  
CA DENTAL, MUCHAS DE ESTAS SON DE CONSECUENCIA SIN IMPORTAN-  
CIA, OTRAS ADQUIEREN PROPORCIONES MAYORES. POR ESO EL CIRU  
JANO DENTISTA DEBE ESTAR PREPARADO PARA ENFRENTARLAS CON ÉXI  
TO.

LA FALTA EN EL CONTROL DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN --  
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y OPERATORIOS, PRODUCEN LACERACIO  
NES, CORTES U OTRAS LESIONES. LOS ELEVADORES Y PINZAS PUE-  
DEN DESLIZARSE DE LA ESTRUCTURA DEL DIENTE Y SER INTRODUCI--  
DOS EN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LOS LABIOS, CARRILLOS, LENGUA,  
PISO DE LA BOCA Y PALADAR. DURANTE LA EXODONCIA ES POSIBLE  
FRACTURAR EL HUESO DEL ALVÉOLO ADYACENTE AL DIENTE, CAUSAR--  
FRACTURA DEL MISMO Y DESGARRAMIENTO DE LA MUCOSA. ADEMÁS,-  
LOS DISCOS, FRESAS Y OTROS INSTRUMENTOS ROTATORIOS QUE SE --  
UTILIZAN EN ODONTOLOGÍA, PUEDEN RESBALAR DE MANERA IMPREVIS-  
TA DE LA ESTRUCTURA DEL DIENTE Y LASTIMAR LOS TEJIDOS BLAN--  
DOS VECINOS.

ES POSIBLE PREVENIR ESTAS LESIONES PRESTANDO ATENCIÓN A LOS DETALLES Y UTILIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ADECUADAS QUE ASEGUREN LA APLICACIÓN CORRECTA DE INSTRUMENTOS Y EL ADECUADO APOYO DE LA MANO PARA LIMITAR EL MOVIMIENTO DE LOS MISMOS.

INCIDENTES QUE AFECTAN LAS PARTES BLANDAS TRÁS LA EXTRACCIÓN DENTARIA.

DESGARRAMIENTO DE LA MUCOSA:

NO DEBE PRODUCIRSE SI EL CIRUJANO DENTISTA HA TOMADO LAS PRECAUCIONES NECESARIAS PARA EVITARLA Y SE HA EMPLEADO UNA TÉCNICA CORRECTA. EL DESGARRAMIENTO EN LA MUCOSA SE DEBE A LA MALA COLOCACIÓN DE LOS MORDIENTES DEL FÓRCEPS SOBRE LA ENCÍA, ES FÁCIL QUE ESTA SEA DESGARRADA EN UNA EXTENSIÓN MÁS O MENOS GRANDE. EL PEQUEÑO DESGARRAMIENTO GINGIVAL, -- AUNQUE DEBE EVITARSE NO TIENE MAYOR IMPORTANCIA. PERO CUANDO RESULTA INTENSO, ES NECESARIO QUE RECIBA ATENCIÓN INMEDIATA.

LA HEMORRAGIA SE CONTROLA POR PRESIÓN, AUNQUE ALGUNAS VECES SE DEBERÁ COLOCAR UNA PINZA HEMOSTÁTICA Y LIGAR LOS VASOS GRANDES O PUNTOS DE HEMORRAGIA INTENSA Y TODO DE LO QUE SE REQUIERE ES RECOLOCAR LA MUCOSA Y SUTURA EN LA HERIDA, YA SEA DE FORMA INTERRUMPIDA O CONTINUA.



HERIDA DE TEJIDOS BLANDOS:

SE PRODUCEN HERIDAS PROFUNDAS CUANDO LOS INSTRUMENTOS - DE EXODONCIA, DISCOS O FRESAS SE APARTAN DEL DIENTE Y LACE-- RAN O DESGARRAN LOS TEJIDOS BLANDOS. A VECES SE AFECTAN VA S OS GRANDES, PRESENTÁNDOSE HEMORRAGIA PROFUNDA Y ALARMANTE;- CUANDO ESTO SUCEDE, SE REQUIERE PROCEDER CON CLARIDAD Y SERE NIDAD, EL CIRUJANO DEBE GUARDAR LA CALMA Y COMENZAR INMEDIA TAMENTE CON LOS MEDIOS NECESARIOS PARA DETENER LA HEMORRAGIA LO CUAL SE LLEVA A CABO UTILIZANDO UNA GASA ESTÉRIL BAJO --- FUERTE PRESIÓN DIGITAL SOBRE LA ZONA HEMORRÁGICA. SI CON - ESTE MÉTODO NO SE OBTIENE UN BUEN RESULTADO, SE LIMPIARÁ LA BOCA POR MEDIO DE SUCCIÓN; SE APARTARÁN LOS BORDES DE LA HE RIDA PARA LOCALIZAR LOS VASOS GRANDES AFECTADOS Y LOS PUNTOS SANGRANTES DE IMPORTANCIA; SE LES PINZARÁ Y LIGARÁ. YA LO GRADA LA HEMOSTASIA, SE SUTURARÁ LA HERIDA PARA EVITAR LA HE RIDA PARA EVITAR LA HEMORRAGIA POST-OPERATORIA.

HERIDA PUNTIFORME EN TEJIDOS BLANDOS:

DICHA HERIDA DE TIPO PUNTIFORME ES EL RESULTADO DE CAÍ DAS Y ACCIDENTES, MIENTRAS QUE SE TIENE UN INSTRUMENTO PUN-- TIAGUDO EN BOCA O CUANDO UN INSTRUMENTO DENTAL DE ESTAS CA-- RACTERÍSTICAS PENETRA CON FUERZA EN LOS TEJIDOS BLANDOS;---- CUANDO ESTO SUCEDE EN CARRILLOS, LABIOS, PALADAR BLANDO O -- LENGUA, ES POSIBLE QUE SE PRODUZCA UNA VERDADERA PERFORACIÓN QUE ES MÁS ALARMANTE QUE PELIGROSA. LA PUNCIÓN SANGRARÁ --

CON INTENSIDAD, LOS TEJIDOS SE UNEN PARA EVITAR LA HEMORRAGIA CUANDO SE RETIRA EL OBJETO. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN EXAMINAR LA HERIDA PARA TENER LA SEGURIDAD DE QUE NO QUEDA OBJETO EXTRAÑO ALGUNO, LAVARLA (ASEPSIA) CON SOLUCIÓN ANTISÉPTICA Y LOGRAR QUE CURE POR GRANULACIÓN, TOMANDO LAS MEDIDAS CONVENIENTES PARA EVITAR Y PREVENIR LA INSTALACIÓN DE UNA INFECCIÓN SECUNDARIA POR MEDIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS, YA SEA POR VÍA ORAL O INTRAMUSCULAR.

INCIDENTES DURANTE LA EXTRACCIÓN DE OTRO TIPO:

LESIONES EN EL HUESO:

DURANTE LA EXTRACCIÓN DIFÍCIL, SE FRACTURAN EN FORMA IMPREVISTA PORCIONES DE HUESO ALVEOLAR QUE SE HAYAN SOBRE EL DIENTE. ESTE HUESO FRACTURADO, PERMANECE ADHERIDO EN EL DIENTE O QUEDA EN LA HERIDA, SI EL HUESO SE ELIMINA JUNTO CON EL DIENTE, EL HUESO ALVEOLAR REMANENTE ALREDEDOR DEL ALVÉOLO QUEDA RUGOSO Y DESIGUAL; EN ESTE CASO, SE LEVANTA UN PEQUEÑO-COLGAJO MUCOPERIÓSTICO PARA LOGRAR EL ACCESO A LA ZONA Y RECOMODARLO, CUANDO EL HUESO QUEDA DENTRO DE LA ENCÍA HAY DOS CAMINOS POR SEGUIR: SI EL SEGMENTO ES PEQUEÑO, Y QUEDA SEPARADO DE LA INSERCIÓN PERIOSTICA SE ELIMINA Y SE PROCEDERÁ A HACER UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO; PERO SI EL TROZO DE PERIOSTIOES GRANDE Y QUEDA INTACTO, SE ACOMODA EN EL HUESO FRACTURADO-POR PRESIÓN DIGITAL Y SE ASEGURA CON SUTURAS HECHAS EN TEJIDO

BLANDO ADYACENTE.

LESIONES EN DIENTES VECINOS:

POR EL USO DESCUIDADO DE ELEVADORES Y PINZAS DE EXTRACCIÓN, ES POSIBLE LUXAR O FRACTURAR DIENTES VECINOS AL QUE SE EXTRAE. PRINCIPALMENTE SUELE OCURRIR AL REALIZAR UNA EXTRACCIÓN DE DIENTES APIÑONADOS O EN MALA OCLUSIÓN, LO QUE ES UN PROBLEMA POR LA DIFICULTAD DE APOYAR LA PINZA O EL ELEVADOR, PUES LOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN QUE HACEN LAS PINZAS CONTACTAN CON LOS DIENTES VECINOS Y LOS LESIONA; EL EMPLEO POCO PRUDENTE DEL ELEVADOR, DESPLAZA AL DIENTE VECINO DE LA PIEZA POR EXTRAER, ESTO SE EVITARÁ POR LA ADECUADA VALORACIÓN OPERATORIA EN CADA CASO Y POR EL CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA A SEGUIR.

CUANDO SE LESIONAN DIENTES VECINOS, EL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA GRAVEDAD DE LA LESIÓN. SI EL DIENTE POSEE UNA MOVILIDAD MÍNIMA, NO ESTÁ INDICADO TRATAMIENTO ALGUNO, YA QUE EL DIENTE SE REAFIRMARÁ POR SÍ SOLO. SI EL MOVIMIENTO ES EXCESIVO, SE FERULIZA AL DIENTE. CUANDO EL DIENTE SE DESPLAZA POR COMPLETO SE HARÁ UNA VALORACIÓN CUIDADOSA DE ÉL, SI TIENE POCO VALOR Y SE HALLA AFECTADO POR UN PROCESO PATOLÓGICO, NO HAY TRATAMIENTO, PUES DAREMOS POR EXTRAÍDAS AMBAS PIEZAS DENTALES. PERO SI EN CAMBIO ES UNA PIEZA DE SUMA IMPORTANCIA SE VOLVERÁ A ACOMODAR RÁPIDAMENTE EN EL ALVÉOLO Y SE ESTABILIZ

ZARÁ POR MEDIO DE FÉRULAS.

CUANDO SE FRACTURAN PEQUEÑAS PORCIONES DE DIENTES VECI--  
NOS, SE REMODELA Y PULE DICHA CORONA. SI SE HALLAN TROZOS -  
MÁS GRANDES, SE HACE UNA RESTAURACIÓN PERMANENTE. SI LA ---  
FRACTURA LLEGA A LA PULPA, SE HACE UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO  
INMEDIATO. TODO DESPUÉS DE DAR POR TERMINADA LA EXTRACCIÓN--  
DENTAL.

RAÍCES FRACTURADAS:

LAS RAÍCES QUE SE DEJAN EN EL HUESO DEL ALVÉOLO PUEDEN--  
LLEGAR A PRODUCIR PROCESOS PATOLÓGICOS, PERO CON MAYOR FRE---  
CUENCIA PERMANECEN DURANTE AÑOS SIN CREAR CONFLICTOS. NO--  
POR ELLO DEBEN ABANDONARSE RAÍCES FRACTURADAS Y MUCHO MENOS--  
CUANDO HAY POR REALIZAR APARATOS PROTÉSICOS.

UN HECHO FRECUENTE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA ES LA ---  
FRACTURA DE DIENTES DURANTE LA EXTRACCIÓN Y LA RETENCIÓN DE -  
RAÍZ EN EL PROCESO ALVEOLAR.

CUANDO SE EMPLEA UN LAPSO BREVE DE TIEMPO EN MANIOBRAS -  
SIMPLES PARA EXTRAER LA RAÍZ Y NO SE CONSIGUIÓ EL OBJETIVO, -  
SE DEJARÁ Y SE INSTITUIRÁ UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SIN MÁS  
DEMORA. SIEMPRE SE TENDRÁ PRESENTE QUE LA MOLESTIA POST-OPE  
RATORIA Y LA INFLAMACIÓN ESTÁN EN RELACIÓN CON LA DURACIÓN --  
DEL TIEMPO OPERATORIO Y EL MANIPULEO DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

UNA REMOCIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA SE DEFINE PARA NUESTROS PROPÓSITOS COMO UN PROCEDIMIENTO DONDE SE LEVANTA UN COLGAJO MUCOPERIÓSTICO.

COLGAJO QUIRÚRGICO EN LA ENCÍA.

LOS COLGAJOS QUE SE UTILIZAN EN EXODONCIA SE DIVIDEN EN TRES CATEGORÍAS Y SUS VARIANTES:

- 1.- COLGAJO CON INCISIONES VERTICALES.
- 2.- COLGAJO SIN INCISIONES VERTICALES.
- 3.- COLGAJO SEMICIRCULAR.

COLGAJO CON INCISIÓN VERTICAL:

ESTOS COLGAJOS SE DISTINGUEN POR UNA INCISIÓN HORIZONTAL O PARALELA AL PLANO OCLUSAL. EN ZONAS DESDENTADAS, LA INCISIÓN SE HACE SOBRE EL BORDE ALVEOLAR, CUANDO HAY DIENTES LA INCISIÓN BORDEA EL CUELLO DE ÉSTOS. CUANDO SE UTILIZA DENTRO DE SUS LIMITACIONES MUCHOS PREFIEREN ESTE TIPO DE COLGAJO; DICHAS LIMITACIONES DEPENDEN DE LA TENSIÓN SOBRE EL COLGAJO PARA TENER ACCESO AL CAMPO OPERATORIO.

LA TENSIÓN NO DEBE SER INTENSA O PROLONGARSE DURANTE MUCHO TIEMPO. CUANDO SE SUTURA ESTE TIPO DE COLGAJO, LA CURACIÓN ES MEJOR.

COLGAJO SEMICIRCULAR:

SE CARACTERIZA POR UNA INCISIÓN SEMICIRCULAR Y SE USA - ESPECIALMENTE CUANDO SE REQUIERE EXPONER HUESO EN LA ZONA -- DEL BORDE ALVEOLAR, DISTINTA DE LA CRESTA. ESTE PROCEDI--- MIENTO PRESENTA ALGUNOS PROBLEMAS DE CURACIÓN, EN EL PERÍODO POST-OPERATORIO; POR ELLO ES PREFERIBLE EL TIPO ANTES DESCRITO, CON EL CUAL SE CONSIGUE ACCESO POR MEDIO DE UNA INCISIÓN HORIZONTAL MÁS AMPLIA.

ADENÁS, PARA LA ELIMINACIÓN DE RAÍCES NO BASTA CON ---- ABRIR O PROCEDER A LA ELABORACIÓN DE UN COLGAJO, SINO QUE -- TAMBIÉN HAY LA NECESIDAD DE CORTAR HUESO. HAY TRES MÉTODOS PARA ESTO; CON UN ESCOPLA FILOSO, CON UNA FRESA O CON GUBIAS PARA HUESO.

CINCELES PARA HUESO:

HAY VARIOS TIPOS DE ESCOPLAS, PERO EN ESENCIA SON PARA-CORTAR O DIVIDIR. LOS ESCOPLAS DE CORTE TIENEN UN BISEL, - EL DESTINADO A DIVIDIR POSEE DOS BISELES. LOS FACTORES IM-PORTANTES PARA EL EMPLEO CORRECTO DE LOS ESCOPLAS SON: UBICA-CIÓN ADECUADA DEL ESCOPLA, RESPECTO DEL BORDE CORTANTE Y DEL ÁNGULO QUE SE HARA EL CORTE; EMPLEO CORRECTO DEL MARTILLO, - RECORDANDO QUE LA FUERZA EXCESIVA ES INNECESARIA Y POCO ÚTIL

VENTAJAS DE LOS ESCOPILOS:

CUANDO SUS BORDES SE MANTIENEN FILOSOS REALIZAN UN CORTE LIMPIO, RELATIVAMENTE ATRAUMÁTICO DEL HUESO, ES POR ELLO QUE LAS SECUELAS POST-OPERATORIAS SON MÍNIMAS; SE UTILIZAN SIN CORRIENTE DE SOLUCIÓN SALINA O AGUA, SE TRABAJA CON VELOCIDAD Y EFICACIA, MIENTRAS SE OBSERVAN LAS PRECAUCIONES NECESARIAS. LA VISIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO ES MÁS CLARA Y DESPRENDE MENOS ELEMENTOS.

DESVENTAJAS DE LOS ESCOPILOS:

UNA DE LAS DESVENTAJAS QUE PRESENTA EL EMPLEO DE LOS ESCOPILOS PARA ELIMINAR HUESO, ES QUE LA PROFUNDIDAD QUE PENETRA DEPENDE EN PARTE DE LA FUERZA DEL GOLPE DEL MARTILLO. EN MANOS POCO EXPERTAS EL MARTILLO DESCARGA FUERZA EXCESIVA CONTRA UNA RESISTENCIA DÉBIL Y PRODUCE UNA LESIÓN EN EL TEJIDO DURO O BLANDO, POR EJEMPLO, LACERACIONES EN EL TEJIDO BLANDO, FRACTURAS DE LÁMINA LINGUAL O DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA, PERFORACIONES DEL SENO O DEL PESO DE LAS FOSAS NAALES ESTAS COMPLICACIONES SON EL RESULTADO DE LA FALTA DE HABILIDAD O CUIDADOS EN LA CIRUGÍA.

FRESAS QUIRÚRGICAS:

LAS FRESAS QUIRÚRGICAS TIENEN FORMAS DIFERENTES, SEGÚN AL PROPOSITO QUE ESTÁN DESTINADAS. SON POR LO GENERAL, RE-

DONDAS Y DE FISURAS. EN ALGUNOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS LOS FACTORES POR OBSERVAR EN EL EMPLEO APROPIADO DE LAS FRESAS QUIRÚRGICAS SON: MANTENER UNA CORRIENTE DE AGUA ESTÉRIL O SOLUCIÓN SALINA NORMAL EN EL ESTILO DEL CORTE, PARA ELIMINAR EL CALOR GENERADO Y MANTENER LA VISIBILIDAD DEL CAMPO, - HACER APOYO ADECUADO CON LOS DEDOS PARA EVITAR DESPLAZAMIENTO Y LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDOS NO AFECTADOS, MANTENER FUERA DE LA FRESA EN MOVIMIENTO TODO EL TEJIDO BLANDO U OTROS MATERIALES, TALES COMO: GASAS, ALGODÓN, ESPONJAS Y EVITAR PRESIONES EXCESIVAS.

VENTAJAS DE LAS FRESAS:

LAS FRESAS SE EMPLEAN EN ZONAS DONDE EL HUESO ES MÁS DELICADO Y DONDE LA FUERZA DEL GOLPE CON MARTILLO Y ESCOPIO ES PELIGROSA. TAMBIÉN SON ÚTILES EN ZONAS INACCESIBLES PARA EL ESCOPIO.

DESVENTAJAS PARA LAS FRESAS:

LA FRICCIÓN GENERADA POR EL CORTE DEL HUESO O ESTRUCTURAS DENTARIAS CON FRESA, PRODUCEN CALOR. AUNQUE ESTE NO ES MUY IMPORTANTE CUANDO SE CORTAN SUPERFICIES DENTARIAS, ES LESIVO PARA EL HUESO CUANDO NO SE TOMAN MEDIDAS PARA ELIMINARLO EL RECALENTAMIENTO Y LA QUEMADURA DEL HUESO CAUSA LA NECROSIS DE LAS CÉLULAS ÓSEAS, CAUSANDO DOLOR POSTOPERATORIO Y A VECES



LLEVA A LA FORMACIÓN DE SECUESTROS.

LAS FRESAS SE ENREDAN CON LA GASA O EN LOS TEJIDOS BLANDOS Y CAUSAN LESIONES CONSIDERABLES. SON MAS FRÁGILES Y REQUIEREN FRECUENTE REEMPLAZO, DE MODO QUE SON MÁS CARAS.

GUBIAS:

LAS GUBIAS POSEEN LAS VENTAJAS DE ELIMINAR AL HUESO CON RAPIDEZ, PERO TIENEN LA DESVENTAJA DE QUE SE DEBEN COLOCAR UN EXTREMO ACTIVO DE CADA LADO DEL HUESO PARA ELIMINARLO Y CUANDO SE TRATA DE REMOVER RAÍCES, ESTO ES IMPOSIBLE.

ELIMINACIÓN DE RAÍCES:

LA ELIMINACIÓN DE RAÍCES DE DIENTES UNI-RADICULARES.- -- UNA VEZ PLANEADA LA VÍA QUIRÚRGICA DE ACCESO POR UTILIZAR, SE LEVANTA UN COLGAJO Y SE LLEVA A UNA PROFUNDIDAD TAL QUE PERMITE LA ELIMINACIÓN SUFICIENTE DE HUESO, COMO PARA FACILITAR LA ELEVACIÓN DE LA RAÍZ. EL HUESO SE ELIMINA HACIENDO CORTES VERTICALES, A TRAVÉS DEL HUESO PARALELOS A LOS MÁRGENES MESALES Y DISTAL DE LA RAÍZ. ESTOS CORTES SE PROLONGAN HACIA EL ÁPICE HASTA UNA DISTANCIA INTERMEDIA ENTRE LOS TERCIOS PRIMERO Y SEGUNDO DE LA LONGITUD DE LA RAÍZ. CUANTA MAYOR DIFICULTAD SE PRESENTA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA RAÍZ, TANTO MÁS APICALES SERÁN LOS CORTES. POR EJEMPLO, LOS CORTES SERÁN -- LLEVADOS MÁS HACIA APICAL, CUANDO SE ELIMINAN RAÍCES DE CANI-

NOS SUPERIORES, QUE DE INCISIVOS CENTRALES O LATERALES. ESTOS CORTES SE UNEN POR OTRO HORIZONTAL, ESTA INCISIÓN ES - POCO PROFUNDA MÁS COMO UNA INTENCIÓN, QUE COMO CORTE, YA QUE UN GOLPE BRUSCO PUEDE PASAR ATRAVÉS DEL HUESO Y SECCIONAR LA RAÍZ; PERO EL SECTOR APICAL PERMANECERA DENTRO DEL HUESO ALVEOLAR Y SERÁ NECESARIO ELIMINAR MAS HUESO PARA EXTRAERLO. SI EL FRAGMENTO DE HUESO NO SE HALLA LIBRE, SE COLOCA UN ELEVADOR RECTO ENTRE LA RAÍZ Y EL HUESO Y SE DESPLAZA HACIA VESTIBULAR. SE EVITA LA LESIÓN DE LAS RAÍCES DE DIENTES VECINOS, SI LOS CORTES SE HACEN A LA RAÍZ POR ELIMINAR.

UNA VEZ REMOVIDO EL HUESO VESTIBULAR, SE AFLOJA LA RAÍZ Y SE ELIMINA CON UN ELEVADOR RECTO, YA PERPENDICULAR A LA -- RAÍZ COMO SE DESCRIBIÓ ANTERIORMENTE.

#### ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE RAÍCES VESTIBULAR Y LINGUAL.

SE LEVANTA UN COLGAJO, SE ELIMINA EL HUESO COMO EN EL - CASO DE RAÍCES AISLADAS. SI LAS RAÍCES VESTIBULAR Y LINGUAL AUN SE HALLAN UNIDAS, POCAS VECES SE LES ELIMINARÁ POR MEDIO DE PINZAS PARA EXTRACCIÓN, PERO SI CON ELEVADOR RECTO QUE ACTÚE EN SENTIDO PARALELO A LAS RAÍCES. EL ELEVADOR SE APLICA ENTRE EL HUESO INTERDENTAL Y LAS RAICES, SE EJERCE PRESIÓN EN SENTIDO APICAL CON MOVIMIENTOS REPETIDOS DE ROTACIÓN LAS RAÍCES SE AFLOJAN Y SE EXTRAERÁN EN PARTE O EN FORMA TOTAL DE SUS ALVÉOLOS. SI SE DESTRUYEN PARCIALMENTE, SE TOMA UNA PINZA PARA RAÍZ Y SE EXTRAEN.

SI LAS RAÍCES SE HALLAN SEPARADAS EN LA BIFURCACIÓN, NO ES NECESARIO HACER EL COLGAJO Y ELIMINAR HUESO, YA QUE LAS RAÍCES ESTÁN RODEADAS DE HUESO ESPONJOSO, Y EL ELEVADOR SE INTRODUCE PARALELO A LAS RAÍCES PARA FLOJARLAS Y EXPULSARLAS.

ELIMINACIÓN QUIRURGICA DE RAÍCES DE MOLARES SUPERIORES:

SE LEVANTA UN COLGAJO Y SE ELIMINA HUESO COMO SE DESCRIBIO ANTERIORMENTE. SE QUITA SOLO LA CANTIDAD NECESARIA PARA EXPONER LA BIFURCACIÓN. UNA VEZ EXPUESTA ESTA HAY VARIOS CAMINOS PARA EFECTUAR LA EXTRACCIÓN. UNO DE LOS MÉTODOS CONSISTE EN SEPARAR LAS RAÍCES VESTIBULAR DE LA RAÍZ LINGUAL POR UNA ROTURA SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL Y COLOCAR DESPUÉS EL ELEVADOR DENTRO DE LA BIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES VESTIBULARES. SI SE UTILIZA EL HUESO ALVEOLAR COMO PULCRUM SE GIRA EL ELEVADOR EN LA BIFURCACIÓN Y LAS RAÍCES VESTIBULARES SE SEPARAN Y SE PODRÁN EXTRAER EN FORMA INDIVIDUAL. HAY CASOS EN QUE LAS RAÍCES VESTIBULARES SON MUY DIVERGENTES COMO PARA SEPARARSE POR LA ROTACIÓN DEL ELEVADOR Y ENTONCES SE DEBERÁ SEPARAR CON FRESAS QUIRÚRGICAS.

ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE RAÍCES DE MOLARES INFERIORES:

UNA VEZ LEVANTADO UN COLGAJO Y ELIMINANDO EL HUESO VESTIBULAR HACIA APICAL, HASTA EXPONER LA BIFURCACIÓN, SE PROCEDA A REALIZAR LOS SIGUIENTES METODOS DE ELIMINACIÓN.

CUANDO LAS RADIOGRAFÍAS CONFIRMAN QUE LAS RAÍCES NO SON TORTUOSAS, SE COLOCA UN ELEVADOR RECTO EN LA BIFURCACIÓN Y SE ELIMINAN LAS RAÍCES; SE UTILIZA COMO APOYO EL BORDE DEL-- HUESO VESTIBULAR. SI NO SE CONSIGUE ÉXITO, SE SEPARA LA-- RAÍZ MESIAL DE LA DISTAL, DESDE VESTIBULAR HACIA LINGUAL, -- DESPUÉS SE COLOCA UN ELEVADOR RECTO EN LA DIVISIÓN O CORTE Y SE EXTRAE UNA DE LAS RAÍCES. EL TIPO DE ELEVADOR VARÍA SE-- GÚN LAS SITUACIONES Y LA REFERENCIA DEL OPERADOR. EN CIER-- TOS CASOS SE EXTRAERÁN LAS DOS RAÍCES AL MISMO TIEMPO CON -- LAS PINZAS DENOMINADAS "CUERNO DE VACA" SI SE EXTRAJO UNA SO LA RAÍZ, SE ELIMINA LA QUE QUEDA CON UN ELEVADOR RECTO Y LAR GO O CON EL QUE PREFIERA EL OPERADOR.

#### ÁPICES PEQUEÑOS:

HASTA ESTE MOMENTO LOS PROCEDIMIENTOS SE ORIENTAN HACIA RAÍCES INTACTAS, SIN EMBARGO, SE PRESENTARÁN DESPUÉS QUE --- PLANTEARÁN PROBLEMAS ESPECÍFICOS DURANTE SU ELIMINACIÓN. LOS INCONVENIENTES MÁS COMUNES SE OBSERVARÁN EN INCISIVOS Y PRE-- MOLARES INFERIORES, PREMOLARES Y MOLARES SUPERIORES Y MOLA-- RES TEMPORALES.

HABRÁ MENOS COMPLICACIONES EN ELIMINAR UN ÁPICE, SI SE-- FRACTURA EN LÍNEA OBLICUA. ESTO PERMITE QUE LA RAÍZ SEA EX PULSADA DEL ALVÉOLO CON UN INSTRUMENTO FILOSO; DESPUÉS SE TO MA LA PUNTA DEL ÁPICE CON UNA PINZA HEMOSTÁTICA "MOSQUITO" Y SE RETIRA.

INCISIONES SUPERIORES E INFERIORES:

LOS ÁPICES SUPERIORES E INFERIORES NO OFRECEN DIFICULTAD DURANTE SU REMOCIÓN, PUES SON CÓNICOS Y SOLO REQUIEREN LA EFICAZ COLOCACIÓN DEL ELEVADOR ENTRE DICHO ÁPICE Y LA PARED DEL ALVÉOLO, EJERCIENDO PRESIÓN HACIA ARRIBA Y AFUERA. LA DIFICULTAD RESISTE EN QUE ESTOS SON TAN PEQUEÑOS Y QUE INCLUSO MEDIANTE UN EXAMEN MINUCIOSO DEL INCISIVO EXTRAÍDO, ES DUDOSO ASEGURAR QUE EL ÁPICE FUERA FRACTURADO. RARAS VECES ES NECESARIO LEVANTAR UN COLGAJO Y ELIMINAR HUESO PARA RETIRAR ESAS RAÍCES.

PREMOLARES INFERIORES:

SEGURAMENTE TODOS LOS CIRUJANOS EXASPERAMOS EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LA EXTRACCIÓN DE UN ÁPICE EN UN PREMOLAR INFERIOR. EL HUESO ES MUY DENSO EN ESA ZONA Y EL FORAMEN MENTIANO ES SIEMPRE UN RIESGO. LA COLOCACIÓN DE UN ELEVADOR--RECTO PARALELO AL ÁPICE ENTRE ESTE Y EL HUESO, A VECES DA RESULTADO. OTROS MÉTODOS QUE PUEDEN EMPLEARSE CON ÉXITO ES HACER UNA CANALETA ALREDEDOR DEL ÁPICE CON UNA FRESA DE FISURA Y DESPUÉS COLOCAR UN ELEVADOR RECTO A LO LARGO DE LA RAÍZ ROTANDO PRIMERO EN EL SENTIDO DE LAS AGUJAS DEL RELOJ Y DESPUÉS EN SENTIDO CONTRARIO. AL TRABAJAR LA PUNTA DEL ELEVADOR APURADAMENTE, EL ÁPICE SE DESPRENDERÁ DEL ALVÉOLO.

PREMOLARES SUPERIORES:

LA FRACTURA DE UNA O DE LAS DOS RAÍCES DE UN PREMOLAR-- SUPERIOR ES UN ACCIDENTE FRECUENTE. SI BIEN EL SENO MAXI-- LAR NO SE ENCUENTRA TANTO EN ZONA DE PREMOLARES COMO EN LA-- DE MOLARES, ES POSIBLE INTRODUCIR UN ÁPICE DE PREMOLAR EN LA CAVIDAD SINUSAL, CUANDO SE EJERCE PRESIÓN EXCESIVA APICAL -- CON UN ELEVADOR RECTO. ES ACONSEJABLE CUANDO SE UTILIZA ES TE INSTRUMENTO, EN CASOS COMO EL DESCRITO, USARLO COMO CUÑA, ROTÁNDOLO CON POCA O NINGUNA PRESIÓN APICAL. LA ELIMINA--- CIÓN DEL HUESO DEL TABIQUE CON UNA BAYONETA Y ALICANTES COR-- TANTES, ES ÚTIL, PUES CUALQUIER PRESIÓN EJERCIDA SOBRE UN -- ELEVADOR, SE DIRIGE HACIA LA LÁMINA ÓSEA VESTIBULAR O LIN--- GUAL.

MOLARES SUPERIORES:

SE TENDRÁ GRAN CUIDADO AL EXTRAER ÁPICES DE MOLARES SU-- PERIORES PARA NO FORZAR DENTRO DEL SENO MAXILAR. SE ACONSE JA USAR ELEVADORES RECTOS. ESTE ES UNO DE LOS CASOS EN QUE EL ACCESO LENTO Y TEDIOSO AHORRA TIEMPO Y TRAUMA. EL HUESO INTERSEPTAL SE ELIMINA CON UNA GUBIA SI SE ESTÁ SEGURO QUE - DICHA ELIMINACIÓN NO EXPONDRÁ LA MEMBRANA SINUSAL O PERFORA-- RA DICHA CAVIDAD. ENTONCES SE INTENTA DESPRENDER LA RAÍZ-- CON UN INSTRUMENTO AGUDO Y MUY DELICADAMENTE, POR MEDIO DE - LA SECCIÓN DE SU INSERCIÓN PERIODONTAL.

UNA VEZ FLOJO SE LE RETIRA DEL ALVÉOLO CON EL MISMO INSTRUMENTO. A VECES ES POSIBLE APRISIONAR EL APICE CON UNA PINZA "MOSQUITO" RECTA O CURVA. LA RAÍZ LINGUAL ES MÁS ANCHA Y MENOS FRÁGIL QUE LAS RAÍCES VESTIBULARES, Y SE INTRODUCE UN ELEVADOR RECTO ENTRE EL ÁPICE Y EL HUESO DE LA PORCIÓN LINGUAL DEL ALVÉOLO. SI SE EMPLEA ESTE MÉTODO DEBERÁ TENERSE CUIDADO DE NO PROYECTAR LA RAÍZ DEMASIADO VESTIBULAR Y -- ATRAVÉS DE LA DELGADA PARED ÓSEA SOBRE LA PARED VESTIBULAR-- DEL ALVÉOLO Y DE ESTE MODO HACIA EL SENO MAXILAR.

#### RAÍCES TEMPORALES:

ESTAS RAÍCES DE MOLARES TEMPORALES SE ELIMINAN CON FACILIDAD. POR LO GENERAL, LAS RAÍCES SON ESTRECHAS EN SENTIDO MESIODISTAL Y ANCHAS EN SENTIDO VESTIBULOLINGUAL Y CUALQUIER INTENTO DE APRISIONARLAS CON UN INSTRUMENTO PRODUCE SU APLASTAMIENTO. SE TENDRÁ PRECAUCIÓN PARA NO LESIONAR EL FOLÍCULO QUE SE HALLA ALOJADO DENTRO DE LA CURVATURA DE LAS RAÍCES TEMPORARIAS.

#### ÁPICES EN EL SENO MAXILAR:

CUANDO SE INTRODUCE UN ÁPICE DENTRO DEL SENO MAXILAR, - ES MENOS COMPLICADO Y PRUDENTE ELIMINARLO INMEDIATAMENTE. ES FUNDAMENTAL DISPONER DE LUZ ADECUADA PARA ILUMINAR EL CAMPO CUANDO SE TRATA DE RECUPERAR LA RAÍZ DEL SENO. SI LA -- ABERTURA ES SUFICIENTE, ES POSIBLE RECUPERAR LA RAÍZ.

LA SUCCIÓN ADECUADA, ASÍ COMO UNA PEQUEÑA CÁNULA CURVA, PUEDE RESCATAR LA RAÍZ. ESTE ES EL MÉTODO PREVIO A LA INTRODUCCIÓN DE CUALQUIER OTRO INSTRUMENTO DENTRO DEL SENOS, YA QUE CUALQUERA DE ESTOS LO ALEJA DE LA ABERTURA. LA INTRODUCCIÓN DEL EXTREMO DE LA CÁNULA A UNA PROFUNDIDAD APROXIMADA DE 5mm. DENTRO DEL ORIFICIO Y LA BÚSQUEDA EN LA PERIFERIA DEL MISMO, PERMITIRÁ SU VISUALIZACIÓN O SU RESCATE. SI ESTE PROCEDIMIENTO NO DA RESULTADOS POSITIVOS, SE DEBE INTRODUCIR A MAYOR PROFUNDIDAD LA CÁNULA DENTRO DEL SENOS Y REPETIR LA BÚSQUEDA. ESTO SE REPITE HASTA QUE SE HAYA CUBIERTO TODO EL PISO DEL ANTRO. SI EL ÁPICE SE ALOJÓ EN ALGUNO DE LOS PLIEGUES DEL SENOS, TAL PROCEDIMIENTO FRACASARÁ, ES CUANDO SE EMPLEA UNA CUCHARILLA PARA HUESO O UNA CUCHARILLA SINUSAL. LA TÉCNICA CONSISTE EN INTRODUCIR LA CUCHARILLA EN LA ABERTURA, TAN LEJOS COMO SEA POSIBLE, DESPUÉS APOYARLA SOBRE EL PISO DEL SENOS MAXILAR Y TRAER EL ÁPICE HACIA EL ORIFICIO, SE REPITE LA MANIOBRA HASTA HABER CUBIERTO TODO EL PISO DEL ANTRO. SI ESTE MÉTODO NO DA RESULTADO, SE HARÁN INTENTOS ALTERNOS, ANTES DE PROCEDER A LA ABERTURA DE OTRO ORIFICIO. UNA DE ESTAS CONSISTE EN LAVAR LA CAVIDAD SINUSAL CON SOLUCIÓN SALINA NORMAL ESTÉRIL, CON EL OBJETO DE DESPLAZAR AL ÁPICE Y BARRERLO HACIA EL ORIFICIO. OTRO, ES LLEVAR EL SENOS CON TIRAS DE GASA ESTERILIZADA DE 0.5cm. A 1.5cm. Y DESPUÉS RETIRARLAS. EL ÁPICE SE ADHIERE A VECES A LA GASA Y--



SE APROXIMA AL ORIFICIO O SALE POR ÉL.

SI LOS PROCEDIMIENTOS ANTERIORES FRACASAN O EL ORIFICIO ES MUY PEQUEÑO, SE TENDRÁ EN CUENTA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR UN COLGAJO VESTIBULAR Y PRACTICAR UNA VENTANA EN EL SENSO SOBRE LA ZONA DONDE SE PERDIÓ LA RAÍZ. LA VENTANA DEBE SER POR LO MENOS DE 1cm. DE DIÁMETRO. ESTO ES PRÁCTICO EN LA-- REGIÓN DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA, YA QUE EL HUESO ES MUY ESPESO EN DICHA ZONA Y LA VENTANA DEBERÁ DESPLAZARSE HACIA MESIAL. ATRAVÉS DE DICHA VENTANA SE VERÁ EL ÁPICE Y SE LE -- RESCATARÁ. SE CREA UNA NUEVA ABERTURA O NO SERÁ NECESARIO-- HACER UN COLGAJO PARA CUBRIR EL ORIFICIO ORIGINAL. SE ELIMINA UNA CANTIDAD ADECUADA DE HUESO VESTIBULAR PARA PERMITIR QUE EL COLGAJO SE APROXIME Y SE PUEDA SUTURAR AL TEJIDO PALA TINO SIN EJERCER UNA EXCESIVA TENSIÓN SOBRE EL TEJIDO. ES FUNDAMENTAL REALIZAR UN CUIDADOSO DESPRENDIMIENTO Y PULIDO - DE CUALQUIER PROMINENCIA ÓSEA ANTES DE COMPLETAR EL CIERRE.

RAÍCES QUE NO SE DEBEN ELIMINAR:

EN CIERTOS CASOS ES NECESARIO DECIDIR SI SE ELIMINA UN- ÁPICE O SE LE DEJA. MUCHOS NO COLOCARÁN UN APARATO DE PRÓ- TESIS QUE CUBRA UNA ZONA SOBRE UN RESTO RADICULAR. SIN EM- BARGO, SI NO SE HALLA PRÓXIMO A LA SUPERFICIE Y ES ASINTOMÁ- TICO TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, COMO DESDE EL RA- DIOGRÁFICO, ES PRUDENTE DEJARLO EN SU LUGAR.

SE DEJA UN ÁPICE ASINTOMÁTICO RESIDUAL, CUANDO SU REMOCIÓN PUEDE OCASIONAR COMPLICACIONES MAS SERIAS. TODA RADIO LUCIDEZ ALREDEDOR DE UN ÁPICE ELIMINA LA POSIBILIDAD DE IGNORARLO. UNA RAÍZ PRÓXIMA AL SENO DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR O A LA RAÍZ DE UN DIENTE CON VITALIDAD NORMAL, PRODUCE MÁS INCONVENIENTES AL ELIMINARLA, QUE SI SE OPTA POR LO CONTRARIO.

UN CASO QUE SE PRESENTA CON FRECUENCIA ES LA FRACTURA DE UN PEQUEÑO ÁPICE DE UNA RAÍZ PALATINA DELGADA DE UN TERCER MOLAR SUPERIOR. DURANTE SU EXTRACCIÓN ES POSIBLE LESIONAR TANTO EL SEGUNDO MOLAR, COMO EL SENO MAXILAR.

LA OBSERVACIÓN DE MUCHAS RAÍCES RESIDUALES ASINTOMÁTICAS EN EXÁMENES RADIOGRÁFICOS DE RUTINA, ES MUESTRA DE QUE SE LES PUEDE DEJAR CON ESPERANZAS RAZONABLES DE QUE NO HALLA COMPLICACIONES. NO SE ACONSEJA, SIN EMBARGO, QUE SE DEJEN ÁPICES SIN RAZÓN VÁLIDA.

#### OBTURACIONES DESPLAZADAS:

OTRO ACCIDENTE LAMENTABLE EN LA EXODONCIA ES EL DESPRENDIMIENTO DE UNA OBTURACIÓN DE UN DIENTE VECINO. ESTO ES FRECUENTE CUANDO SE EXTRAE UN TERCER MOLAR RETENIDO Y EL SEGUNDO MOLAR POSEE UNA RESTAURACIÓN DISTAL. ADEMÁS ES POSIBLE DESALOJAR CUALQUIER OBTURACIÓN DEL DIENTE VECINO, AL CO-

LOCAR EN FORMA INADECUADA LA PINZA O LOS ELEVADORES.

EL MEJOR TRATAMIENTO ES LA PRECAUCIÓN, EL USO PRUDENTE-  
DE LOS INSTRUMENTOS; PERO SIN EMBARGO, EL OPERADOR MÁS PRU--  
DENTE Y CAUTELOSO A VECES DESALOJA UNA OBTURACIÓN. SI AN--  
TES DE LA OPERACIÓN SE LE ACLARA AL PACIENTE LA POSIBILIDAD-  
DE QUE ESTO SUCEDA, LA ACEPTARÁ SIN DISCUSIÓN. CUANDO SE  
PRODUCE, EL OPERADOR CONTINUARÁ CON LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE  
Y DESPUÉS COLOCARÁ UNA OBTURACIÓN PROVISIONAL. MÁS ADELAN-  
TE SE HARÁ LA RESTAURACIÓN DEL DIENTE.

EXTRACCIÓN EQUIVOCADA DE UN DIENTE:

LA EXTRACCIÓN EQUIVOCADA DE UN DIENTE ES UN ACCIDENTE -  
LAMENTABLE, CUYO TRATAMIENTO POR SUPUESTO NO ES SATISFACTO--  
RIO. POR FORTUNA, ESTE ACCIDENTE SE EVITA CON FACILIDAD SI  
EL OPERADOR ESTÁ ALERTA Y SIGUE CIERTOS PRINCIPIOS IMPORTAN-  
TES. ES ACONSEJABLE PREGUNTAR AL PACIENTE CUAL ES EL DIEN-  
TE QUE SE HA DE EXTRAER. DESPUÉS DEBE DISPONER DE RADIOGRA  
FIAS Y POR ÚLTIMO EL OPERADOR CONCENTRARÁ TODA SU ATENCIÓN--  
EN EL PROCEDIMIENTO Y NO PERMITIRÁ QUE OTRAS DISTRACCIONES--  
INTERFIERAN EN SU TRABAJO.

LESIONES POR EXTRACCIONES EN NERVIOS Y VASOS SANGUÍNEOS:

LESIONES EN NERVIOS:

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS INTRAORALES LESIONAN NER

VIOS QUE CUBREN ZONAS DEL ROSTRO Y DE LA CAVIDAD BUCAL. LOS NERVIOS MÁS AFECTADOS SON EL DENTARIO INFERIOR Y MENTONIANO, Y EN RARAS OCASIONES EL LINGUAL. ALCUNAS DE LAS LESIONES--SON INEVITABLES, OTRAS SE PREVIENEN POR MEDIO DE TÉCNICAS --OPERATORIAS PULCRAS.

LOS TERCEROS MOLARES SE HALLAN INSTALADOS RESPECTO DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR, DE TAL MODO QUE LA EXTRACCIÓN DE LA PIEZA LLEGA A LESIONAR EL NERVIO. EL EMPLEO INDISCRIMINADO DE CURETAS, USO CIEGO DE ELEVADORES O ELIMINACIÓN DE --RAÍCES UBICADAS EN PROFUNDIDAD Y QUE SE APOYAN SOBRE EL NERVIO SON OTRAS CAUSAS DE LESIONES A ÉSTE.

LA RELACIÓN DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR CON SUS ESTRUCTURAS ASOCIADAS, SE DETECTA EN LAS RADIOGRAFÍAS PREOPERATORIAS. CUANDO EXISTE LA POSIBILIDAD DE LESIONAR NERVIOS, ES NECESARIO EXPLICAR ESTO AL PACIENTE ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, ASÍ SE REDUCE LA POSIBILIDAD DE QUE HAYA ALARMA-INDEBIDA POR LA INSENSIBILIDAD RESIDUAL.

EN GRAN PARTE DE CASOS, LA LESIÓN DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR NO ES GRAVE, PUES ESTE SE REGENERA Y LA SENSIBILIDAD VUELVE ENTRE 6 SEMANAS Y 6 MESES. CUANDO LA LESIÓN ALTERADA SE PROLONGA MÁS TIEMPO, EL EXAMEN DETALLADO REVELARÁ--QUE LAS PAREDES ÓSEAS DEL CONDUCTO SE HAYAN DESPLAZADAS DE --ÉL Y PRESIONAN SOBRE EL NERVIO. EN ESTOS CASOS, LA ELIMINA

CIÓN DE HUESO Y LA DESCOMPRESIÓN DEL TRONCO NERVIOSO FAVORECERÁ SU REGENERACIÓN Y EL RETORNO DE LA SENSIBILIDAD NORMAL.

EL NERVIO MENTONIANO SE LESIONA CUANDO SE USAN INSTRUMENTOS EN FORMA POCO PRUDENTE EN LA REGIÓN DEL FORAMEN MENTONIANO, O POR EL DISEÑO INAPROPIADO DE UN COLGAJO EN ESA ZONA CUANDO SE REQUIERE UNA CIRUGÍA EN LA ZONA DE PREMOLARES, SE TENDRÁ SIEMPRE PRESENTE LA POSIBILIDAD DE LESIONAR EL NERVIO Y SE PROCEDERÁ CON SUMO CUIDADO PARA NO HACERLO. CUANDO SE NECESITAN COLGAJOS DE TEJIDO BLANDO, SE HARAN DE TAL MANERA QUE EL NERVIO MENTONIANO QUEDE EN EL COLGAJO. AUNQUE ESTE PROCEDIMIENTO TRAUMATIZA EL NERVIO Y DA POR RESULTADO UNA PÉRDIDA RESIDUAL DE LA SENSACIÓN, ESTO ES TRANSITORIO Y EL ESTADO NORMAL VOLVERÁ EN POCO TIEMPO. SIN EMBARGO, SI SE LESIONA EN FORMA ACCIDENTAL O SE CORTA, ES REMOTA LA POSIBILIDAD DE QUE VUELVA LA SENSACIÓN.

ES POSIBLE LESIONAR EL NERVIO LINGUAL EN FORMA ACCIDENTAL DURANTE LA CIRUGÍA DE UN TERCER MOLAR INFERIOR O EN UNA CIRUGÍA INTRABUCAL, PARA ELIMINAR CÁLCULOS DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR. EL NERVIO LINGUAL SE HALLA INMEDIATAMENTE PORDEBAJO DE LA MUCOSA DE PISO DE BOCA, POR MESIAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DESCUIDADOS EN ESTA ZONA LESIONAN DICHO NERVIO. EL CONOCIMIENTO DE SU UBICACIÓN Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO CUIDADOSO EVITARÁN ESTA EMERGENCIA.

SI EL NERVIU LINGUAL SE HALLA NADA MÁS TRAUMATIZADO,-- SE REGENERAR, PERO SI ESTÁ CORTADO, LA PROBABILIDAD DE UNA VUELTA A LA FUNCIÓN NORMAL ES BASTANTE REMOTA, SALVO QUE SE SUTUREN LOS EXTREMOS SECCIONADOS.

LA LESIÓN DEL NERVIU NASOPALATINO NO TIENE CONSECUEN--CIAS Y NO HAY DISMINUCIÓN RESIDUAL DE LA SENSIBILIDAD. LA ELIMINACIÓN DE DIENTES DE RETENCIÓN PALATINA O DE QUISTES--DEL CONDUCTO INCISIVO REQUIEREN LA SECCIÓN DEL NERVIU MEN--CIONADO; LOS PACIENTES RARAS VECES SE QUEJAN DE PÉRDIDA DE--SENSIBILIDAD EN LA ZONA INTERVENIDA.

#### LESIONES DE VASOS SANGUÍNEOS:

LA LESIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS ES UN ACCIDENTE COMÚN EN LA CIRUGÍA INTRABUCAL. POR FORTUNA, LA MAYORÍA DE LOS VA--SOS SON DE CALIBRE REDUCIDO Y CUANDO SE SECCIONAN, LA HEMO--RRAGIA RESULTANTE SE CONTROLA POR PRESIÓN; PERO EXISTEN AL--GUNOS VASOS GRANDES Y LA HEMORRAGIA QUE DA LUGAR EXIGE HE--MOSTACIA Y LIGADURA.

LAS LESIONES EN LOS VASOS SON EL RESULTADO DEL TRAUMA--QUE AFECTA AL TEJIDO BLANDO U ÓSEO. LA HEMORRAGIA QUE SUR--GE DE VASOS UBICADOS EN EL HUESO PRESENTAN DIVERSOS CONFLIC--TOS, YA QUE LOS MISMOS SON INACCESIBLES Y NO SE PUEDEN LI--GAR.

LA EXTRACCIÓN DE DIENTES U OTRAS CIRUGÍAS PRACTICADAS EN EL MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR DAN LUGAR A HEMORRAGIAS INTENSAS. SON MÁS FRECUENTES CUANDO SE TRAUMATIZAN LOS VASOS DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR O CUANDO LOS VASOS NUTRICIOS DEL HUESO SE HALLAN INCLUIDOS EN EL CAMPO QUIRÚRGICO.

LA HEMORRAGIA QUE SE ORIGINA EN EL HUESO SE CONTROLA FACILMENTE POR PRESIÓN. EL EMPAQUETAMIENTO DE LA CAVIDAD CON GASA O AGENTES HEMOSTÁTICOS REABSORBIBLES DETIENEN EN FORMA INVARIABLE A LA SANGRE, SI SE UTILIZA GASA, ESTA SE DEJA DURANTE 5 a 10 MINUTOS Y DESPUÉS SE RETIRA CON CUIDADO. ESTO DETENDRÁ LA HEMORRAGIA INTENSA, PERO SI PERSISTIERA ÉSTA, SE VUELVE A UTILIZAR LA GASA DURANTE VARIOS DÍAS. ES MEJOR CONTROLAR ESTA SALIDA MENOR DE SANGRE, POR EL USO DE UN AGENTE HEMOSTÁTICO REABSORBIBLE QUE SE SUTURA EN LA HERIDA Y NO QUIERE SER RETIRADA.

CUANDO LA HEMORRAGIA PARTE DE UN VASO NUTRICIO, ESTE SE COMPRIME Y LA HEMORRAGIA SE DETIENE AL PRESIONAR EL HUESO CON UN INSTRUMENTO ROMO O COLOCANDO CERA DE HUESO EN LOS ORIFICIOS DEL CANAL NUTRICIO HEMORRÁGICO.

EN CONCLUSIÓN, LA MEJOR MANERA DE EVITAR UN ACCIDENTE ES NO DEJAR QUE SUCEDA. LA MAYORÍA DE LAS EMERGENCIAS DISCUTIDAS SON EVITABLES. LA OBSERVACIÓN DE SANOS PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS DE ACCESO ADECUADO, MANIPULEO CUIDADOSO DE LOS TEJI-

DOS, USO DE FUERZA CONTROLADA Y SOBRE TODO CONCENTRACIÓN Y--  
ATENCIÓN TOTAL SOBRE EL PROBLEMA, HARÁ QUE LAS EMERGENCIAS --  
QUIRÚRGICAS SEAN MUY REDUCIDAS.

A PESAR DE ESTOS RECAUDOS, LAS EMERGENCIAS SE PRODUCEN  
EN LAS PRÁCTICAS MÁS PUNTILLOSAS. POR ELLO, ENCUMBE A TODO  
DENTISTA INCLUIR LA CIRUCÍA EN SU PRÁCTICA, TENER CONOCIMIEN  
TOS Y HABILIDAD TALES QUE LE PERMITAN AFRONTAR CON ÉXITO DI-  
CHAS EMERGENCIAS CUANDO SE PRESENTEN.

#### ZONAS DE ISQUEMIA:

SE TRADUCE COMO UNA ANEMIA LOCAL EN LA CAVIDAD BUCAL --  
QUE SE PRODUCE CON FACILIDAD, YA SEA POR LA COMPRESIÓN DIGI-  
TAL DE UN PEQUEÑO TRONCO ARTERIAL O POR LA INYECCIÓN SUBMUQO  
SA DE SUSTANCIAS VASO-CONTRICTORAS, (ANESTESIA PRINCIPALMEN-  
TE) CUANDO FORMA PARTE SU COMPOSICIÓN LA ADRENALINA.

LAS LLAMADAS ZONAS ISQUÉMICAS EN DETERMINADAS PARTES DE  
LA CARA O DE LA CAVIDAD BUCAL SE CONOCEN POR LA NOTABLE PALI  
DEZ DE LA PIEL O DE LA MUCOSA. ESTA ISQUEMIA ES DEBIDA A -  
UNA VASOCONSTRICCIÓN PERIFÉRICA DE ORIGEN REFLEJO Y DESAPARE  
CE A LOS POCOS MINUTOS O A LO SUMO A LAS POCAS HORAS DE HA--  
BERSE DADO LA ANESTESIA. EN MÚY RARAS OCASIONES, CUANDO EL  
ANESTÉSICO NO HA SIDO ELIMINADO POR EL ORGANISMO, SE PROVOCA  
UNA NECROSIS DE LA PARTE AFECTADA.



EQUIMOSIS:

LA EQUIMOSIS COLORACIÓN QUE ADQUIERE LA PIEL O MUCOSA, -- LA QUE PUEDE SER AMARILLA, AZUL, VERDE, CASTAÑA O NEGRA Y--- QUE RESULTA DE LA EXTRAVASACIÓN DE LA SANGRE A CAUSA DE SU-- TRAUMATISMO. LA DIVERSIDAD DE COLORACIÓN SE DEBE A LOS DI-- VERSOS CAMBIOS QUÍMICOS QUE VA SUFRIENDO LA SANGRE HASTA SU-- ABSORCIÓN COMPLETA.

ESTO SE OBSERVA A VECES COMO UNA COMPLICACIÓN EN UNA EX TRACCIÓN DENTAL; CUANDO LA HEMORRAGIA POST-OPERATORIA NO HA-- SIDO CONTROLADA A LA PUNCIÓN ACCIDENTAL DE UN VASO. DURANTE-- LA ANESTESIA.

DESPUÉS DE VARIOS DÍAS LA MANCHA EQUIMÓTICA SE TORNA -- PRIMERO DE COLOR NEGRO AZULADO Y POR ÚLTIMO AMARILLA. EMI-- GRANDO LA EQUIMOSIS DESDE EL SITIO DE LA OPERACIÓN EN LA CA-- RA O MUCOSA HASTA EL CUELLO SUBSECUENTEMENTE A LA REGIÓN CLA VICULAR.

EL PROCESO EQUIMÓTICO PRESENTA VARIAS FASES:

- A) INFLAMACIÓN.
- B) EXTANSACIÓN Y ESTRASIS SANGUÍNEA.
- C) REABSORCIÓN DE LOS EXUDADOS.
- D) ANORMALIDAD DE LOS TEJIDOS.

TRATAMIENTO:

- 1) APLICACIÓN DE ANTI-INFLAMATORIOS POR VÍA --  
INTRAMUSCULAR U ORAL.
- 2) DOSIFICACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PARA PREVENIR--  
POSIBLE INFECCIÓN SECUNDARIA.
- 3) COLOCACIÓN DE FOMENTOS HÚMEDOS CALIENTES SO  
BRE LA REGIÓN AFECTADA.

TRISMUS:

SE DEFINE COMO CONTRACTURA DE LOS MÚSCULOS ELEVADORES DE LA MANDÍBULA, LO QUE MANTIENE EN CIERRE FORZOSO AMBOS ARCOS--  
DENTARIOS, ASÍ COMO INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA, INMOVILI--  
DAD DE LA MANDÍBULA DEBIDO A LA INFLAMACIÓN TEMPORAL DE LOS -  
LABIOS Y CARRILLOS O EL TRISMUS ASOCIADO CON UNA HERIDA O LE--  
SIÓN.

SU PATOGENIA CONSISTE EN UNA REACCIÓN INFLAMATORIA QUE -  
CAUSA ESPASMOS O TRISMUS DEL MÚSCULO MASETERO PTERIGOIDEO IN--  
TERNO, LA CUAL PUEDE SER CAUSADA POR LA INFECCIÓN DE TERCEROS  
MOLARES, ABUSOS, CARCINOMAS Y RARAMENTE POR TÉTANOS.

SINTOMATOLOGÍA:

EL ENFERMO O PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA EJERCER--  
LOS MOVIMIENTOS DE CIERRE Y APERTURA EN LA CAVIDAD BUCAL, DI--

CHO MOVIMIENTO DEL MAXILAR, CAUSA DOLOR Y GENERALMENTE EXISTE CONSIDERABLE INFLAMACIÓN GENERALIZADA EN LA CARA.

EL TRISMUS INDICA CASI SIEMPRE UNA SUPURACIÓN LOCALIZADA QUE DEBE CANALIZARSE Y GENERALMENTE ESTÁ SITUADA POR DETRÁS-- DE LOS TERCEROS MOLARES EN LA REGIÓN PARÓTIDA, DEBAJO DE LA MANDÍBULA O EN LA FARINGE.

LA LIMITACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS SE PRESENTA GRADUALMENTE O DE SÚBITO, DEPENDIENDO DE LA GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN. LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE LLEVA TIEMPO, YA QUE LA NATURALEZA DE DICHA ENFERMEDAD ES TEMPORAL Y DESAPARECE DESPUÉS QUE HA BAJADO LA INFLAMACIÓN Y LA INFECCIÓN HA DESAPARECIDO.

PARA EL TRATAMIENTO PUEDE AYUDAR EL USO DE ANTIBIÓTICOS-- PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN; DE ANTI-INFLAMATORIOS, -- ASÍ COMO DE FOMENTOS DE AGUA TIBIA PARA DISMINUIR LAS MOLESTIAS DEL DOLOR.

#### PARÁLISIS FACIAL:

EN EL TRANSCURSO DE NUESTRA PRÁCTICA PROFESIONAL HEMOS-- OBSERVADO VARIAS VECES LA PARÁLISIS FACIAL, DEL MISMO LADO EN QUE SE HA PUESTO LA INYECCIÓN ANESTÉSICA REGIONAL, EN EL NERVIJO DENTARIO INFERIOR. POCOS MINUTOS DESPUÉS DE HABER RETIRADO LA AGUJA, EL PACIENTE PRESENTA LOS SIGNOS CARACTERÍSTICOS DE ESTE ACCIDENTE, EL PÁRPADO CAÍDO, EL ALA DE LA NARÍZ--

DEPRIMIDA, LA MEJILLA FLÁCIDA Y LA BOCA TORCIDA. ESTA PARÁLISIS VA ACOMPAÑADA A VECES DE ANESTESIA DEL NERVI<sup>o</sup> DENTARIO INFERIOR Y DESAPARECE A LAS TRECE HORAS MAS O MENOS DE HABER SIDO APLICADA LA INYECCIÓN.

PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA PARÁLISIS FACIAL ES IMPORTANTE HACER LA DISTINCIÓN ENTRE SI SE TRATA DE UNA PARÁLISIS -- CENTRAL O PERIFÉRICA. EN LA PARÁLISIS CENTRAL, EL ENFERMO ESTÁ EN SITUACIÓN DE FRUNCIR LA FRENTE Y LEVANTAR LAS CEJAS, MIENTRAS NO LE ES POSIBLE CERRAR LOS OJOS, MOSTRAR LOS DIENTES Y PRACTICAR EL MOVIMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA MEJILLA. ESTO SE MANIFIESTA DE UNA FORMA ESPECIALMENTE EVIDENTE CUANDO SE HACE REIR AL PACIENTE O RIE ESPONTÁNEAMENTE. EN OPOSICIÓN A ESTO, EN LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA PARTICIPA-- SIEMPRE EL ASTA FRONTAL, DE MODO QUE EL ENFERMO NO PUEDE --- FRUNCIR LA FRENTE, NI TAMPOCO LEVANTAR LAS CEJAS. A ESTO-- HAY QUE AÑADIR EL FENÓMENO DEL BELL QUE CONSISTE EN QUE LOS OJOS DEL ENFERMO PERMANECEN ABIERTOS A PESAR DE LOS ESFUER-- ZOS QUE HACE PARA CERRARLOS Y TAMBIÉN EL GLOBO DEL OJO ESTÁ-- UN POCO VUELTO HACIA ARRIBA Y AFUERA, POR LO QUE LA Córnea - ESTÁ CUBIERTA POR EL PÁRPADO SUPERIOR, ADEMÁS ES DE PARTICU-- LAR IMPORTANCIA LA DIFERENCIA DE LA IRRITABILIDAD ELÉCTRICA, PUES EN LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA, LA EXCITABILIDAD FE-- RACIDA SE ENCUENTRA DISMINUIDA O SUSPENDIDA, MIENTRAS QUE EN LA PARÁLISIS FACIAL CENTRAL NO ESTA SUSPENDIDA O ALTERADA.

LA SENSIBILIDAD CUTÁNEA PERMANECE COMÚNMENTE EN LOS CASOS PERIFÉRICOS Y SOLO ALGUNAS OCASIONES SE ENCUENTRA UNA HIPOESTANCIA EN LA MISMA ZONA DEL TRIGÉMINO. EN LA PARÁLISIS CENTRAL EL RESULTADO DEPENDE DE LA SENSIBILIDAD DEL ESTADO NEUROLÓGICO GENERAL. CON FRECUENCIA SE OBSERVAN TRASTORNOS DOLOROSOS UNILATERALES DE LA LENTUA, COMO SÍNTOMAS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA CUERDA DEL TÍMPANO Y ADEMÁS TRASTORNO DE SECRECIÓN LAGRIMAL Y SALIVAL EN FORMA DE HIPERSECRECIÓN Y DE HIPOSECRECIÓN. LAS CAUSAS DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA PUEDEN SER DE DISTINTA NATURALEZA; AUNQUE ACTUALMENTE SE ADMITE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS TODAVÍA LA LLAMADA GÉNESIS REUMÁTICA, CORRESPONDIENDO CON LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA CON OTRAS MONEURITIS, CONSIDERÁNDOSE ENTONCES COMO CAUSA FUNDAMENTAL AL FACTOR MECÁNICO. ASÍ OBSERVAMOS QUE LA MAYORÍA DE LOS ENFERMOS CON PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA HAN SUFRIDO SUBITAMENTE SU PARÁLISIS DESPUÉS DE UN VIAJE POR FERROCARRIL. CUANDO SE ASOMA POR LA VENTANILLA DESPUÉS DE UN VIAJE POR AUTOMOVIL O POR HABER EXPERIMENTADO CUALQUIER OTRO TIPO DE ENFRENTAMIENTO POR CORRIENTE DE AIRE. SIN DUDA ALGUNA ESTA PARTICIPACIÓN EN LA ETIOLOGÍA ES LA MÁS ELEVADA Y FRECUENTE. OTRAS POR CAUSAS DE VERDADERO TRAUMATISMO A LOS QUE PERTENECEN TODAS LAS LESIONES OPERATORIAS DEL NERVIIO FACIAL O A OTROS PROCESOS PATOLÓGICOS; ENTRE ELLOS DEBEN MENCIONARSE LAS INTOXICACIONES, LAS INFECCIONES AGUDAS COMO LA ENCEFALITIS, EL HERPES ZOSTER Y POR-

ÚLTIMO LAS DISCRACIAS COMO LA AVITAMINOSIS, LA DIABETES MELLITUS.

COMO ES NATURAL, PARA EL ODONTÓLOGO TIENE UN INTERÉS -- ESENCIAL, LAS PARÁLISIS FACIALES DEBIDAS A LA RESECCIÓN DEL-MAXILAR, A LAS OPERACIONES PLÁSTICAS, A LAS EXTRACCIONES DEN-TARIAS Y A LOS PROCESOS INFLAMATORIOS EN LA REGIÓN DE LOS -- MAXILARES Y DE LOS DIENTES. EN LOS ÚLTIMOS PROCESOS, LA IN-FECCIÓN SE PROPAGA POR VÍA LINFÁTICA O HEMATÓGENA, DESDE EL-FOCO DENTARIO Y POR MEDIO DE LA ANASTOMOSIS DEL NERVIU TRIGÉ-MINO AL NERVIU FACIAL O A ESTE MISMO POR CONDUCTO DE LAS FI-BRAS NERVIOSAS SIMPÁTICAS. SEGÚN PARECE CUALQUIER IRRITA--CIÓN DE UN LUGAR DEL SISTEMA SIMPÁTICO EN LA CARA PUEDE PRO-DUCIR UNA ENFERMEDAD EN EL FACIAL O EN EL TRIGÉMINO, POR LO-QUE SE ADMITE UNA ENFERMEDAD NEUROVASCULAR, CORRESPONDIENDO-CON LAS OPINIONES EXPUESTAS EN LA NEUROLOGÍA.

PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL EXISTE UN -- GRAN NÚMERO DE MÉTODOS TRATÁNDOSE EN PRIMER LUGAR DE UN TRA-TAMIENTO INTENSO Y DIARIO POR LA APLICACIÓN DE CALOR Y A PAR-TIR DEL DÉCIMO DÍA DEL COMIENZO DE LA PARÁLISIS, LA APLICA--CIÓN INTENSA DE GALVANOTERAPIA. ESTE TRATAMIENTO DEBE IR--ACOMPAÑADO POR LA MEDICINA SIMULTÁNEA Y CONSTANTE DE PREPARA-DOS SALICÍLICOS Y ALTAS DÓISIS DE VITAMINA B.

EN LAS PARÁLISIS QUE PERSISTEN LARGO TIEMPO, SE MUESTRAN EFICACES LOS MASAJES PERMANENTES EN LA CARA. POR LO GENE--RAL, SE OBTIENE UN BUEN RESULTADO CON ESTA TERAPÉUTICA, AUN-QUE EXISTEN CASOS EN LOS CUALES LA PARÁLISIS PUEDE DURAR DU-

RANTE CASI UN AÑO HASTA QUE HAN DESAPARECIDO TODAS LAS MANIFESTACIONES. HAY QUE HACER CONSTAR QUE LOS ENFERMOS DEBEN-ABSTENERSE EN LA INFLUENCIA DEL FRÍO.

EN CONCLUSION, LA PARÁLISIS FACIAL ES LA PÉRDIDA DE LA-SENSIBILIDAD Y LA FALTA DE MOVIMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA-REGIÓN AFECTADA POR ÉSTA.

LA PARÁLISIS FACIAL DEPENDE DE LOS NERVIOS MOTORES, PUE-DE DEN OCACIONARSE POR LA INTERFERENCIA DE LA LESIÓN, PRESIÓN,-INYECCIÓN ANESTÉSICA O POR INVACIÓN MICROBIANA.

LOS NERVIOS MOTORES DE LA CARA DERIVAN PRINCIPALMENTE:

I.- FACIAL (VII PAR)

II.- TRIGÉMINO (V PAR)

III.- HIPOGLOSO (XII PAR).

EL FACIAL:

LA PARÁLISIS FACIAL PUEDE OCURRIR CUANDO AL BLOQUEO DEL NERVIJO ALVEOLAR INFERIOR, SE HACE AVANZAR LA AGUJA DEMASIADO PROFUNDO O A LO LARGO DEL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCEN--DENTE DE LA MANDÍBULA, SE APLICA UNA INYECCIÓN EN LA REGIÓN-DEL NERVIJO FACIAL.

LA PARÁLISIS QUE DE ESTA RESULTE, CON LOS SÍNTOMAS DE--DÉFICIT MOTOR DE LA CARA, ES CASI SIEMPRE INOFENSIVA Y DESA-

PARECE AL ELIMINAR LA ACCIÓN ANESTÉSICA INYECTADA.

LA PARÁLISIS DEL NERVILO TRIGÉMINO OCASIONA LA FALTA DE--  
LOS MOVIMIENTOS DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN.

SI LAS LESIONES O LA RESECCIÓN SON DEL GANGLIO DE GA---  
SSER, OCASIONARÁN LA ANESTESIA DE LOS MÚSCULOS, TEJIDOS DE--  
LA CARA Y BOCA, YA QUE RESIDE SU INERVACIÓN SENSITIVA EN LOS  
TRES TRONCOS DE DICHO GANGLIO, O SEAN MAXILAR SUPERIOR, MAXI  
LAR INFERIOR Y OFTÁLMICO.

LA PARÁLISIS DEL NERVILO HIPOGLOSO PUEDE SER DEBIDA A --  
TRAUMATISMOS O AL SECCIONAR AL NERVILO DURANTE OPERACIONES---  
QUIRÚRGICAS EN LA REGIÓN PAROTÍDICA O SUB-MAXILAR.

CUANDO SE PRODUCE LA LESIÓN, SOBREVIENE LA PARÁLISIS DE  
LA MITAD CORRESPONDIENTE DE LA LENGUA DESVIÁNDOSE ESTE ÓRGA--  
NO HACIA EL LADO PARALIZADO CUANDO EL PACIENTE TRATA DE MO--  
VERLO HACIA EL EXTERIOR.

TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL:

- A) DOSIFICACIÓN DE VITAMINA "B".
- B) APLICACIÓN DE FOMENTOS HÚMEDOS CALIENTES.
- C) ESTIMULACIÓN GALVÁNICA LIGERA UNA VEZ AL DÍA, --  
DE LOS MÚSCULOS PARALIZADOS. SI BIEN NO ES --  
ESENCIAL, RESULTA ÚTIL PARA MANTENER EL TONO --  
MUSCULAR.



LUXACIONES Y SUBLUXACIONES:

SON ACCIDENTES QUE TIENEN ESPECIAL INTERÉS PARA EL CIRUJANO DENTISTA, PUEDEN PRESENTARSE POR CUALQUER TIPO DE MOVIMIENTOS VIOLENTOS DURANTE LA EXTRACCIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS Y ENSEGUIDA EL PACIENTE TIENE DIFICULTAD PARA ABRIR O CERRAR LA BOCA PRODUCIÉNDOSE UN TRISMUS REFLEJO QUE FORMA -- UNA REACCIÓN INFLAMATORIA.

SE COMPENDEN COMO LUXACIONES Y SUBLUXACIONES DE LA ARTICULACIÓN TERMPOROMAXILAR A AQUELLAS LEGÍTIMAS LUXACIONES-- QUE NO RETROCEDEN ESPONTÁNEAMENTE Y EN LAS QUE LA REDUCCIONES SIEMPRE DIFÍCIL POR LA CONTRACCIÓN REFLEJA DE LA MUSCULATURA DE CIERRE. EL CÓNDILO ESTÁ FIJADO ELÁSTICAMENTE EN LA POSICIÓN DE LUXACIÓN O DE SUBLUXACIÓN. SI ESTA SITUACIÓN - SE REPITE FRECUENTEMENTE, PODRÁ DENOMINARSELE HABITUAL.

EN LA PRÁCTICA ES IMPORTANTE EL ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN-ARTICULAR. ENTONCES COMPROBAMOS QUE POR EJEMPLO HAY PACIENTES QUE HACEN ENTRAR EN JUEGO DEMASIADO PRECOZMENTE EL COMPONENTE DE DESLIZAMIENTO EN CADA MOVIMIENTO DE APERTURA. LOS PACIENTES INSTRUIDOS A LOS QUE SE PUEDEN HACER NOTAR LAS INTERDEPENDENCIAS, LAS COMPENDEN, SE LES ENSEÑA LO QUE EJECUTAN ERRONEAMENTE Y SE LES HACE PRACTICAR EJERCICIOS, A VECES DELANTE DE UN ESPEJO. SI TIENEN FUERZA DE VOLUNTAD Y SON - DISCIPLINADOS, SE PUEDE CONTAR CON EL ÉXITO SEGURO, DESPUÉS-DE ALGÚN TIEMPO. LA MALA COSTUMBRE EN PARTE YA DEMASIADO--ADQUIRIDA HA DE DESAPARECER Y CON ELLO LO HARÁN TAMBIÉN LOS-

OTROS SÍNTOMAS, COMO LAS ALGIAS Y CIERTAS FORMAS DE CRUJIDO; CUANDO SON UNILATERALES A MENUDO LA MODIFICACIÓN CONCIENTE - DEL PROCESO MASTICATORIO CONVIRTIENDO DE LADO DE LA LUXACIÓN O SUBLUXACION EL PROCESO MASTICADOR.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS LUXACIONES TÍPICAS NO --- PLANTEA DIFICULTADES. NO PUEDE PASARSE POR ALTO O INTERPONERSE EQUIVOCADAMENTE LA LUXACIÓN FIJADA ELÁSTICAMENTE DEL - MAXILAR DENTARIO. ALGUNAS VECES PUEDE PASAR INADVERTIDAMENTE LA LUXACIÓN DEL VIEJO DESDENTADO, AL NO SER TAN LLAMATIVO LOS SÍNTOMAS ANTERIORES DE LUXACIÓN POR LA FLACIDEZ MUSCULAR LA PÉRDIDA DE ELASTICIDAD DEL RECUBRIMIENTO CUTÁNEO Y LA POSICIÓN MAS BAJA DE LA OCLUSIÓN. CUALQUIER LUXACIÓN UNILATERAL ES MÁS FÁCIL DE DIAGNÓSTICAR QUE LA BILATÉRAL, DADA LA - POSICIÓN OBLICUA DEL MAXILAR INFERIOR. DE TODOS MODOS, HAY QUE TENER PRESENTE QUE LA LUXACIÓN UNILATERAL SOLO PRODUCE - LA POSICIÓN OBLICUA DEL MENTÓN, SIEMPRE QUE SE CONSERVA LA - CONTINUIDAD DEL MAXILAR INFERIOR. SI ESTÁ FRACTURADO POR - EL CUERPO DE LA MANDÍBULA O MAXILAR, SE PUEDE PASAR POR ALTO CON FACILIDAD UNA SIMULTÁNEA LUXACIÓN UNILATERAL, PORQUE APENAS PRODUCE SÍNTOMAS EN EL MAXILAR DESPROVISTO DE LAS PIEZAS DENTALES DISTALES.

LA RADIOGRAFÍA DE LA LUXACIÓN LEGÍTIMA ASEGURA QUE EL-- CÓNDILO HA SALIDO POR DELANTE DEL TUBÉRCULO ARTICULAR. SIN EMBARGO, TAMBIÉN PUEDEN VERSE A MENUDO IMÁGENES RADIOGRÁFI--

CAS PARECIDAS EN CASO DE CAPSULA ARTICULAR LAXA, SIN QUE SE LES CONCEDA NINGUNA IMPORTANCIA Y SIN QUE LO SEPAN LOS PACIENTES. ES NECESARIO ANTE LA RADIOGRAFÍA EL PRESTAR ATENCIÓN A LA DIFERENCIA DEL NIVEL EXISTENTE ENTRE EL CÓNDILO LUXADO Y EL PUNTO MÁS ALTO DEL TUBÉRCULO ARTICULAR, QUE ES MAYOR EN LA LUXACIÓN.

EL TRATAMIENTO DE LA MISMA CONSISTE EN LA REPESECIÓN BAJO NARCOSIS EN LA QUE JUNTO A LA ANALGESIA SE CONSIGUE LA RELAJACIÓN DEL REFLEJO TÓNICO MUSCULAR. EL DENTISTA SE PONE ANTE EL PACIENTE Y SUJETA CON AMBOS PULGARES LA ARCADE DENTARIA DEL MAXILAR INFERIOR, DESPUÉS LO EMPUJA HACIA ABAJO PARA PODER LLEVAR EL CÓNDILO PASÁNDOLO POR ENCIMA DE LA CÚSPIDE DEL TUBÉRCULO ARTICULAR HASTA SU PRIMITIVA POSICIÓN POSTERIOR. ESTA REDUCCIÓN SE HACE HABITUALMENTE CON UN RUIDO PERCEPTIBLE.

TEORICAMENTE CONOCEMOS UNA LUXACIÓN POSTERIOR Y OTRA CENTRAL. LA PRIMERA PUEDE PRODUCIRSE POR UNA PRESIÓN SÚBITA DEL MENTÓN, LA QUE SE HACE PRESIONANDO EL CÓNDILO CONTRA EL CONDUCTO AUDITIVO. GENERALMENTE LA BOCA ESTÁ ESCASAMENTE ABIERTA. LOS ÚLTIMOS MOLARES DEL MAXILAR INFERIOR SE ENCUENTRAN EN OCLUSIÓN DISTAL.

LA DENOMINADA LUXACIÓN CENTRAL ES POSIBLE EN LOS NIÑOS; EN LOS ADULTOS SOLO SON IMAGINABLES LOS TRAUMATISMOS DE ÉSTE

TIPO, DE PÉRDIDA DE ZONA DE APOYO DORSAL DEL MAXILAR SUPE---  
RIOR, PERO SIEMPRE HABRÁ DE TENERSE EN CUENTA QUE EN ESTOS -  
CASOS ACTÚA EL DISCO COMO AMORTIGUADOR. DE ACUERDO CON LA-  
EXPERIENCIA HABREMOS DE CONTAR MÁS BIEN CON UNA FRACTURA POR  
COMPRESIÓN DE LA CABEZA CONDILEA.

LAS SUBLUXACIONES TIENEN ESPECIAL INTERES PARA EL ODON-  
TÓLOGO PRÁCTICO. PUEDEN PRESENTARSE CON CUALQUIER TIPO DE--  
MOVIMIENTO DE APERTURA DE LA BOCA AL BOSTEZAS, EN INTERVEN--  
CIONES CONSERVADORAS, PERO SOBRE TODO EN LAS QUE SE EMPLEA--  
UNA CIERTA VIOLENCIA, TAL COMO LAS EXTRACCIONES DE PIEZAS --  
DENTARIAS INFERIORES. ENSEQUIDA EL PACIENTE SIENTE UNA ---  
CIERTA DIFICULTAD PARA ABRIR LA BOCA. ALGUNAS VECES SE PRO-  
DUCE CON RELATIVA BRUSQUEDAD UN TRISMUS REFLEJO QUE SE INTER-  
PRETA COMO COMPLICACIÓN INFLAMATORIA. SI PESE A TODOS LOS-  
ENSAYOS TERAPÉUTICOS POSIBLES NO MEJORA EL CUADRO, SI FRACA-  
SAN TODOS LOS TRATAMIENTOS, ENTONCES SE NOTA QUE EL PACIENTE  
ESTÁ RESIGNADO A UNA PAULATINA MEJORÍA DESPUÉS DE SEMANAS Y-  
MESES, QUE PUEDEN EXPLICARSE POR LA DISTENCIÓN DE LOS LIGA--  
MENTOS. SIN EMBARGO, PERMANECE INMODIFICADA LA POSICIÓN AL-  
TERADA Y PARA SIEMPRE TENDRÁ EL PACIENTE UNA CIERTA SENSAA--  
CIÓN DE DIFICULTAD EN ESA ARTICULACIÓN.

POR ESTAS RAZONES TIENEN ESTAS SUBLUXACIONES MÁS INTE--  
RES PARA EL ODONTÓLOGO QUE AQUELLAS GROSERAS LUXACIONES DEL-  
CÓNDILO QUE SE DIAGNOSTICAN CON FACILIDAD. LAS SUBLUXACIO-

NES SE DIVIDEN EN DISLOCACIÓN DEL DISCO HACIA ADELANTE Y HACIA ATRÁS, PUEDEN APRECIARSE AISLADAMENTE O EN COMBINACIÓN-- CON FRACTURAS EN LOS ACCIDENTES. ES MÁS DIFÍCIL EL DIAGNOSTICAR UNA SUBLUXACIÓN, DADO QUE ESPONTÁNEA Y ESPORÁDICAMENTE EL MAXILAR SE COLOCA EN REPOSO.

SOLO DESPUÉS DE LA CURACIÓN DE LAS FRACTURAS SE HACE PARENTE LA LESIÓN ARTICULAR. POR ESTA RAZÓN HEMOS DE PENSAR AL ENJUICIAR LOS ACCIDENTES EN ESTAS POSIBILIDADES Y RECURRER AL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO. EL JUICIO DEFINITIVO DE LOS ACCIDENTES QUE COMPROMETEN ESTA REGIÓN NO DEBE DARSE DEMASIADA PRONTO. SE HA DICHO POR DELANTE QUE CON FRECUENCIA UN TRISMUS REFLEJO PERTURBA EL CUADRO CLÍNICO DE ESTAS SUBLUXACIONES.

EN LA SUBLUXACIÓN DEL CÓNDILO POR DETRÁS DEL DISCO,--- AQUEL RESULTA RETENIDO AL ABRIR LA BOCA. POR ESTO SE DESVÍA EL MAXILAR INFERIOR AL LADO ENFERMO DURANTE LA APERTURA, PORQUE EL CÓNDILO DE ESTE LADO SE QUEDA RETRASADO EN RELACIÓN AL OTRO. COMO NO EXISTE DISCO EN LA REGIÓN DE LA CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL, PUEDE COMPRIMIR EL CÓNDILO DE ESTE LADO HACIA ARRIBA Y ATRÁS EL TEJIDO CONJUNTIVO DE LA CÁPSULA. DE ESTE MODO SE PRODUCEN LOS DESPLAZAMIENTOS LATERALES EN MAXILARES DENTADOS Y EN LOS CASOS BILATERALES, EVENTUALMENTE LA MORDIDA QUEDA ABIERTA.

EN LA SUBLUXACIÓN DEL CÓNDILO POR DELANTE DEL DISCO SE-  
ENCUESTRAN LOS SIGUIENTES DATOS CLÍNICOS:

EN EL LADO LUXADO ES POSIBLE ABRIR LA BOCA DEL TODO O--  
HAY LIMITACIÓN DE MUY ESCASO GRADO, PERO AL CERRAR LA BOCA--  
EL PACIENTE NO PUEDE JUNTAR LOS PREMOLARES Y LOS MOLARES CON  
LOS DEL OTRO LADO. TIENE LA SENSACIÓN DE UN CIERTO ACOLCHOQ  
NAMIENTO EN LA FASE FINAL DE OCLUSIÓN. SI SE OBSERVA CON--  
MÁS EXACTITUD, PODRÁ COMPROBARSE QUE SOLO FORZOSAMENTE PUEDE  
LLEVAR AL MAXILAR INFERIOR A LA POSICIÓN CORRECTA DE OCLU--  
SIÓN.

LAS RADIOGRAFÍAS DE ESTOS CASOS NO NOS PROPORCIONAN DA-  
TOS RELEVANTES; POR LO GENERAL SON PROBABLES LOS DESGARRES--  
DEL DISCO EN LOS PUNTOS DE INSERCIÓN DE LA MUSCULATURA Y DE-  
LOS LIGAMENTOS.

ESTAS SUBLUXACIONES HAN DE INCLUIRSE ENTRE LAS LEGITI--  
MAS LUXACIONES, PUES LOS CÓNDILOS TIENEN FIJACIÓN ELÁSTICA Y  
NO PUEDEN REDUCIRSE ESPONTÁNEAMENTE A LA ANTIGUA POSICIÓN.  
SOLO EN CONDICIONES DE RELAJACIÓN PROFUNDA CON NECROSIS PUE-  
DE SOLVENTARSE ESTA SITUACIÓN. DESPUÉS SIEMPRE ES USUAL---  
QUE EL TRAUMA ANTERIOR NO HAYA INDUCIDO OTRAS ALTERACIONES.  
POR LO TANTO, ES IMPORTANTE QUE SE PIENSE EN ESTOS HECHOS---  
CUANDO HAYA RAZÓN PARA ELLO.

ES EVIDENTE QUE NO HAY MÁS QUE UNA CONDUCTA A SEGUIR:

LA REPOSSICIÓN MÁS PRECOZ POSIBLE.

PARA OBTENER UNA RELAJACIÓN MUY PROFUNDA Y EL TIEMPO QUE NOS PERMITA UN TRABAJO CUIDADOSO, ESCOGEMOS LA NARCOSIS BREVE POR BARBITÚRICOS, EN COMBINACIÓN CON UN RELAJADOR MUSCULAR DE CORTA ACCION. EL EMPLEO DE FARMACOS RELAJADORES EN LA NARCOSIS INTRAVENOSA DE BREVE DURACIÓN HACE NECESARIO QUE LA INTERVENCIÓN SE REALICE EN UN HOSPITAL. SE COGE EL MAXILAR INFERIOR COMO EN EL CASO DE LA LUXACIÓN, SE PRESIONA HACIA ABAJO Y SE INTENTA PONER SUAVEMENTE EL DISCO MEDIANTE UN EMPUJE DE ADELANTE HACIA ATRÁS O POR TRACCIÓN DE ATRÁS HACIA ADELANTE, SEGÚN EL TIPO DE LUXACIÓN. PARA PREVENIR LAS RESIDIVAS, SE APLICA AL PACIENTE UNA FIJACIÓN INTERMAXILAR O UNA MENTONIANA

ADEMÁS DE ESTAS SUBLUXACIONES DE CÓNDILO POR DELANTE O DETRÁS DEL DISCO, HAY TAMBIÉN LUXACIONES DEL PROPIO DISCO, -- DESGARRES EN SU PORCIÓN ANTERIOR O POSTERIOR. PUEDEN PRODUCIRSE POR TRAUMATISMO O MEDIANTE LESIONES FUNCIONALES. TAMBIÉN ESTA LUXACIÓN DEL DISCO CONTRIBUYE A QUE LA FUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN SE ALTERE. SEGÚN SE LOCALICE EL DESGARRE -- DEL DISCO, YA SEA EN SU PORCIÓN ANTERIOR O POSTERIOR, PODRÁ-- SER RECHAZADO HACIA ATRÁS O HACIA ADELANTE. EL DESPLAZAMIENTO POSTERIOR PUEDE PRODUCIR UN BLOQUE DE LA PARTE POSTERIOR DE LA OCLUSIÓN. EL DESPLAZAMIENTO AL ESPACIO ANTERIOR PUEDE TENER POR CONSECUENCIA UNA DIFICULTAD EN LA ABERTURA DE LA BOCA. ESTA MISMA SITUACIÓN NO LA ENCONTRAMOS CUANDO EL CÓNDI-

LO SE HA DESPLAZADO AL PERDER LA ZONA DE APOYO Y EL DISCO IN  
TRAARTICULAR HA SIDO DESPLAZADO HACIA EL ESPACIO ANTERIOR.

LO MISMO PUEDE OCURRIR CON LAS PARTES LIBRES DEL DISCO-  
O DE LOS ELEMENTOS ÓSEOS ARTICULARES. EN ESTOS CASOS, CON-  
POCAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS NOS PRESTARÁ UNA BUENA AYUDA-  
LA RADIOGRAFÍA. SI EL DISCO SE ENCUENTRA COMPRIMIDO EN EL-  
ESPACIO CAPSULAR ANTERIOR O POSTERIOR Y TAMBIÉN A VECES EN -  
SENTIDO MEDIAL, PODREMOS VER EN LA RADIOGRAFÍA UNA APROXIMA-  
CIÓN DE LOS PLATILLOS OSEOS DEL CÓNDILO Y DEL TUBÉRCULO ARTI-  
CULAR.

ESTAS GRAVES LESIONES ARTICULARES EN LA LUXACIÓN DEL --  
DISCO NO TIENEN OTRA MANERA DE RESOLVERSE QUE LA QUIRÚRGICA,  
SIEMPRE QUE EXISTAN DOLORES. NO HAY MÁS REMEDIO QUE EX---  
TRAER LAS PORCIONES LESIONADAS DEL DISCO Y POSIBILITAR EL --  
FUNCIONAMIENTO ARTICULAR, SI BIEN DISTINTO, ES DECIR, CONVER-  
TIRLA EN UNA ARTICULACION SIN CAVIDAD GLENOIDEA TRASPORTABLE  
NATURALMENTE HABRÁ DE ADAPTARSE LA FORMA DE OCLUSIÓN NATURAL  
O ARTIFICIAL A ESTA NUEVA SITUACIÓN ARTICULAR Y HABRÁ DE CON-  
TINUAR LA OBSERVACIÓN DE LOS PACIENTES.

LAS FORMAS MÁS FRECUENTES DE LA LLAMADA LUXACIÓN HABI--  
TUAL PUEDEN DIAGNOSTICARSE CON FÁCILIDAD. ALGUNAS VECES --  
PUEDEN REDUCIRLAS EL PACIENTE MISMO, MEDIANTE ALGUNOS MOVI--  
MIENTOS DE RETROPULSIÓN. LA LUXACIÓN ELÁSTICA CON NECESI--  
DAD DE AYUDA MÉDICA O UNA CIERTA COLORACIÓN POR PARTE DEL PA



CIENTE Y LA REPETICIÓN DE LA MISMA.

A).- LA LUXACIÓN MENISCOTEMPORAL.

EN ELLA SE DESLIZAN SOBRE EL TUBÉRCULO ARTICULAR EL DISCO Y EL CÓNDILO JUNTOS. AL CERRAR LA BOCA RETROCEDEN ESPONTÁNEAMENTE A LA CAVIDAD GLENOIDEA. NO ES IMPRESCINDIBLE EL DESPLAZAMIENTO DEL CÓNDILO, CARACTERÍSTICA DE LA LUXACIÓN LEGITIMA.

B).- LA LUXACIÓN MENISCOCONDILEA.

ASÍ EN ESTA FORMA DE LUXACIÓN HABITUAL GUARDA EL DISCO SU POSICIÓN, EN TANTO QUE EL CÓNDILO SE DESLIZA HACIA ADELANTE SOBRE ÉL. EN ESTA POSICIÓN QUEDA FIJO EL CÓNDILO SOBRE LA POSICIÓN MÁS ALTA DEL TUBÉRCULO PARTICULAR MEDIANTE LA PORCIÓN ANTERIOR DEL DISCO Y LA OCLUSIÓN BLOQUEADA. POR EL REBOTE SOBRE EL TUBÉRCULO SE PRODUCE UN RUIDO CRUJIENTE. ALGUNAS VECES SE CONSTRUYE UNA NUEVA CAVIDAD GLENOIDEA EN ESTE PUNTO, POR LOS CHOQUES REPETIDOS DEL CÓNDILO SOBRE EL TUBÉRCULO ARTICULAR AL FIN DEL MOVIMIENTO DE APERTURA.

EL TRATAMIENTO SE EFECTÚA POR DISTINTOS CAMINOS:

- 1.- MODIFICACIÓN DEL MOVIMIENTO DE MASTICACIÓN.
- 2.- MEDIDA PROTÉSICAS.
- 3.- EVENTUAL TRATAMIENTO POR INYECCIONES.

#### 4.- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA ARTICULACIÓN.

NO ES SENCILLO EL PROCEDER TERAPÉUTICO PARA AQUELLAS -- FORMAS DE LUXACIÓN HABITUAL MENISCOCÓNDILEA QUE ES LA MÁS -- FRECUENTE. EN PRIMER LUGAR DEBE ENSAYARSE UNA TERAPÉUTICA- CONSERVADORA. POR EJEMPLO, SE SALE SIEMPRE O MÁS HABITUAL- MENTE EL CÓNDILO IZQUIERDO, ENTONCES HABREMOS DE INTENTAR CO- LOCAR EN UN REPOSO RELATIVO ESTA ARTICULACIÓN, PARA OBTENER- PAULATINAMENTE LA RETRACCIÓN DE LOS LIGAMENTOS CAPSULARES -- LAXOS. LO CONSEGUIMOS MANDANDO MASTICAR SOBRE EL LADO EN-- FERMO. CON ESTO NO SE PRODUCE DESPLAZAMIENTO DEL CÓNDILO, - EN TANTO QUE EL DEL OTRO LADO HABRÁ DE HACERLO DURANTE LA -- MASTICACIÓN. SI ESTE TIPO DE LUXACIÓN ES BILATERAL, SE HA- BRA DE ACONSEJAR A LOS PACIENTES EL ABANDONAR POR COMPLETO-- LOS MOVIMIENTOS LATERALES Y LLEVAR LA APERTURA DE LA BOCA -- HASTA EL PUNTO EN QUE APARECE HABITUALMENTE ESTA LUXACIÓN. LOS PACIENTES CONOCEN CON EXACTITUD ESTE MOMENTO, SIEMPRE -- QUE LO EJECUTEN CON DISCIPLINA Y LO REALICEN CONSCIENTEMENTE PUEDEN ESPERARSE BUENOS RESULTADOS.

SE HAN RECOMENDADO MEDIOS PROTÉTICOS PARA ESTAS FORMAS- DE LUXACIÓN HABITUAL, SE COLOCAN DISPOSITIVOS ADECUADOS EN-- LOS ÚLTIMOS MOLARES INFERIORES, SOBRE LOS QUE TROPIEZA AL -- ABRIR LA BOCA LA APÓFISIS CORONOIDES. TAMBIÉN SE RECOMIEN- DA LA SUJECCIÓN INTERMAXILAR TRANSITORIA MEDIANTE ANUDAMIENTO CON LA ESPERANZA DE QUE LA CÁPSULA Y SUS LIGAMENTOS SE RE---

TRAIGAN. SE HACE LLEVAR ESTA FIJACIÓN DURANTE UNAS CINCO O SEIS SEMANAS.

ES POSIBLE QUE TODOS ESTOS TIPOS DE FIJACIÓN NO TENGAN- OTRA FUNCIÓN O MISIÓN, QUE HACER CONSCIENTE EL MOVIMIENTO DE APERTURA PARA QUE ESTE SE LLEVE A CABO CON CIERTOS LÍMITES.

TAMBIÉN SE HAN RECOMENDADO LAS INYECCIONES ARTICULARES- CON LA IDEA DE LOGRAR RETRACCIÓN CAPSULAR, YA QUE ESTA NO ES TA DESPROVISTA POR COMPLETO DE RIESGOS, POR LO QUE SOLO DEBE HACERLA EL EXPERTO. CUANDO EL ÉXITO NO ES SEGURO, ES MEJOR LA UTILIZACIÓN DE MEDIOS QUIRÚRGICOS, YA QUE ESTOS IMPLICAN- MÁS POSIBILIDADES DE LOGRARLO.

ENTRE LAS POSIBILIDADES QUIRÚRGICAS SE ENCUENTRAN LAS - SIGUIENTES:

- 1.- EL DESPLAZAMIENTO HACIA DELANTE DEL DISCO.
- 2.- LA DESINSERCIÓN DE PTERIGOIDEO EXTERNO.
- 3.- OPERACIONES OSTEOPLÁSTICAS EN EL TUBÉRCULO ARTICULAR.
- 4.- LIMITACIÓN DE LA EXCURSIÓN ARTICULAR.

## CAPÍTULO II

### COMPLICACIONES GENERALES

ESTAS COMPLICACIONES SE DESARROLLAN PREFERENTEMENTE EN LOS INCIDENTES QUE PUEDAN PRESENTARSE DURANTE LAS INTERVENCIONES ODONTOQUIRÚRGICAS. DESPUÉS DE ESTAS SE DERIVAN OTRAS, DE CIRCUNSTANCIAS REFERENTES AL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE O A CONDICIONES LOCALES DE CAMPO OPERATORIO, ASÍ COMO SU VECINDAD.

POR LO TANTO, EL OPERADOR DEBE ORIENTARSE AL MENOS SOBRE EL ESTADO GENERAL DE LA SALUD DEL PACIENTE, TENIENDO EN CUENTA TODAS AQUELLAS ENFERMEDADES QUE INTERFIERAN EN EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO Y ESPECIALMENTE EN ENFERMEDADES DEL APARATO CARDIOVASCULAR, YA QUE EN ESTOS ENFERMOS SE PRESENTAN CONTRAINDICACIONES EN EL USO DE ANESTÉSICOS. ASÍ LA PRINCIPAL TAREA DEL CIRUJANO DENTISTA POR LO QUE ATAÑE A LAS COMPLICACIONES GENERALES, ES TRATAR DE PREVENIR PRIMERO, EVITAR Y ATENDER DESPUÉS TODOS AQUELLOS INCIDENTES QUE EVENTUALMENTE SE PRESENTAN EN EL EJERCICIO DE NUESTRA PRÁCTICA DIARIA.

HISTORIA CLÍNICA:

LA HISTORIA CLÍNICA ES LA RECOPIACIÓN DE DATOS SUBJETIVOS OBTENIDOS DEL PACIENTE Y EL EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO EFECTUADO POR EL DENTISTA. ESTOS SON ANOTADOS EN ANOTADOS EN TÉRMINOS MÉDICOS CON UN ORDENAMIENTO LÓGICO, LO CUAL NOS DÁ A CONOCER EL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE Y BÁSICAMENTE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA AFECTACIÓN QUE PRESENTA.

PROVEE LA CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO, ENFOCA LA ATENCIÓN A DETERMINADA ZONA Y LLAMA LA ATENCIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE ADOPTAR ESPECIALES PRECAUCIONES AL EFECTUAR LOS CORRESPONDIENTES TRATAMIENTOS.

LOS OBJETIVOS DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA SON:

- 1.- LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL TRASTORNO PRINCIPAL.
- 2.- DETERMINAR LA EXISTENCIA DE CUALQUIER FACTOR SISTEMÁTICO QUE PUEDA EFECTUAR LA FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.
- 3.- RECONOCER CUALQUIER ALTERACIÓN GENERAL QUE PUEDA REQUERIR PRECAUCIONES ESPECIALES ANTES O DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PARA PROTEGER LA SALUD DEL PACIENTE.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ALGUNAS VECES CONVIENE INICIARSE CON EL INTERROGATORIO-  
Y OTRAS HACIÉNDOLO EN PARALELO CON LA EXPLORACIÓN.

DEBERÁ LLEVAR UN ORDENAMIENTO CON LA FINALIDAD DE OBTEN-  
NER TODOS LOS ASPECTOS SIGNIFICATIVOS QUE ESTÉN VINCULADOS--  
CON LA AFECCIÓN PRESENTE.

DE SU EXACTITUD E INTEGRACIÓN DEPENDEN NO SOLO EL DIAG-  
NÓSTICO, SINO EL PRONÓSTICO Y TERAPÉUTICA CORRECTA.

EL DENTISTA DEBE ESTAR CAPACITADO PARA HACER UNA BREVE-  
HISTORIA MÉDICA.

CON FRECUENCIA ATRAVÉS DE DATOS IMPORTANTES PUEDEN RECO-  
NOCERSE ENFERMEDADES DE ORIGEN GENERAL Y DIVIDIR LA CONVE---  
NIENCIA DE REALIZAR UN TRATAMIENTO DENTAL.

ADEMÁS DEL SERVICIO DENTAL PUEDE PRESENTARSE UN SERVI--  
CIO MUCHO MAYOR AL PACIENTE MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO PRE--  
COZ DE CIERTAS ENFERMEDADES GENERALES.

DEBE TRATARSE AL PACIENTE COMO UN TODO Y NO LIMITARSE -  
EXCLUSIVAMENTE A LA BOCA.

LOS DATOS SE OBTIENEN POR MEDIO DE INTERROGATORIO O----  
ANAMNESIS, ASÍ COMO POR DIVERSOS MÉTODOS DE EXPLORACIÓN.

LA ASPIRACIÓN Y LA DEGLUCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS:

UNO DE LOS ACCIDENTES TEMIDOS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA ES LA ASPIRACIÓN O DEGLUCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS. ENTRE LOS MÁS FRECUENTES ENCONTRAMOS DIENTES FRAGMENTADOS DE ESTOS Y DE ESQUILAS ÓSEAS; AUNQUE CUALQUIER OBJETO COMO APÓSITO DE CASA, INCRUSTACIONES, CORONAS, PUENTES, DENTADURAS, ETC., -- PUEDE SER ASPIRADO O DEGLUTIDO. ESTOS ACCIDENTES A MENUDO-- RECLAMAN ASISTENCIA O REQUIEREN EN TODO CASO DE LA MÁXIMA--- ATENCIÓN Y MÁS CUIDADOSO SENTIDO DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL ODONTÓLOGO.

LA DEGLUCIÓN Y LA ASPIRACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS NO SON DE MODO ALGUNO ACCIDENTES RAROS; SEGÚN ESTADÍSTICAS, ENTRE-- LOS CUERPOS EXTRAÑOS QUE LLEGAN A LAS VÍAS AERÍFERAS O AL -- TRAMO SUPERIOR DEL ESÓFAGO, SE ENCUENTRA UN 25% DE PLACAS -- PROTÉTICAS, CORONAS, TIRANERVIOS, ENSANCHADORES, ETC.

EL INCONVENIENTE SURGE CUANDO EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS LOS DIENTES POR EXTRAER SE DESPRENDEN EN FORMA BRUSCA Y SORPRESIVA O CUANDO PORCIONES DE CORONA U OBTURACIONES-- DE DIENTES VECINOS CAEN SIN SER VISTOS DENTRO DE LA FARINGE.

ES PRECISO TENER TODA CLASE DE PRECAUCIONES PARA EVITAR ESTA EMERGENCIA. CUANDO SE TRABAJA BAJO ANESTESIA GENERAL-- SE COLOCARÁ SIEMPRE UN APÓSITO EN LA GARGANTA. CUANDO SE -- TRABAJA CON ANESTESIA LOCAL, SE TENDRÁ PRESENTE LA POSIBILI-

DAD DEL DESPRENDIMIENTO DE UN DIENTE U OTROS OBJETOS Y SE AC-  
TUARÁ CON EXTREMO CUIDADO PARA IMPEDIR QUE ESTOS CUERPOS SAL-  
GAN DE NUESTRO CONTROL.

UNA VEZ QUE EL CUERPO EXTRAÑO SE INTRODUJO EN LA GARGAN-  
TA, EL PACIENTE TOSE Y LO EXPELE. CUANDO UN OBJETO DESAPA-  
RECE EN LA ZONA POSTERIOR DE LA BOCA, SE INCLINA EL CUERPO -  
DEL PACIENTE HACIA ADELANTE, CON LA CABEZA ENTRE LAS PIERNAS  
PARA FAVORECER LA EXPULSIÓN. SI NO ES EFECTIVO Y PERSISTE-  
LA TOS, ESTÁ INDICADO HACER EL EXAMEN DIRECTO DE LA FARINGE-  
Y LA ELIMINACIÓN DEL CUERPO EXTRAÑO CON INSTRUMENTOS O CON--  
LOS DEDOS.

TODO OBJETO QUE SE HALLA EN LA FARINGE SERÁ EXPELIDO O-  
PASARÁ A LAS VÍAS RESPIRATORIAS O AL CONDUCTO DIGESTIVO.  
CUANDO UN CUERPO EXTRAÑO DESAPARECE EN LA GARGANTA Y NO ES--  
EXPELIDO POR EL PACIENTE O NO SE ELIMINA POR MEDIOS MECÁNI--  
COS, SE PLANTEAN DIFERENTES SITUACIONES. SI EL PACIENTE NO  
SUFRE DESEQUILIBRIOS RESPIRATORIOS, SE SUPONDRÁ QUE DICHO OB-  
JETO PASÓ EL TRACTO RESPIRATORIO O DIGESTIVO. SI SE HALLA-  
EN ESTE, NO SERÁ NECESARIO TRATAMIENTO ALGUNO, YA QUE PASARÁ  
EN FORMA INOFENSIVA POR EL ORGANISMO. SIN EMBARGO, SI SE -  
ALOJA EN EL RESPIRATORIO, DEBE SER ELIMINADO.

TRATAMIENTO:

ANTE LA DEGLUCIÓN DE INSTRUMENTOS, ES MENESTER PROCEDER



A UN ESTUDIO RADIOLÓGICO CUIDADOSO DEL TUBO DIGESTIVO, HASTA QUE EL CUERPO EXTRAÑO SEA ENCONTRADO Y EXTRAIDO, SI PASA AL APARATO DIGESTIVO SE RECOMENDARÁ AL PACIENTE SER MINUCIOSO Y ATENTO CRIBANDO LAS HECEES FECALES. A FIN DE FAVORECER EL TRÁNSITO IMPERTURBADO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS POR EL CONDUCTO GASTROINTESTINAL, ES CONVENIENTE Y PROVECHOSO SEGÚN LA GENERAL EXPERIENCIA HACER QUE EL PACIENTE COMA GRANDES CANTIDADES DE REPOLLO Y PURÉ DE PARA, Y EN TODO CASO, MENESTER SOMETER AL PACIENTE A OBSERVACIÓN EN UNA CLÍNICA QUIRÚRGICA, A FIN DE QUE NO SUFRA DEMORA LA PRACTICA DE UNA INTERVENCIÓN--EVENTUALMENTE PRECISA PARA LA EXTRACCIÓN DEL CUERPO.

ACCIDENTES DURANTE LA MENSTRUACIÓN:

MUCHAS MUJERES PADECEN DE MOLESTIAS EMOCIONALES DURANTE CIERTOS PERÍODOS DEL CICLO DE LA MENSTRUACIÓN, TRASTORNOS -- QUE PUEDEN SER INCREMENTADOS POR LA ANESTESIA O LOS TRATAMIENTOS DENTALES. POR ESTA RAZÓN, LA ANESTESIA GENERAL ES LA PREFERIDA EN LOS CASOS DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS, Y EN TALES SITUACIONES, ESTA DEBE SER CUIDADOSAMENTE CONTROLADA A FIN DE PREVENIR O TRATAR LA HISTERIA QUE PUEDE PRESENTARSE EN ESTAS ENFERMAS.

CUANDO SE UTILIZA LA ANESTESIA TOTAL EN ESTAS MUJERES, DISMINUYEN LAS MODIFICACIONES EMOCIONALES; PERO SE OBSERVA-- UNA CIERTA CAÍDA DE LA TENSIÓN SANGUÍNEA, CIRCUNSTANCIAS QUE

DEBEN PREVERSE. LA PREMEDICACIÓN SEDANTE CON BARBITÚRICOS- PUEDE DAR BUENOS RESULTADOS. DEBE PROCURARSE UNA ADECUADA- RESPIRACIÓN Y MANTENERSE ESTA A NIVELES DE OXÍGENO APROPIADO LO CUAL SE LOGRA CON LA POSICIÓN DE TRANDELENBURG O LA PRONO INCLINADA, YA QUE DICHA POSICIÓN INCREMENTA EL RETORNO VENO- SO AL CORAZÓN Y AYUDARÁ A RESTAURAR Y MANTENER DICHA TENSIÓN.

LA INHALACIÓN RESPIRATORIA CON 100% DE OXÍGENO ASEGURA- UNA ADECUADA OXIGENACIÓN DE LA SANGRE DURANTE EL PERÍODO EN- QUE LA RESPIRACIÓN DISMINUYE O CUANDO EL VOLUMEN PERIÓDICO-- PUEDE CRECER. SI LAS REACCIONES SON EL RESULTADO DE UNA -- SENSIBILIDAD AL AGENTE ANESTÉSICO O DE TRASTORNOS EMOCIONA-- LES, LAS CONSECUENCIAS SON MENORES POR EL HECHO DE QUE LA -- REACCIÓN PUEDE SER TRATADA EXITOSAMENTE, LO QUE IMPLICA EL-- INMEDIATO RETORNO DEL ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE A LA NOR- MALIDAD.

EN CONCLUSIÓN, ESTOS ACCIDENTES SON POCOS Y RAROS Y CA- SI TODOS SE DEBEN A LAS ALTERACIONES NERVIOSAS; ESTE ESTADO- FISIOLÓGICO SE CITA GENERALMENTE COMO UNA CONTRAINDICACIÓN-- PARA LA EXTRACCIÓN DENTARIA, YA QUE PUEDE ACARREAR UNA COM-- PPLICACIÓN DEBIDO AL CHOQUE PSÍQUICO, O BIEN AL AUMENTO DE -- CANTIDAD DE SANGRE ELIMINADA.

A MENOS QUE LA OPERACIÓN SEA URGENTE, ES MEJOR EVITAR - LA ANESTESIA DURANTE EL PERÍODO MENSTRUAL. EN ALGUNAS PA-- CIENTES EL SISTEMA NERVIOSO ES MÁS INESTABLE DURANTE DICHO--

PERIODO Y POR ESTA CAUSA MUCHAS MUJERES PUEDEN ATRIBUIR TRASTORNOS A LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANESTÉSICO DURANTE EL CICLO MENSTRUAL.

POR ESTOS MOTIVOS SERÁ ACONSEJABLE EVITAR LAS EXTRACCIONES O CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA BOCA, SUPRIMIENDO EL DOLOR CON ANALGÉSICOS Y CURACIONES.

ACCIDENTES DURANTE EL EMBARAZO:

MUCHOS DENTISTAS QUEDAN PERPLEJOS ANTE LA PREGUNTA DE CUANDO PUEDEN TRATAR CON SEGURIDAD A UNA PACIENTE EMBARAZADA TAMPOCO ÉSTA Y SUS FAMILIARES LO SABÍAN MUY BIEN.

COMO CONSEJO GENERAL, LA FUTURA MADRE DEBE TENER UNA BUENA ASISTENCIA DENTAL, PERO MUCHA GENTE CREE QUE ÉSTA SE REDUCE A LA PROFILAXIS Y RESTAURACIONES SIMPLES Y QUE CUALQUIER PROCEDIMIENTO RESTAURATIVO O QUIRÚRGICO SE DEBE POSPONER HASTA TERMINAR EL EMBARAZO. ELLO SE BASA DE MANERA PRIMARIA SOBRE EL TEMOR DE PRODUCIR ABORTO O DAÑO FÍSICO AL FETO, ELLO TIENE SU FUNDAMENTO EN EL HECHO DE QUE EN ALGUNOS CASOS DE EXTRACCIONES SE PRODUJO ABORTO O MAL PARTO, TIEMPO MÁS TARDE, LO CUAL NO TIENE RAZÓN DE SER.

UNA COMPRESIÓN DE LA FISIOLÓGÍA DEL EMBARAZO ES REQUISITO PREVIO PARA EL MANEJO ADECUADO DE ESTAS PACIENTES, LO CUAL LAS AYUDA A DISPERSAR SUS TEMORES Y ANSIEDADES, MISMO QUE A MENUDO SE TRASMITEN AL PROFESIONAL. LA PACIENTE EMBARAZADA

RAZADA SE TRATA COMO A CUALQUIER MUJER ADULTA QUE ENTRA EN EL CONSULTORIO. MÁS RECIENTEMENTE SE OPINA QUE EL EMBARAZO EN UNA MUJER SANA NO ES CONTRAINDICACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES O CIRUGÍA. LAS BASES DE LA ANSIEDAD SE ENCUENTRAN EN EL HECHO DE QUE LA MUJER ABORTA POR CAUSAS QUE NO SE CONOCEN CON CLARIDAD. CUANDO SUCEDE ESTE ACCIDENTE POCO AFORTUNADO, HAY UNA TENDENCIA A CULPAR A ALGO O A ALGUIEN. ESTO NO DEBE IMPEDIR AL MÉDICO EL BRINDAR UN CUIDADO ADECUADO, -- ALIVIAR EL DOLOR Y ELIMINAR LA SEPSIS BUCAL. POR OTRA PARTE, EL EMBARAZO PRODUCE MUCHOS CAMBIOS EN LA FISIOLÓGIA DEL ORGANISMO, QUE HACE QUE ESA PACIENTE REQUIERA UN TRATAMIENTO ESPECIAL. EN ESTE TIPO DE ENFERMAS LA RESPUESTA AL ESFUERZO SUELE SER EXAGERADO Y POR ELLO ES DE IMPORTANCIA CAPITAL-- CONSEGUIR QUE SE ENCUENTREN RELAJADAS DURANTE LA CONSULTA,-- SE ACONSEJA QUE ANTES DE CONSEGUIR ESTO, EL PROFESIONAL SE-- QUIEN DEBÍA ESTAR RELAJADO.

COMO SE HA DICHO, MUCHAS PERSONAS CREEN QUE SE CAUSA -- UNA LESIÓN SERIA AL FETO POR MEDIO DEL MANIPULEO FÍSICO, INCLUSO EN EXTRACCIONES U OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES. SE DEBE TENER PRESENTE QUE CUALQUIER CORRELACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO DE LA MADRE Y LA MORTALIDAD FETAL, NO SE BASA NECESARIAMENTE SOBRE UNA DIRECTA RELACIÓN DE EFECTO Y CAUSA. EN OTRAS PALABRAS NO SE HA DEMOSTRADO QUE UNA EXTRACCIÓN O UNA OBTURACIÓN SEA CAUSA DIRECTA DEL ABORTO O ALUMBRAMIENTO ANORMAL. AL MISMO TIEMPO LA TENSIÓN FÍSICA Y EMOCIONAL PRODUCI

DA POR EL DOLOR DENTARIO O INFECCIÓN, ES MUCHO MÁS NOCIVA PARA EL PACIENTE QUE UN TRATAMIENTO ADECUADO.

EN CONCLUSIÓN, CUANDO SE PLANEA UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES EMBARAZADAS, ADEMÁS DE LA FICHA HABITUAL-- SE AGREGARÁN DATOS COMO ANTECEDENTES DE ABORTOS HABITUALES,-- CALAMBRES Y MANCHAS DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS MESES Y CUAL---- QUIER COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, POR LO QUE SE ACONSEJA CONSULTAR CON EL MÉDICO DE LA PACIENTE.

POR REGLA GENERAL LOS MEJORES PACIENTES PARA ADMINIS--- TRAR UN ANESTÉSICO, SON LAS MUJERES, YA QUE ESTAS PRESENTAN-- MENOS RESISTENCIA Y ENTRAN EN EL PERÍODO DE LA ANESTESIA MÁS TRANQUILAS QUE LOS HOMBRES.

DURANTE EL EMBARAZO NO ESTÁ CONTRAINDICADO EFECTUAR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA BOCA. SOLO QUE EN ALGUNAS MUJERES EL SISTEMA NERVIOSO ES MÁS INESTABLE DURANTE DICHO PERÍODO A CAUSA DE ESTO, PUEDE SER QUE LA PACIENTE RECHAZE SER ATENDIDA, ADEMÁS, EXISTEN MUJERES HISTÉRICAS QUE SUELEN ATRIBUIR MUCHOS TRASTORNOS (COMO LA LIPOTIMIA) A LA ADMINISTRACIÓN DE UNA ANESTÉSICO, PERO DEBE QUEDAR CLARO QUE DICHOS -- TRASTORNOS SE DEBEN ATRIBUIR A ESA INESTABILIDAD NERVIOSA A LA QUE ESTÁN SOMETIDAS, POR EL PERÍODO EN QUE SE ENCUENTRAN.

EL EMBARAZO ES UN ESTADO NATURAL O NORMAL, QUE NO DEBE-- SER CONSIDERADO COMO UNA CONTRAINDICACIÓN DE LA ANESTESIA LOCAL O GENERAL.

LO IMPORTANTE ES EVITAR EL DOLOR Y CHOQUE A LA GESTANTE

DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN OPERATORIA.

LO MISMO QUE SE HA DICHO DE LA MUJER EMBARAZADA, PUEDE-  
DECIRSE DE LA MADRE EN EL PERÍODO DE LACTANCIA.

EN RESUMEN, DURANTE EL EMBARAZO SE PUEDEN PRACTICAR EX-  
TRACCIONES O CUALQUIER TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS---  
ODONTOLÓGICAS, SALVO EN MUJERES EN ESTADOS PATOLÓGICOS O EM-  
BARAZADAS QUE HAYAN TRATADO DE PROVOCAR ABORTO.

ADEMÁS, NUESTRA COSTUMBRE LA DEBEMOS ENCAMINAR EN CON--  
SULTAR SIEMPRE CON EL GINECÓLOGO QUE ATIENDE A LA SEÑORA PA-  
RA TRANQUILIDAD DE ELLA Y PARA FACILIDAD DE NOSOTROS EN SU--  
MANEJO CON RESPECTO A SU SISTEMA NERVIOSO.

LEPOTIMIA:

PÉRDIDA MOMENTÁNEA DE LOS SENTIDOS Y DEL MOVIMIENTO, --  
ROSTRO PÁLIDO Y LA RESPIRACIÓN Y LA CIRCULACIÓN SE DEBILITAN  
EN CIRUGÍA ODONTOMAXILAR SE SUELE PRESENTAR SOBRE TODO EN EL  
CURSO DE LA ANESTESIA LOCAL; TAN PRONTO COMO APAREZCAN LOS -  
PRIMEROS SÍNTOMAS, DEBE FACILITARSE LA CIRCULACIÓN PERIFÉRI-  
CA, ES DECIR, SE HARÁN AFLOJAR TODAS LAS LIGADURAS QUE PUE--  
DEN OPRIMIR LOS VASOS SUPERFICIALES, DEBE SOLTARSE EL CUELLO  
DE CAMISA Y EL CINTURÓN EN LOS HOMBRES Y EN LAS MUJERES LAS-  
FAJAS Y LOS CORPIÑOS. INMEDIATAMENTE DESPUÉS, SE RECLINARÁ  
EL RESPALDO DEL SILLÓN DENTAL, PONIENDO AL PACIENTE EN POSI-

CIÓN HORIZONTAL O AÚN MEJOR EN POSICIÓN DE TRENDELEBURG, --  
HASTA QUE EL PACIENTE VUELVA AL ESTADO ORIGINAL, ES DECIR, -  
HABER LOGRADO SACARLO DEL ESTADO DE LEPOTIMIA.

ESTE ES EL TRASTORNO DE ESTADO GENERAL QUE CON MÁS FRE-  
CUENCIA SE PRESENTA DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA; EL--  
PACIENTE AFECTADO CAE, SI SE HALLA DE PIE, O SE DERRUMBA SI-  
SE ENCUENTRA SENTADO Y PIERDE EL CONOCIMIENTO.

ESTE ESTADO DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA SUELE ESTAR PRE-  
CEDIDO DE SÍNTOMAS PRODROMECO, CARACTERÍSTICOS, TALES COMO,-  
PALIDEZ DE LA PIEL, SUDORES, RIGIDEZ DE LA MIRADA, NÁUSEAS,-  
ETC. NO OBSTANTE EL DESMAYO (LEPOTIMIA), SE PUEDE INSTALAR  
CON ÉL TAL RAPIDEZ, QUE APENAS SE ADVIERTEN LOS FENÓMENOS --  
PRECURSORES TÍPICOS Y EL ENFERMO SE DESPLOMA. APARTE DE--  
LA INCONSCIENCIA, EXISTEN OTROS SÍNTOMAS DE LA LIPOTIMIA CO-  
MO SON, LAS PUPILAS DILATADAS, EL PULSO RÁPIDO Y SUPERFICIAL  
MUCHAS VECES APENAS PERCEPTIBLE, AUNQUE CASI SIEMPRE REGULAR  
Y LA RESPIRACIÓN SUPERFICIAL Y LENTA.

LA OPINIÓN DE QUE SOLO SE DESMAYAN LOS "DÉBILES" ES PRO  
FUNDAMENTE ERRÓNEA, ASÍ LOS ENFERMOS CON PADECIMIENTOS ORGÁ-  
NICOS DEL CORAZÓN Y DE LOS VASOS ESTÁN AMENAZADOS CON EL DES  
MAYO; LO MISMO EXISTE UNA LIGERA IRRITABILIDAD DEL APARATO--  
NEUROVASCULAR Y UNA RESPUESTA EXAGERADA A LOS ESTÍMULOS EMO  
CIONALES Y SOBRECARGOS AFECTIVOS. ESTO EXPLICA QUE EN LOS-  
PACIENTES CON TAL DISPOSICIÓN, BASTARÁ PARA DESENCADENAR EL-

DESMAYO, EL TEMOR A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, LA VISTA DE LA JERINGA, EL RUIDO DE LOS INSTRUMENTOS O EL OLOR DE LOS MEDICAMENTOS.

DE TAL CONCEPTO SE DERIVAN LAS NECESARIAS MEDIDAS PROFILÁCTICAS TALES COMO: CUIDAR EN PARTICULAR EL CONTACTO PSÍQUICO PERSONAL ENTRE MÉDICO Y PACIENTE SIEMPRE DESEABLE CUANDO SE TRATA DE SUJETOS NERVIOSOS Y VASOLABIALES. EL ODONTÓLOGO SE DEBERÁ ESFORZAR EN CONSEGUIR "APODERARSE" DEL ÁNIMO" DE TALES SUJETOS TAN PRONTO COMO PASEN AL CONSULTORIO Y EN TRATAR DE EXPLICARLES CON PALABRAS TRANQUILIZADORAS EL TRATAMIENTO-A QUE VA A SOMETERSE.

EN LA ELECCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PARA LA "SEDACIÓN"-- DEL PACIENTE NERVIOSO, EXITADO, HAY QUE SER CAUTOS Y PRECAVIDOS, EN NINGÚN CASO HAY QUE ACONSEJAR MORFINA Y SUS DERIVADOS. ES MENESTER HACER HINCAPIÉ EN EL PELIGRO DEL EMPLEO-- DE LOS OPIOCEOS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA, Y APARTE CIERTOS CASOS EXCEPCIONALES Y VERDADERAMENTE RAROS, NO EXISTE INDICACIÓN PARA LA MORFINA Y SUS DERIVADOS, EL ODONTÓLOGO DEBE TENER SIEMPRE EN CUENTA QUE BASTA UNA SIMPLE Y PRIMERA INYECCIÓN DE TAL DROGA PARA QUE SE PUEDA INICIAR EL HÁBITO CATASTRÓFICO DE LA MORFINOMANÍA, COMO PREVENTIVO DEL DESMAYO, ES MEJOR CONTAR CON LOS PREPARADOS DEL GRUPO DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS A LA SERIE DE LA FENOTIAZINA, QUE SE PREFIERE HOY EN LA PREPARACIÓN DE LA ANESTESIA LOCAL Y GENERAL.



EL DESMAYO UNA VEZ PRESENTADO DESAPARECE EN ALGUNOS MINUTOS. LA POSICIÓN BAJA DE LA CABEZA Y EL TRONCO QUE EL -- ODONTÓLOGO PUEDE ESTABLECER CON FACILIDAD POR LA INCLINACIÓN DEL SILLÓN DENTAL Y CON LA QUE SE SUPRIME LA ISQUEMIA CEREBRAL POR LA ACCIÓN DE LA GRAVEDAD, CONTRIBUYEN A HACERLO DESAPARECER CASI SIEMPRE ENSEGUIDA. TAMBIÉN ES IMPORTANTE -- PROCURAR LA ENTRADA DE AIRE FRESCO EN EL LOCAL DONDE SE EFECTUA EL TRATAMIENTO. LA ASPIRACIÓN CON UN FRASCO DE SALES-- DE AMONIACO, DE AGUA DE COLONIA Y OTROS RECURSOS ANALÓGOS,-- ACTÚAN ESTIMULANDO Y SON PERCIBIDAS AGRADABLEMENTE POR EL PACIENTE, PERO CUANDO UN DESMAYO PROFUNDO SE MANTIENE POR LARGOS MINUTOS FUERA DE LO NORMAL, A PESAR DE TALES REMEDIOS, - HAY QUE RECURRIR AL EMPLEO DE LOS MISMOS AGENTES QUE SE USAN EN EL TRATAMIENTO DEL COLAPSO.

SÍNCOPE:

PÉRDIDA SÚBITA Y TOTAL DEL CONOCIMIENTO Y LA SENSIBILIDAD CON DETENCIÓN MAS O MENOS COMPLETA DE LA RESPIRACIÓN Y-- DEBILITAMIENTO Y SUPRESIÓN BRUSCA Y MOMENTÁNEA DE LOS LATIDOS CARDÍACOS, POR CESACIÓN TEMPORARIA DE LA ACCIÓN DEL CORAZÓN.

LAS VERDADERAS LIPOTIMIAS SON MANIFESTACIONES PREVIAS - AL SÍNCOPE; SE PRESENTAN EN LA SIGUIENTE FORMA: EL PACIENTE EXPERIMENTA UNA MANIFESTACIÓN DE INTRANQUILIDAD, NOS INDICA-

Y NOS DICE QUE SE SIENTE MAL, PIERDE EL COLOR, LAS OREJAS SE TORNAN TRANSPARENTES, APARECEN SUDORES FRÍOS, Y A CONTINUACIÓN EL GLOBO OCULAR SE VUELVE HACIA ARRIBA, EL ENFERMO PIERDE LA CONCIENCIA, TODO SU CUERPO SE RELAJA, LOS BRAZOS CAEN Y PIERDE POR COMPLETO EL CONOCIMIENTO.

SÍNCOPE VASOPRESOR:

EL SÍNCOPE VASOPRESOR ES EL TIPO MÁS COMÚN, ESTÁ GENERALMENTE CARACTERIZADO POR UNA REPENTINA CAÍDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y UNA DISMINUCIÓN DEL RITMO CARDÍACO. EL ESTÍMULO CAUSAL PUEDE SER SENSORIAL (POR EJEMPLO: DOLOR REPENTINO) O ENTERAMENTE EMOCIONAL (POR EJEMPLO: PENA O DESAMPARO). POR LO COMÚN, EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN PIE CUANDO EL DESVANECIMIENTO OCURRE; LA POSICIÓN HORIZONTAL RESTAURARÁ INMEDIAMENTE LA CONCIENCIA. EN LAS FASES INICIALES PUEDE HABER DE BILIDAD MOTORA, MOLESTIAS EPIGÁSTRICAS, TRANSPIRACIÓN, INTRANQUILIDAD, BOSTEZOS Y RESPIRACIÓN SUSPIRANTE. EL PACIENTE PUEDE APARECER ANGUSTIADO, CON LA CARA Y LAS EXTREMIDADES HÚMEDAS Y FRÍAS. DESPUÉS DE VARIOS MINUTOS PUEDE OCURRIR MAREO, VISTA NUBLADA Y PÉRDIDA REPENTINA DEL CONOCIMIENTO, CON TONO MUSCULAR DISMINUÍDO. SI EL ENFERMO SE MANTIENE ERECTO, PUEDEN SOBREVENIR BREVES Y LIGERAS CONVULSIONES, SE CREE QUE EL SÍNCOPE ACONTECE CUANDO LA PRESIÓN ARTERIAL SISTOLICA DECAE Y ES GENERALMENTE PRECIPITADA POR EL TEMOR, LA ANGUSTIA O EL DOLOR.

ESTABLECIDO YA EL VERDADERO SÍNCOPE, ES DECIR, LA PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO CON DETENCIÓN DE LA CIRCULACIÓN O SU IMPERCEPTIBILIDAD, DEBE DE PROCEDERSE CON TODA RAPIDEZ EN LA SIGUIENTE FORMA:

- A) COLOCAR AL PACIENTE EN FORMA HORIZONTAL O MEJOR DE TREDELENBURG.
- B) AFLOJAR TODOS LOS ELEMENTOS QUE PUEDAN IMPEDIR LA LIBRE CIRCULACIÓN PERIFÉRICA DEL PACIENTE.
- C) EN LOS CASOS QUE EL PACIENTE NO SE RECUPERE DENTRO DE UN PLAZO PRUDENCIAL, DE BREVES MINUTOS, DEBERÁ RECURRIRSE A LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

PARO CARDÍACO:

ES LA DETENCIÓN DE LAS CONTRACCIONES CARDÍACAS Y QUE OCASIONA EN EL PLAZO DE 3 a 5 MINUTOS LA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO NERVIOSO Y AL CABO DE UN PERÍODO DE DURACIÓN VARIABLE SOBREVIENE LA MUERTE.

DESPUÉS DE HABER CESADO EL CORAZÓN EN SUS FUNCIONES, NO HAY PULSO, RESPIRACIÓN NI PRESIÓN ARTERIAL; Y AL CESAR LA CIRCULACIÓN, LOS TEJIDOS DEJAN DE OXIGENARSE.

EN EL PARO CARDIACO ES URGENTE LA ANESTESIA GENERAL. PRÁCTICAMENTE LA INTERRUPCIÓN COMPLETA DE LATIDOS QUE SE CO-

NOCE CON EL NOMBRE DE ASISTOLE O FIBRILACIÓN VENTRICULAR, SE CONSIDERA COMO PARO CARDÍACO. LOS MECANISMOS DEL PARO CARDIACO SON VARIADOS Y COMPLEJOS. EN SU BASE LAS ALTERACIONES CIRCULATORIAS SE DEBEN A LAS SIGUIENTES CAUSAS O A LA COMBINACIÓN DE ÉSTAS.

- 1) HIPOXIA PROGRESIVA, QUE LLEVA A LA ANOXIA DEL MIOCARDIO POR INSUFICIENTE VENTILACIÓN O CIRCULACIÓN.
- 2) CONCENTRACIÓN ALTA DE CIERTAS SUSTANCIAS QUÍMICAS EN EL CORAZÓN, TAL COMO ANHIDRILLO CERBÓNICO, POTASIO, - EPINEFRINA O AGENTES ANESTÉSICOS QUE DEPRIMEN EL MIOCARDIO.
- 3) REFLEJO CARDÍACO.

DE LO ANTERIOR SE DEDUCE QUE DADA LA MULTIPLICIDAD DE POSIBLES CAUSAS DEL PARO CIRCULATORIO, EL MANEJO FAVORABLE DEL PACIENTE DEPENDE MUCHO DE LA PREVENCIÓN DE ESTA EMERGENCIA. EL PRIMER PASO DE DICHA PREVENCIÓN ES LA VALORACIÓN PREOPERATORIA DETALLADA. ESTÁ DEMOSTRADO QUE LA REACTIVACIÓN CARDÍACA A PECHO CERRADO EN COMBINACIÓN CON RESPIRACIÓN ARTIFICIAL DE BOCA A BOCA, ES EL TRATAMIENTO EFECTIVO DE ELECCIÓN PARA EL PARO CARDÍACO REPENTINO.

TRATAMIENTO:

- A) ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO.

B) DESFIBRILACIÓN (USO DE ELECTROCARDÍOGRAFO).

C) MASAJE CARDÍACO.

D) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

EN ESTE ÚLTIMO, LA ADRENALINA AYUDARÁ A PONER EN MARCHA LA CONTRACCIÓN CARDÍACA. SUELE INYECTARSE DE 3 a 5cc DE -- ADRENALINA AL 1:10.00, INYECTADO DIRECTAMENTE EN EL MÚSCULO-- CARDÍACO.

COLAPSO CIRCULATORIO:

SE ENTIENDE POR COLAPSO EL SÚBITO DERRUMBAMIENTO DE TODAS LAS FUERZAS DEL ORGANISMO BAJO EL IMPRESIONANTE COMPLEJO SINTOMÁTICO DEL FRACASO CIRCULATORIO AGUDO; EL PULSO SE TORNA CADA VEZ MÁS FRECUENTE Y SUPERFICIAL Y EN OCASIONES ES -- APENAS PERCEPTIBLE Y HASTA IRREGULAR, LA PIEL ESTÁ HÚMEDA, -- FRÍA, BLANCA COMO LA DE UN CADAVER Y EN ALGUNOS LUGARES, CIA TÓNICA; LAS PUPILAS ESTÁN DILATADAS Y RÍGIDAS, LA CONCIENCIA AL PRINCIPIO TODAVÍA CLARA, SE OBSCURECE PRONTO CON EL CRE-- CIENTE DECAIMIENTO DE FUERZA, Y SE EXTINGUE POCO ANTES DE LA MUERTE, QUE NO RARAMENTE PUEDE SER EVITADA POR LA INTERVEN-- CIÓN INMEDIATA Y EXPERTA DEL MÉDICO.

SON MÚLTIPLES LAS CAUSAS DE COLAPSO TALES COMO: LAS --- GRANDES PÉRDIDAS DE SANGRE A CONSECUENCIA DE LESIONES EXTER-- NAS; LAS HEMORRAGIAS INTERNAS EN LOS TUMORES ABDOMINALES; LA

APOPLEJÍA PANCREÁTICA, ÚLCERA GASTROINTESTINAL, EL EMBARAZO-TUBÓXICO. LA SÚBITA ANIQUILIZACIÓN DE TODAS LAS ENERGÍAS - ORGÁNICAS, PUEDE TAMBIÉN SER CONSECUENCIA DE UNA EMBOLIA DEL CORAZÓN O DEL CEREBRO. ASIMISMO ACTÚAN FAVORECIENDO EL RÁPIDO CURSO DE LA CATÁSTROFE, LAS ENFERMEDADES AGUDAS O CRÓNICAS DEL CORAZÓN. EL TRATAMIENTO DEL COLAPSO CUYO CURSO ES-CASI SIEMPRE MORTAL, CONSISTE EN DESCARGAR TAN PRONTO COMO--SEA POSIBLE LA FUNCIÓN CARDIOCIRCULATORIA POR MEDIO DE LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN FORMA HORIZONTAL DEL TRONCO, CON POSICIÓN BAJA DE LA CABEZA Y ELEVACIÓN DE LAS EXTREMIDADES.

EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA ES RARO QUE SE PRESENTE UN COLAPSO GENUINO Y PELIGROSO Y ESTO SOLO EXCEPCIONALMENTE Y CASÍ SIEMPRE COMO UN ACCIDENTE DE LA NARCOSIS.

NI POR LO QUE TOCA AL CUADRO CLÍNICO, NI POR LO QUE RESPECTA A LA TERAPÉUTICA CABE DISTINGUIR EN MUCHOS CASOS ENTRE UN GRAVE DESMAYO Y UN COLAPSO, YA QUE TANTO EN EL DESMAYO COMO EN LOS ESTADOS DE COLAPSO ORIGINADOS POR VÍA REFLEJA A --CONSECUENCIA DE EXCITACIÓN PSÍQUICA CONSTITUYEN FACTORES CAUSALES LA REPENTINA RELAJACIÓN DE LOS VASOS PERIFÉRICOS Y LA--CONSIGUIENTE CAÍDA DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, ASÍ COMO DE LA--SANGRE EN LAS VÍAS VASCULARES DILATADAS.

LA ESTRUCTA SEPARACIÓN EN EL EMPLEO DE LOS TÉRMINOS DESMAYO Y COLAPSO, NO ES POSIBLE EN LA PRÁCTICA, AUNQUE QUIZÁ -

DESDE UN PUNTO DE VISTA TEÓRICO. EL DESMAYO Y EL COLAPSO AL MENOS EN CUANTO ESTRIBA EN UNA REACCIÓN ESTIOLÓGICA NERVIOSA REFLEJA, REPRESENTA UNA GRANULACIÓN QUE SE ACEPTA TAMBIÉN PARA SHOCK Y PARA EL COLAPSO. EN UN CASO PARTICULAR, APENAS SI ES POSIBLE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE UN DESMAYO GRAVE Y UN COLAPSO Y, POR OTRA PARTE POR LO QUE ---ATAÑE A LA CONDUCTA TERAPEUTA, RESULTA SUPERFLUA LA DISTINCIÓN. SOLO POR UN DECÚBITO ADECUADO, POR LA SEPARACIÓN O---AFLOJAMIENTO DE PRENDAS DE VESTIR DEMASIADO APRETADAS O CALIENTES, POR EL AIRE FRESCO, OXIGENACIÓN, POSICIÓN HORIZONTAL DEL PACIENTE, ETC., SERÍAN ASÍ RÁPIDA Y ESPONTÁNEAMENTE-PASAJEROS, LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA Y LOS TRASTORNOS CARDIORESPIRATORIOS.

EN MUCHOS CASOS EL COLAPSO ES LA ANTESALA DE SHOCK, TÉRMINO POR EL QUE SE EXPRESA UN DECRECIMIENTO DE TODOS LOS PROCESOS VITALES DEL ORGANISMO Y QUE SEGÚN SUS CAUSAS, SE PUEDE ESTABLECER DE UN MODO SÚBITO O GRADUAL.

TRATAMIENTO DE DESMAYO (LIPOTIMIA) Y DEL COLAPSO, TRÁS LA -- ANESTESIA POR INYECCIÓN.

LOS SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN DESPUÉS DE UNA INYECCIÓN-ANESTÉSICA A CONSECUENCIA DEL AUMENTO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, TALES COMO ANSIEDAD, SENSACIÓN DE OPRESIÓN, PALPITACIONES Y ACELERACIONES DEL PULSO, NO SON POR SÍ MISMOS INQUIE--

TANTES, PERO DEBEN PREVENIR AL ODONTÓLOGO DE UN EVENTUAL -- ATAQUE DE DESMAYO O DE COLAPSO QUE PUEDE SER FÁCIL DE EVI-- TAR O DE CORREGIR, LIBERANDO AL PACIENTE DE LAS PRENDAS DE-- VESTIR APRETADAS Y POR LA POSICIÓN MÁS HORIZONTAL POSIBLE-- SOBRE EL SILLÓN OPERATORIO, ADEMÁS DEL APORTE DE AIRE FRES-- CO, SERÁ APROPIADO FRICCIONAR LA PIEL DE LA CARA CON AGUA-- DE COLONIA, TODAVÍA SERÁ MÁS EFICAZ IRRITAR MECANICAMENTE-- LA MUCOSA DE LA NARIZ POR MEDIO DE UNA PUNCIÓN CON UNA AGU-- JA O QUIMICAMENTE POR AMONIACO.

EL TRATAMIENTO EN CIERTO MODO ES MÁS SENCILLO Y AL MIS-- MO TIEMPO ENÉRGICO DE LOS ACCIDENTES EN FORMA DE DESMAYO Y-- DE COLAPSO, SUBSECUENTES A LA ANESTESIA POR INYECCIÓN Y QUE NO SE CORRIGEN MUY PRONTO POR LOS RECURSOS MENCIONADOS, ES-- EL EMPLEO DE LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

ESTE ES DE GRAN IMPORTANCIA PRÁCTICA, NO SOLO PARA LOS INCIDENTES OCURRIDOS EN LA ANESTESIA GENERAL FUGAZ, SINO -- TAMBIÉN A LOS QUE SE SUSCITAN EN LA ANESTESIA POR INYECCIÓN LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL SE PUEDE ADMINISTRAR CON OXÍGENO-- O SIN ÉL.

EN SUMA, TODO ODONTÓLOGO DEBE CONOCER MÉTODOS DE PRIME-- ROS AUXILIOS.

MUY CONVENIENTE Y SENCILLO ES EL EMPLEO DE APARATOS DE



RESPIRACIÓN ARTIFICIAL, CON LOS CUALES SE APORTA EL AIRE ATMOSFÉRICO POR MEDIO DE UNA BOMBA.

SOLO EN LOS DESMAYOS QUE SE PROLONGAN DEMASIADO, ESTÁ INDICADA LA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA O SUBMUCOSA, DE MÁXIMA EFICACIA EN LA MUCOSA NASAL, O LA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE UN AGENTE DE ACCIÓN CENTRAL COMO LA CAFEÍNA O EL CORDIAZOL O DE ACCIÓN PERIFÉRICA COMO EL SIMPATOL.

LOS ESTADOS DE COLAPSO QUE SE ACOMPAÑAN DE CONVULSIONES SON CON MUCHO LAS COMPLICACIONES MÁS PELIGROSAS QUE PUEDEN PRESENTARSE A CAUSA DE UNA ANESTESIA POR INYECCIÓN. ESTRIBAN EN GENERAL POR LA ACCIÓN ABSORTIVATÓXICA Y SOLO PUEDEN SER CORREGIDAS POR LA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE PREPARADOS -- BARBITURICOS COMO EL EVIPAN LINACITIN, ETC. EN ESTOS CASOS ESTÁN ABSOLUTAMENTE CONTRAINDICADOS LOS SEDANTES Y LOS MEDICAMENTOS DE ACCIÓN CIRCULATORIA.

POR FORTUNA, TALES COMPLICACIONES CASI NUNCA SE PRESENTAN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

LAS OBSERVACIONES Y LAS EXPERIENCIAS EN ODONTOLOGÍA POR INYECCIÓN HABLAN EN FAVOR DE QUE PARA EVITAR LA ACCIÓN TÓXICA A DISTANCIA DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, ES CONVENIENTE LA ADECUADA TÉCNICA DE LA INYECCIÓN Y UNA APROPIADA COLOCACIÓN DEL PACIENTE. LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES DE LA TÉCNICA DE LA INYECCIÓN SON:

POSICIÓN DEL PACIENTE:

LA PRESENTACIÓN DEL DESMAYO, RELATIVAMENTE FRECUENTE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA POR LA ANESTESIA POR INYECCION, ESTA EN GRAN MEDIDA FAVORECIDA POR LA CIRCUNSTANCIA DE QUE LA MAYOR PARTE DE ELLOS SE EJECUTAN CON EL PACIENTE EN LA POSICIÓN DE SENTADO.

EN LOS DEPARTAMENTOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA DE LOS MAXILARES EN LOS QUE CONÚNMENTE SE PREFIEREN LAS OPERACIONES ESTANDO PRESENTE ECHADO, CASÍ NUNCA SE OBSERVAN INCIDENTES POR LA ACCIÓN A DISTANCIA DE LA ANESTESIA.

EN BASE DE ESTAS EXPERIENCIAS SE ACONSEJA COLOCAR A LOS PACIENTES LO MÁS HORIZONTALMENTE POSIBLE SOBRE EL SILLÓN OPERATORIO, TANTO PARA LA ANESTESIA POR INYECCIÓN COMO EN LAS OPERACIONES ODONTOLÓGICAS AMBULATORIAS Y EN LAS INTERVENCIONES CONSECUTIVAS.

SHOCK:

ESTADO DE CONNOCIÓN E INTENSIDAD VARIABLE QUE APARECE REPENTINAMENTE Y QUE PUEDE SER DE CORTA DURACIÓN, PASANDO SIN DEJAR HUELLA O DURAR UN TIEMPO MÁS O MENOS LARGO Y TERMINAR CON LA MUERTE. SE ESTUDIARÁ AHORA LA ETIOLOGIA DE SHOCK EN ODONTOLOGÍA PARA COMPRENDER SU DESARROLLO, INSTITUIR LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO QUE CORRESPONDE.

EN EL MOMENTO ACTUAL DEL ADELANTO DE LA CIENCIA NO ES POSIBLE REALIZAR NINGUNA INTERVENCIÓN DE RELATIVA IMPORTANCIA SIN SOMETER PREVIAMENTE AL PACIENTE A UN ESTADO CLÍNICO-COMPLETO.

CON FRECUENCIA, NUESTRAS INTERVENCIONES INSPIRAN MAYOR-TEMOR AL PACIENTE Y PRODUCEN MAS TRAUMATISMO QUE OTRAS OPERACIONES DE CIRUGÍA GENERAL, CONSIDERADAS COMO MUY IMPORTANTES.

PARA PREVENIR EL SHOCK QUIRÚRGICO EN NUESTRA ESPECIALIDAD, ESTARÍA INDICADA LA ANESTESIA GENERAL, PUES NO DEBEMOS-OLVIDAR QUE LA LOCAL SUPRIME EL DOLOR FÍSICO, PERO NO LA IMPRESION PSÍQUICA; EN CAMBIO, LA ANESTESIA GENERAL SUPRIME A-LAS DOS.

EL SHOCK PUEDE OCACIONARSE EN MUCHOS DETALLES EXTERNOS-QUE ESTÁ EN NUESTRA MANO EL EVITARLOS O CORREGIRLOS. PARA-REDUCIR AL MINIMO EL PELIGRO DE SHOCK ACONSEJAMOS PROCEDER--ASÍ:

- 1.- EL OPERADOR DEBE CONQUISTAR LA CONFIANZA DEL ENFERMO, LLEVANDO SU ESPÍRITU A LA MÁXIMA TRANQUILIDAD.
- 2.- NO DEBE OPERAR JAMÁS A UN SUJETO CUYO ESTADO FÍSICO SEA DEFICIENTE.

MUCHOS ESTADOS PATOLÓGICOS PUEDEN SER CONSIDERADOS-Y CORREGIDOS POR EL CLÍNICO ANTES DE LLEVAR AL PACIENTE AL ACTO OPERATORIO. DURANTE LAS ENFERMEDA-

DES AGUDAS, LAS INTERVENCIONES BUCALES SOLO DEBERÁN REALIZARSE EN CASOS DE EXTREMA URGENCIA Y DESPUÉS-- DE HABER REDUCIDO AL MINIMO LAS POSIBILIDADES DE--- SHOCK. EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DEBE HACERSE--- SIEMPRE EN ÍNTIMA RELACIÓN CON EL MÉDICO.

- 3.- LA ELECCIÓN DEL ANESTÉSICO A EMPLEAR TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA EN EL DESENCADENAMIENTO DEL SHOCK; EN TÉRMINOS GENERALES, PODEMOS DECIR QUE LA ANESTESIA-LOCAL EXPONE MÁS AL SHOCK, MIENTRAS LA GENERAL LO -HACE EN MENOR GRADO.
- 4.- DESDE EL DÍA ANTERIOR A LA OPERACION, ESTÁ INDICADO EL ADMINISTRAR AL PACIENTE MEDICAMENTOS SEDATIVOS A BASE DE BROMUROS O DE BARBITÚRICOS, YA QUE EN NUESTRA ESPECIALIDAD CASÍ NUNCA HABRÁ QUE RECURRIRSE A-LOS DEPRESORES ENÉRGICOS, TALES COMO LA MORFINA.
- 5.- NUNCA SE PONDRÁN A LA VISTA DEL PACIENTE LOS INSTRUMENTOS DE CIRUGÍA Y TANTO EL OPERADOR COMO LOS AYUDANTES SE CONDUCTIRÁN CON TODA DELICADEZA PARA NO---ALARMARSE.
- 6.- ANTES DE COMENZAR LA ANESTESIA LAS PRENDAS DE VESTIR DEL PACIENTE DEBEN ESTAR HOLGADAS PARA NO ENTORPECER LA CIRCULACIÓN Y LA RESPIRACIÓN. SI VAMOS A OPERAR CON ANESTESIA LOCAL, PODEMOS REALIZAR ÉSTA--

EN EL SILLÓN DENTAL, PERO CON EL RESPALDO LIGERAMENTE INCLINADO HACIA ATRÁS.

ESTA POSICIÓN SE ADOPTA SOLAMENTE POR COMODIDAD DEL ANESTESISTA, PERO TAN PRONTO COMO SE HAYA TERMINADO LA ANESTESIA, SOBRE TODO SI ESTA ES TRONCAL SE PONDRÁ EL RESPALDO DEL SILLÓN CASÍ HORIZONTAL PARA QUE EL PACIENTE PERMANEZCA ASÍ DURANTE LOS MINUTOS QUE SEAN NECESARIOS PARA ESPERAR EL EFECTO ANESTÉSICO.

HAY MENOS PROBABILIDADES DE QUE APAREZCA EL SHOCK ESTANDO EL PACIENTE EN POSICIÓN HORIZONTAL QUE EN VERTICAL, PORQUE EN ESTA ÚLTIMA LA SANGRE FLUYE A LOS ÓRGANOS PRODUCIÉNDOSE LA ANEMIA CEREBRAL. LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA DEBE SER ENTIBIADA ANTES DE INYECTARSE, PARA EVITAR LA SENSACIÓN DESAGRADABLE QUE EXPERIMENTA EL PACIENTE ESTANDO EL LÍQUIDO A UNA TEMPERATURA BAJA.

OTRA OBSERVACIÓN MUY DIGNA DE TENERSE EN CUENTA ES LA DE REALIZAR LA INYECCIÓN CON MUCHA LENTITUD. LA TOXICIDAD DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES ES TANTO MAYOR CUANTO MAYOR SEA LA RAPIDEZ CON QUE SE INYECTA. ALGUNAS PERSONAS SON MUY SUSCEPTIBLES A LA ADRENALINA Y EN ELLAS SUELE PRESENTARSE LOS INICIOS DEL

SHOCK. ENTRE ESTOS APARECEN DOLORES EN LA REGIÓN-LUMBAR, QUE GENERALMENTE SON PASAJEROS Y BASTA COLOCAR AL ENFERMO EN POSICIÓN HORIZONTAL HASTA QUE DESAPAREZCAN.

7.- LAS MANIOBRAS OPERATORIAS DEBEN SER LO MÁS DELICADAMENTE POSIBLES, ADEMÁS DURANTE EL CURSO DE LA INTERVENCIÓN NO DEBEMOS OLVIDAR QUE EL ENFERMO ESTÁ CONSCIENTE Y ATENTO Y QUE CUALQUIER COMENTARIO DICHO EN VOZ BAJA SERÁ MUY TENIDO EN CUENTA POR ÉL.

LA INTERVENCIÓN SE REALIZARÁ EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE SIN QUE ESTO QUIERA DECIR QUE SE PROCEDERÁ CON PRECIPITACIÓN LA EXPERIENCIA CLÍNICA DEMUESTRA QUE LA MAYORÍA DE LOS SUJETOS TOLERAN BIEN DURANTE LOS PRIMEROS QUINCE O VEINTE MINUTOS, DESPUÉS SE NOTA UNA PÉRDIDA PROGRESIVA DE ENERGÍA. CON EL ENFERMO BIEN ESTUDIADO Y EMPLEANDO LA TÉCNICA ADECUADA, ES RARA LA INTERVENCIÓN DENTOMAXILAR QUE REQUIERA UN LAPSO DE TIEMPO MAYOR DE 40 MINUTOS.

EL SHOCK ES LA DEPRESIÓN VITAL, SÚBITA Y GRAVE OCASIONADA POR TRAUMATISMOS EMOCIONALES EXTENSOS, IMPRESIONES O EN EL USO DEL ANESTÉSICO.

EL SHOCK ES UN SÍNDROME COMPLEJO COMPRENDIDO TAN SOLO PARCIALMENTE QUE DESAFINA UNA DEFINICIÓN PRECISA. SIN EM--

BARGO, COMO MEDIDA PRÁCTICA SE PUEDE CONSIDERAR EL SHOCK COMO UN TRASTORNO DE LA CIRCULACIÓN QUE DÁ COMO RESULTADO UNA-REDUCCIÓN CRÍTICA EN LA PROFUSIÓN DE LOS TEJIDOS VITALES Y--UNA AMPLIA VARIEDAD DE EFECTOS GENERALES.

EL TÉRMINO EMPLEADO ES PARA DESCRIBIR TODO UN CONJUNTO-DE SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE INCLUYEN GENERALMENTE UNA BAJA DE -LA PRESIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA, PALIDEZ, PIEL FRÍA Y HÚMEDA COLAPSO DE LAS VENAS SUPERFICIALES DE LAS EXTREMIDADES, PULSO ELEVADO Y DÉBIL, ANSIA DE AIRE, SED, OLEGURIA Y TENDENCIA A PROGRESAR DIRECTAMENTE HACIA LA LLAMADA FASE "IRREVERSI---BLE".

NUMEROSOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS ESTÁN INVOLUCRA--DOS EN LA PRODUCCIÓN DEL SHOCK, TALES COMO LA FALTA DE UN VO LUMEN SANGUÍNEO EFICAZ, REDUCCIÓN DEL HABITO CARDÍACO, ALTE-RACIONES DEL TONO VASCULAR PERIFÉRICO, AUMENTO DE LA PERMEA-BILIDAD CAPILAR, DISMINUCIÓN DEL DÉBITO URINARIO, AUDOSIS, -ELEVACIÓN DEL LACTEADO SANGUÍNEO Y OTRAS ALTERACIONES DE LAS CARACTERÍSTICAS FISICOQUÍMICAS DE LA SANGRE.

EL LLAMADO SHOCK CALIENTE EXISTE UN VOLUMEN SANGUÍNEO--NORMAL, AÚN CUANDO LA DILATACIÓN MASIVA AUMENTA LA CAPACIDAD DE LA CIRCULACIÓN. ESTA PUEDE SER CAUSADA POR ENDOTOXINAS-DE INFECCIÓN DE BACTERIAS, TENSIÓN EMOCIONAL, TRAUMATISMO Y-

LA INGESTIÓN DE ALGUNOS MEDICAMENTOS.

EL SHOCK SE CARACTERIZA POR LA INSUFICIENCIA DE LA CIRCULACIÓN PERIFÉRICA, CAÍDA DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, PULSO RÁPIDO Y DÉBIL Y A VECES INCONCIENCIA.

EL SHOCK SEA CUAL FUERE SU GRADO, ES UNA DE LAS CONSECUENCIAS MÁS DAÑINAS DE LA OPERACIÓN QUIRÚRGICA, CUYOS EFECTOS SON MÁS PERJUDICIALES DE LO QUE GENERALMENTE SE CREE Y--POR LO COMÚN SE PUEDE EVITAR MEDIANTE LA DEBIDA PREPARACIÓN DEL PACIENTE, LA ELECCIÓN ADECUADA DE ANESTÉSICOS Y LAS CUIDADOSAS MANIPULACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN.

EL SHOCK TRAUMÁTICO:

EN EL SHOCK POR TRAUMATISMO, ES DECIR, EN ACCIDENTES DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MENORES, COMO LAS EX--TRACCIONES, SE COLOCARÁ AL PACIENTE EN POSICIÓN DE TRENDELEMBURG CON LA CABEZA EN HIPERTENSIÓN PARA QUE EL OXÍGENO LLE--GUE CON MAYOR FACILIDAD A LOS PULMONES Y LA CIRCULACIÓN CEREBRAL SEA MAYOR.

SHOCK HEMATOGÉNICO O SECUNDARIO:

SE PRODUCE POR UNA HEMORRAGÍA MASIVA INTERNA O EXTERNA--O POR PÉRDIDA LOCAL DE LÍQUIDO. LAS CAUSAS DE ESTE TIPO DE SHOCK SON: TRAUMA, HERIDA, QUEMADURA O CIRUGÍA. EN EL SHOCK HEMATOGÉNICO, EL PACIENTE NO MANIFIESTA SÍNTOMAS CLÍNICOS---



HASTA DESPUÉS DE COMENZADO EL SHOCK. ES FUNDAMENTAL APLICAR MEDIDAS PREVENTIVAS INMEDIATAMENTE PARA CORTAR LOS MECANISMOS DE SHOCK, SE RESTITUYE LA CIRCULACIÓN CON TRANSFUSIÓN ENDOVENOSA. CUANDO NO SE DISPONE DE SANGRE TOTAL, SE EMPLEA PLASMA.

SHOCK NEUROGÉNICO O PRIMARIO:

SE PRODUCE POR ACCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO, YA SEA EN FORMA DIRECTA O POR INFLUENCIA PSÍQUICA. LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL SHOCK NEUROGÉNICO QUE SE PRESENTAN AL PACIENTE -- DEL ODONTÓLOGO SE DEBEN AL TEMOR POR LA VISUALIZACIÓN DE SANGRE O INSTRUMENTOS, OLOR CARACTERÍSTICO DE LOS HOSPITALES, SA LAS DE OPERACIONES O CONSULTORIOS, DOLOR REAL, MANIPULEO RUIDOSO DE LOS TEJIDOS EN LA ZONA DE OPERACIÓN, REACCIONES A DROGAS, YA EN FORMA DE ALERGIA VERDADERA, YA COMO REACCIÓN TÓXICA A INYECCIONES ENDOVENOSAS.

EL SÍNCOPE O DESMAYO ES LA MÁS COMÚN DE SHOCK NEUROGÉNICO. MUCHOS DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS SE RESOLVERÍAN AL ESTABLECER UNA RELACIÓN CON EL PACIENTE PARA BORRAR EL TEMOR E INSPIRAR CONFIANZA. EL USO DE BARBITÚRICOS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD O NERVIOSIDAD DE ANALGÉSICOS Y NARCÓTICOS, PARA ELEVAR EL UMBRAL DOLOROSO, AYUDARÁN A ALIVIAR LOS FACTORES IMPORTANTES DEL SHOCK NEUROGÉNICO.

CUANDO EL SHOCK NEUROGÉNICO ES UNA ENTIDAD DEFINIDA, SE ADOPTAN LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- A) SE COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA, CON LA CABEZA LIGERAMENTE HACIA ATRÁS.
- B) SE ASEGURA LA EXISTENCIA DE UN PASO DE AIRE, DESPEJADO POR MEDIO DE UNA VÍA RESPIRATORIA MECÁNICA O AL SOSTENER CON LA MANO EL CUELLO Y LA MANDÍBULA.
- C) SE ADMINISTRA OXÍGENO POR LA NARÍZ O LA BOCA.
- D) SE CONTROLARÁN LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y EL PULSO.
- E) SE MANTIENE LA CIRCULACIÓN POR LA INYECCIÓN ENDOVENOSA DE ATROPINA PARA ACELERAR EL RITMO CARDÍACO.
- F) SI HAY DOLOR, SE INDICA UN ANALGÉSICO.

SHOCK VASOGÉNICO:

SE REFIERE A LA ACCIÓN DIRECTA DE PRODUCTOS TÓXICOS SOBRE LOS VASOS PERIFÉRICOS Y NO A LA ACCIÓN POR INTERMEDIO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO VÍA CENTRO VASOMOTOR.

HAY DOS TIPOS PRINCIPALES DE SHOCK VASOGÉNICO: EL ENDOTÓXICO, QUE TIENE COMO FACTOR ETILÓGICO LA ELABORACIÓN DE EN-

DOTOXINA POR BACTERIAS NEGATIVAS QUE INVADEN AL PACIENTE O ENDOTOXINAS QUE PROVIENEN DE LOS PRODUCTOS INTESTINALES --- USUALES. EN SITUACIONES NORMALES, ESTOS PRODUCTOS TÓXICOS SE ELIMINAN POR EL SISTEMA RETÍCULOENDOTELIAL.

CUANDO LAS TOXINAS SON EXCESIVAS, TAL COMO UNA INFECCIÓN MASIVA O DEBILITAMIENTO DEL SISTEMA RETÍCULOENDOTELIAL LAS ENDOTOXINAS CAUSA EL SHOCK POR PRODUCCIÓN DE HISTAMINA, QUE ACTÚA DIRECTAMENTE SOBRE LA MUSCULATURA LISA DE LOS PEQUEÑOS VASOS, LOS DILATA Y ALTERA SU FUNCIÓN NORMAL, QUE SE COMPENSA EN EL MOMENTO DE SHOCK CON UNA VASOCONSTRICCIÓN.

EL PACIENTE QUE SUFRE UN SHOCK VASOGÉNICO PRESENTA EL CUADRO BASICO DE SHOCK. LA PREVENCIÓN DE SHOCK ENTOTÓXICO SE VINCULA CON MEDIDAS PROFILÁCTICAS, TALES COMO TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS, ANTES DE LA INFECCIÓN MASIVA QUE SE MANIFIESTA YA EN FORMA DE SHOCK. LA PREVENCIÓN RESIDE EN NO PERMITIR QUE LAS ENDOTOXINAS SE CONVIERTAN EN FACTOR PRINCIPAL DEL COMIENZO DEL SHOCK.

EL TRATAMIENTO DEL SHOCK ENDOTÓXICO CONSISTE EN ADMINISTRAR ANTIBIÓTICOS Y OTROS ELEMENTOS PARA RESISTIR LOS PRODUCTOS TÓXICOS QUE CIRCULAN EN LA SANGRE EN FORMA INDIVIDUAL O COMO RESULTADO DE UNA INVASIÓN BACTERIANA. EN ESTE MOMENTO HACE NUTRICIÓN DE APOYO. SE INYECTA SANGRE CON LENTITUD, TENIENDO PRESENTE NO SOBRECARGAR LA CIRCULACIÓN,-

SE TOMAN LAS PRECAUCIONES CORRESPONDIENTES PARA FAVORECER-- LA VASOCONSTRICCIÓN COMPENSATORIA DE LA MICROCIRCULACIÓN, - QUE ORIGINA ANOXIA PERNICIOSA. ADEMÁS CIERTOS CORTICOIDES A DOSIS ALTAS AYUDAN A MANTENER LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y LA - RESISTENCIA PERIFÉRICA MEJORANDO EL RENDIMIENTO CARDÍACO. EN CASOS DE INSUFICIENCIA ADRENAL, EL EMPLEO DE CORTICOIDES SALVARÁ LA VIDA.

LA ETIOLOGÍA DEL SHOCK ANAFILÁCTICO ES MUY SEMEJANTE A LA DEL SHOCK ENDOTÓXICO, YA QUE SU MODO DE ACTUAR RESISTE-- EN LA ACCIÓN DIRECTA DE LAS HISTAMINAS SOBRE LOS VASOS. LA LIBERACIÓN DE HISTAMINA SE DEBE A LA ELABORACIÓN DE UN FACTOR ESPECÍFICO DE SANGRE. ESTA SE ESTIMULA POR LA ACCIÓN- ANTIGENO-ANTICUERPO, QUE OCURRE CUANDO UN COMPUESTO DE TIPO PROTEÍCO PENETRA EN EL TORRENTE Y EL PACIENTE SE HAYA SENSI- BILIZADO A ESE ANTÍGENO. LA PENCILINA ES QUIZA LA DROGA- QUE HOY EN DÍA PRODUCE REACCIONES ANAFILÁCTICAS MÁS GRAVES.

LA PREVENCIÓN DE SHOCK ANAFILÁCTICO SE FACILITA SI SE- TIENE UNA HISTORIA CLÍNICA Y CONOCIMIENTO SOBRE EXPERIEN--- CIAS PREVIAS SIMILARES DEL MISMO PACIENTE. EL EXAMEN DEL- ENFERMO EN BUSCA DE REACCIONES ALÉRGICAS DE PIEL, TÍPICOS-- ANTECEDENTES DE FIEBRE DE HENO O ASMA, CONOCIMIENTO DE MEDI- CACIÓN HITÁMICA.PREVIA, INDICAN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN- FORMA DEL TRATAMIENTO ANTIHISTAMÍNICO. ESTÁ INDICADO EM--

PLEAR CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA (BENADRYL), CLOHIDRATO--  
DE TRIPELENAMINA (PYRIBENZAMINA), CLORHIDRATO DE PROMICINA--  
(FENERGAN) ETC.

CUANDO SE PRESENTE UN EPISODIO GRAVE, SE HARÁ LO SI----  
GUIENTE: SE COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA, CON LA CA  
BEZA LIGERAMENTE HACIA ABAJO, SE ASEGURA QUE HAYA UN BUEN---  
PASAJE DE AIRE, SE ADMINISTRA OXÍGENO, SE UTILIZAN EN FORMA-  
APROPIADA SUSTANCIAS SIMPATICOMIMÉTRICAS, TAL COMO LA EPINE-  
FRINA POR VÍA SUBCUTÁNEA. POR VÍA ENDOVENOSA SE DÁ AMONOFI  
FILINA Y EL SUCCINATO DE SODIO, ETER DE HIDROCORTISONA. LA  
EPINEFRINA TIENE UN EFECTO DIRECTO Y CONTRARIO SOBRE LA HIS-  
TAMINA Y ES AGENTE DE ACCIÓN EN EL SHOCK ANAFILÁCTICO. SE-  
OBSERVARÁN LAS PRECAUCIONES USUALES Y LAS CONTRAINDICACIONES  
PARA EL USO DE CUALQUIERA DE ÉSTAS DROGAS.

#### SHOCK CARDIOGÉNICO:

SE DEBE A UNA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA Y POR LO GE-  
NERAL SE ENCUENTRA ASOCIADO A LA OCLUSIÓN CORONARIA O NAICOR  
DITIS AGUDA. EN TODOS LOS CASOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA-  
HAY UNA DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO, POR LO CUAL PONE EN PE-  
LIGRO AL APORTE DE OXÍGENO EN LOS TEJIDOS. LA PREVENCIÓN -  
DEL SHOCK CARDIOGÉNICO RESIDE EN LA CONSTRICCIÓN CORONARIA.  
SE EVITARÁ CUALQUIER SITUACIÓN QUE CAUSE UNA DISMINUCIÓN DE-  
LA PRESIÓN SANGUÍNEA.

EL TRATAMIENTO DEL SHOCK CARDIOGÉNICO CONSISTE EN LOS PASOS SIGUIENTES: POSICIÓN SUPINA, CABEZA HACIA ABAJO, VENTILACIÓN ADECUADA, EMPLEO DE ESTIMULANTES CARDÍACOS COMO LA ATROPINA, ADMINISTRACIÓN DE AGENTES VASODEPRESORES, EMPLEAR DROGAS CUYA ACCIÓN SEA DILATAR LAS CORONARIAS, TALES COMO NITROGLICERINA O NITRATO DE AMILO.

EL SHOCK CARDIOGÉNICO COMO CUALQUIER EMERGENCIA CARDÍACA REQUIERE LA INTERNACIÓN DEL PACIENTE Y LA CONSULTA CON EL MÉDICO, TAN RÁPIDO COMO SEA POSIBLE.

EN RESUMEN:

ES DE VITAL IMPORTANCIA DETERMINAR LAS CAUSAS ESPECÍFICAS, LOS FACTORES CONTRIBUYENTES, LA SEVERIDAD Y LA DURACIÓN DEL SHOCK. ES PRECISO PROCEDER CON RAPIDEZ, DECISIÓN Y CÁLULO EXACTO. ES MÁS SENCILLO Y MÁS EFICAZ LA PREVENCIÓN O EL RECONOCIMIENTO PRECOZ DEL SHOCK QUE EL TRATAMIENTO DEL SHOCK YA ESTABLECIDO.

RECONOCIMIENTO DEL SHOCK:

EN TERMINOS COMUNES CLASIFICAMOS AL PACIENTE COMO UN BUEN ESTADO CUANDO ES ROSADO, TIBIO Y SECO. POR EL CONTRARIO, EL PACIENTE EN ESTADO DE SHOCK SE ENCUENTRA FRÍO, VISCOSO Y HÚMEDO. LA PIEL ESTÁ PÁLIDA, EL LECHO DE LAS UÑAS CIANÓTICAS, EL PULSO DÉBIL Y FILIFORME Y LA PRESIÓN SANGUÍNEA DECRECE EN FORMA SIGNIFICATIVA.

MEDIDAS GENERALES:

1.- POSICIÓN:

PÓNGASE AL PACIENTE EN POSICIÓN DE SHOCK (DECÚBITO - CON LA CABEZA MÁS ABAJO QUE EL RESTO DEL CUERPO) A MENOS- QUE TENGA UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. ALGUNOS CLÍ- NICOS PREFIEREN LA ELEVACIÓN DE LAS PIERNAS ÚNICAMENTE, - YA QUE ASÍ ES POCO PROBABLE QUE SE INTERFIERA CON LA CIR- CULACIÓN CEREBRAL.

2.- VÍA AÉREA:

MANTÉNGASE UNA VÍA AÉREA ADECUADA, QUITÉNSE LAS PLA- CAS DENTALES, LÍMPIECE LA SANGRE, MOCO O CUERPOS EXTRAÑOS DE LA NARIZ Y DE LA BOCA, SI ES NECESARIO ASEGÚRESE UNA-- VENTILACIÓN PULMONAR ADECUADA POR MEDIO DE RESPIRACIÓN DE BOCA A BOCA, SI SE PRESENTA DISNEA O CIANOSIS, ADMINISTRE SE OXÍGENO DE 8 a 10 LITROS POR MINUTO POR MEDIO DE CATÉ TER O MASCARILLA.

3.- TEMPERATURA:

MANTÉNGASE AL PACIENTE CON TEMPERATURA ADECUADA, EVÍ TENSE ENFRIAMIENTOS, ASÍ COMO LA APLICACIÓN EXCESIVA DE-- CALOR QUE PUDIERA DILATAR AÚN MÁS LOS VASOS PERIFÉRICOS.

4.- ANALGÉSICOS:

CONTRÓLESE RÁPIDAMENTE EL DOLOR MEDIANTE EL USO ADECUADO DE PRIMEROS AUXILIOS Y ANALGÉSICOS. EL USO DE BARBITÚRICOS Y SILICATOS EN LA SEDACIÓN Y LA ANALGESIA.

5.- ALIVIO DE LA PRESIÓN:

DISMINÚYANSE LA PRESIÓN MEDIANTE PALABRAS Y ACCIONES TRANQUILIZANTES. EL PENTOBARBITAL SODICO (NEMBUTAL)---- 100mg/ POR VÍA ORAL A 130mg. VÍA SUBCUTÁNEA O POR SUPOSITARIOS, PUEDE SER DE UTILIDAD.

EN CONCLUSIÓN, EL TÉRMINO "SHOCK" ABARCA UN AMPLIO - ASPECTO DE FACTORES CAUSALES Y DETERMINANTES, SINTOMATOLOGIA, CATEGORÍAS DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, POR ESO NO HAY DUDA DE QUE EL ODONTÓLOGO GENERAL DEBE INFORMARSE SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS MÁS - RECIENTES Y PERFECCIONADOS, DISPONES Y SER CAPAZ DE UTILIZAR EL EQUIPO Y MEDICAMENTOS MÁS MODERNOS, ESTUDIAR Y TENER EXPERIENCIA PRÁCTICA DEL SISTEMA VASCULAR Y LA FISIOLOGÍA DE LA CIRCULACIÓN, ASÍ COMO EL CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DEL VEGETATIVO - EN SU RELACIÓN CON LOS MECANISMOS DEL SHOCK.



ES MUY IMPORTANTE QUE EL PROFESIONAL ESTÉ AL TANTO-  
Y CONOZCA EL ESTADO FÍSICO Y MENTAL DEL PACIENTE. PARA  
LOGRARLO EL ODONTÓLOGO DEBE HACER LO SIGUIENTE: ANTES DE  
INTERVENIR EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO DENTAL: PRIMERO OB  
SERVAR AL PACIENTE PARA COMPROBAR DESVIACIÓN FÍSICA O DE  
CONDUCTO, SEGUNDO COMPROBAR Y REGISTRAR LA PRESIÓN E IN-  
TENSIDAD DEL PULSO, ESTA INFORMACIÓN PREPARARÁ MEJOR AL-  
DENTISTA PARA CONOCER CABIOS QUE PUEDAN INTERFERIR EN EL  
TRATAMIENTO.

EN VISTA DE LAS IMPLICACIONES HABITUALES MÉDICO-LE-  
GALES EN LA PRÁCTICA DENTAL MODERNA. ESTOS REQUISITOS  
ASEGURARÁN AL PROFESIONAL UN NIVEL ACEPTABLE DE PRÁCTI-  
CA Y PROPORCIONAN AL PACIENTE UN ELEVADO NIVEL DE TRATA  
MIENTO

C O N C L U S I O N E S .

I.- LA HERIDA ES LA PÉRDIDA DE CONTINUIDAD MÁS SUPERFICIAL DEL ORGANISMO CAUSADA POR LA ACCIÓN DE UNA VIOLENCIA EXTERNA QUE PUEDE SER PRODUCIDA POR: APLASTAMIENTO, - ARMA DE FUEGO, ARRANCAMIENTO, CONTUSIÓN O POR UNA ARTICULACIÓN EXCESIVA.

II.- LA CICATRIZACIÓN ES: PRIMARIA CUANDO LA HERIDA SE CONSIDERA LIMPIA, ES DECIR QUE CICATRIZA OPORTUNAMENTE SECUNDARIA, CUANDO ES CONTAMINADA POR BACTERIAS; TERCIA--RIA, AQUELLA QUE ESTÁ PRODUCIDA POR UNA ALTA DOSIS DE CONTAMINACIÓN Y ES DIFÍCIL DE CICATRIZAR.

III.- LA HEMORRAGIA ES EL FLUJO DE SANGRE CON TODOS-SUS ELEMENTOS CONSECUENTEMENTE A LA ROTURA DE UN VASO; SE CLASIFICA EN: PRIMARIA, COMO LA QUE OCURRE DURANTE LA OPERACIÓN; INTERMEDIA, LA QUE SE PRESENTA DESPUÉS DE LAS 24-HORAS DE LA INTERVENCIÓN OPERATORIA; SECUNDARIA, LA INTERVENCIÓN QUE TIENE LUGAR DESPUÉS DE HABER PRACTICADO OPERACIONES BUCALES DE CIRUCÍA MENOR.

LAS HEMORRAGIAS INTERMEDIAS Y SECUNDARIAS, SON POR -

LO GENERAL MÁS GRAVES Y EMBARAZOSAS PARA EL DENTISTA, - PUES GENERALMENTE OCURREN CUANDO EL PACIENTE HA ABANDONADO EL CONSULTORIO Y EL ODONTÓLOGO TIENE LA DESVENTAJA DE NO OBSERVAR EL VERDADERO ESTADO DEL ENFERMO.

POR ELLO, ES DE SUMA IMPORTANCIA ENTENDER Y COMPRENDER LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA HEMOSTASIA, O SEA LA DETENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POR UNO O VARIOS PROCEDIMIENTOS, YA SEAN ESPONTÁNEOS, FISIOLÓGICOS, ARTIFICIALES O TERAPÉUTICOS.

IV.- LA ANESTESIA ES LA FALTA O PRIVACIÓN DE TODA SENSIBILIDAD, EN CAMBIO LA ANALGESIA ES LA SUPRESIÓN DEL DOLOR EN TODO EL ORGANISMO O PARTE DE ÉL.

V.- LOS ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL DURANTE SU APLICACIÓN PUEDEN MANIFESTARSE LOCALMENTE EN LA REGIÓN INTERESADA O SER APARENTES EN SU REGIÓN GENERAL, SOBRE LA TOTALIDAD DEL ORGANISMO, PUEDE INVOLUCRARSE CON EL ENFERMO, CON EL OPERADOR O CON EL INSTRUMENTAL. ALGUNOS DE ELLOS CON CARÁCTER PREVISIBLE Y EVITABLE Y OTROS NO; PUEDEN TENER LUGAR DESDE UNA INFECCIÓN LEVE, HASTA AMENAZAR CON LA MUERTE POR ELLO EL OPERADOR DEBE PERCATARSE DEL ESTADO DE SA-

LUD GENERAL DEL PACIENTE Y TENER LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA ASEPSIA, LA ANATOMÍA Y LA FISIOLÓGÍA, ADEMÁS--POSEER LA TÉCNICA ADECUADA PARA LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA POR INYECCIÓN, Y TENER LOS CONOCIMIENTOS DE LOS --CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS QUE SE REQUIEREN PARA EL EXITO DE UNA INTERVENCIÓN OPERATORIA.

VI.- LA ELECCIÓN ADECUADA DE UNA ANESTÉSICO ES DE--SUMA TRASCENDENCIA, YA QUE DE ELLO DEPENDE EL ÉXITO O --FRACASO DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN BOCA O DIENTE, Y ESTA ELECCIÓN ES DE LA RESPONSABILIDAD DEL OPERADOR,--DEL ENTRENAMIENTO O DE LA HABILIDAD DE ÉSTE.

VII.- LAS EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS SE PRESENTAN EN --TODA PRÁCTICA DENTAL, MUCHAS DE ESTAS TIENEN POCA IMPOR--TANCIA Y OTRAS ADQUIEREN PROPORCIONES MAYORES. LA ME--JOR MANERA DE EVITAR LOS ACCIDENTES ES OBSERVANDO ZONAS--PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS, ACCESO ADECUADO, USO CONTROLADO--DE FUERZA Y SOBRE TODO CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN TOTAL SOBRE EL PROBLEMA, LO QUE HARÁ QUE LAS EMERGENCIAS QUIRÚR--GICAS SEAN MUY REDUCIDAS.

VIII.- ESNTRE LOS INCIDENTES QUE AFECTAN A LAS PAR-

TES BLANDAS TRÁS LA EXTRACCIÓN DENTARIA ENCONTRAMOS:

- A) DESGARRAMIENTO DE MUCOSA.
- B) HERIDA EN TEJIDOS BLANDOS.
- C) HERIDA PUNTIFORME EN TEJIDOS BLANDOS.

ENTRE LOS INCIDENTES DE OTRO TIPO QUE SURGEN DURANTE LA EXTRACCIÓN TENEMOS:

- A) LESIONES EN EL HUESO.
- B) LESIONES EN DIENTES VECINOS.
- C) RAÍCES FRACTURADAS.
- D) RAÍCES TEMPORARIAS.
- E) ÁPICES EN SENO MAXILAR.
- F) OBTURACIONES DESPLAZADAS.
- G) EXTRACCIÓN EQUIVOCADA DE UN DIENTE.

LOS NERVIOS QUE PUEDEN RESULTAR LESIONADOS DURANTE LA EXTRACCIÓN SON:

- A) DENTARIO INFERIOR.
- B) MENTONIANO.
- C) LINGUAL.

LAS LESIONES EN VASOS SANGUÍNEOS SON UN ACCIDENTE--  
COMUN EN LA CIRUGÍA INTRA-ORAL. POR FORTUNA LA ATENTA-  
OBSERVACIÓN DE SANOS PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS Y LA HABILI-  
DAD DEL OPERADOR, HARÁN QUE DICHAS LESIONES SEAN ATENDI-  
DAS ADECUADAMENTE EN EL MOMENTO OPORTUNO.

IX.- LA ISQUEMIA ES UNA ANEMIA ORAL DE CARÁCTER LO-  
CAL QUE SE PRESENTA POR LA COMPRESIÓN DIGITAL DE UN PE-  
QUEÑO TRONCO ARTERIAL O POR LA INYECCIÓN SUBMUCOSA DE---  
SUBSTANCIAS VASO-CONTRACTORAS.

X.- LA EQUIMOSIS ES LA COLORACIÓN QUE ADQUIERE LA--  
PIEL O MUCOSA, QUE RESULTA DE LA EXTRAVASACIÓN DE LA SAN-  
GRE A CAUSA DE UN TRAUMATISMO.

XI.- EL TRISMUS ES UNA CONTRACTURA DE LOS MÚSCULOS-  
ELEVADORES DE LA MANDÍBULA, QUE ES CAUSADO POR HERIDA, -  
LESIÓN, TRAUMATISMO O POR UNA INFECCIÓN QUE MANTIENE EN-  
CIERRE FORZOSO AMBAS ARCADAS DENTARIAS, OCACIONANDO DO-  
LOR AL EJERCER LOS MOVIMIENTOS DE CIERRE Y APERTURA DE -  
LA CAVIDAD BUCAL.

XII.- LA PARÁLISIS FACIAL SE DEFINE COMO LA PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD Y FALTA DE MOVIMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA REGIÓN AFECTADA POR ESTA, POR LO GENERAL ES CAUSADA-- TRAS LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA DE DURACIÓN VARIABLE.

XIII.- LAS LUXACIONES Y SUBLUXACIONES SE PRESENTAN-- POR TRAUMATISMO O POR CUALQUIER TIPO DE MOVIMIENTO VIO-- LENTO DURANTE UN TRATAMIENTO ORTODÓNTICO, Y SE CARACTERI-- ZA POR LA DIFICULTAD QUE TIENE EL PACIENTE PARA EJERCER-- LOS MOVIMIENTOS DE CIERRE Y APERTURA DE LA CAVIDAD BUCAL PRODUCIÉNDOSE UN TRISMUS REFLEJO QUE FORMA UNA REACCIÓN-- INFLAMATORIA CAUSANDO DOLOR. LAS LUXACIONES SE DIVIDEN EN POSTERIOR Y CENTRAL, MIENTRAS LAS SUBLUXACIONES EN -- DISLOCACIÓN DEL DISCO HACIA ADELANTE Y HACIA ATRÁS.

XIV.- LA ASPIRACIÓN Y DEGLUCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS NO SON DE MODO ALGUNO ACCIDENTES RAROS, ENTRE LOS OBJE-- TOS QUE MÁS FRECUENTEMENTE LLEGAN A LAS VÍAS AERÍFERAS O AL TRAMO SUPERIOR DEL ESÓFAGO ENCONTRAMOS DIENTES FRAG-- MENTADOS DE ESTOS Y DE ESQUILAS OSEAS, PLACAS PROTÉTICAS CORONAS, TIRANERVIOS, ETC. ESTOS ACCIDENTES RECLAMAN -- LA MÁXIMA ATENCIÓN Y CUIDADOSO SENTIDO DE RESPONSABILI-- DAD POR PARTE DEL DENTISTA, PARA EVITAR EN LO POSIBLE -

DICHA EMERGENCIA.

XV.- NI LA MENSTRUACIÓN NI EL EMBARAZO SON UNA CONTRAINDICACIÓN PARA UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO. LOS ACIDENTES SON POCOS Y RAROS Y CASI SIEMPRE SE DEBEN A LAS ALTERACIONES DE TIPO NERVIOSO DURANTE EL PERÍODO EN QUE SE ENCUENTRAN LAS PACIENTES. SU SISTEMA NERVIOSO ES -- MAS INESTABLE Y POR ESTA CAUSA SUELEN ATRIBUIRSE MUCHOS- TRASTORNOS AL TRATAMIENTO O A LA ADMINISTRACIÓN DE LA -- ANESTESIA. ADEMÁS, EN EL CASO DE MUJERES EMBARAZADAS-- NUESTRA COSTUMBRE LA DEBEMOS ENCAMINAR EN CONSULTAR SIEMPRE CON EL GINECÓLOGO QUE ATIENDE A LA SEÑORA PARA TRANQUILIDAD DE LLA Y PARA FACILITAR NUESTRO MANEJO.

XVI.- LA LIPOTIMIA ES LA PÉRDIDA MOMENTÁNEA DE LOS- SENTIDOS Y EL MOVIMIENTO, EL ROSTRO SE TORNA PÁLIDO, LA- RESPIRACIÓN Y LA CIRCULACIÓN SE DEBILITAN. SUELE ESTAR PRECEDIDA DE SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS TALES COMO: PALI-- DEZ DE LA PIEL, SUDORES Y RIGIDEZ DE LA MIRADA, LA LIPO- TIMIA ES EL TRASTORNO QUE CON MÁS FRECUENCIA SE PRESENTA EN LA INTERVENCIÓN ODONTOLÓGICA, EL PACIENTE AFECTADO--- CAE. SI SE ENCUENTRA DE PIE Y SE DERRUMBA SI SE ENCUENTRA SENTADO, PERDIENDO EL CONOCIMIENTO.



XVII.- EL SÍNCOPE ES LA PÉRDIDA SÚBITA Y TOTAL DEL CONOCIMIENTO Y LA SENSIBILIDAD CON DETENCIÓN MÁS O MENOS COMPLETA DE LA RESPIRACIÓN Y DEBILITAMIENTO, SUPRESIÓN BRUSCA Y MOMENTÁNEA DE LOS LATIDOS CARDÍACOS.

XVIII.- EL PARO CARDÍACO ES LA DETENCIÓN DE LAS CONTRACCIONES CARDÍACAS QUE OCASIONA EN EL PLAZO DE 3 a 5 MINUTOS LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDO NERVIOSO Y AL CABO DE UN PERÍODO-- DE DURACIÓN VARIABLE SOBREVIEENE LA MUERTE.

XIX.- COLAPSO CIRCULATORIO ES LA DETENCIÓN DE LAS CONTRACCIONES CARDÍACAS QUE OCASIONAN EN EL PLAZO DE 3 a 5 MINUTOS LA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO NERVIOSO Y AL CABO DE UN PERÍODO DE DURACIÓN VARIABLE SOBREVIEENE LA MUERTE.

XX.- EL SHOCK ES EL ESTADO DE CONNOCIÓN DE INTENSIDAD-VARIABLE QUE APARECE REPENTINAMENTE Y QUE PUEDE SER DE CORTA DURACIÓN, PASANDO SIN DEJAR HUELLA Y PERSISTIR UN TIEMPO MÁS O MENOS LARGO Y TERMINAR CON LA MUERTE.

NUMEROSOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS ESTÁN INVOLUCRADOS EN LA PRODUCCIÓN DEL SHOCK, TALES COMO: LA FALTA DE VOLUMEN SANGUÍNEO, REDUCCIÓN DEL DÉBITO CARDÍACO, ALTERACIO--

NES DEL TONO VASCULAR PERIFÉRICO, AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD CAPILAR, DISMINUCIÓN DEL DÉBITO URINARIO, AACIDOSIS Y--OTRAS CARACTERÍSTICAS FISIOQUÍMICAS DE LA SANGRE.

LAS CARACTERÍSTICAS DE SHOCK SON: INSUFICIENCIA DE LA-CIRCULACIÓN PERIFÉRICA, CAÍDA DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, PULSO RÁPIDO Y DÉBIL Y A VECES INCONCIENCIA.

LOS TIPOS DE SHOCK SON: TRAUMÁTICO, NEUROGÉNICO O PRIMARIO, HATOGÉNICO O SECUNDARIO, VASOGÉNICO, ANAFILÁCTICO Y-CARDIOGÉNICO.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- AWLLANAL, DUARTE  
DICCIONARIO ODONTOLÓGICO.  
EDITORIAL MUNDI, S.A.  
4a. EDICIÓN  
BUENOS AIRES, 1980  
1589 PÁGINAS
  
- 2.- CARDENAL, LEÓN  
DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS.  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
MÉXICO, 1974  
1675 PÁGINAS
  
- 3.- EAMARA C. DOBAS Y HERMANN PRINZ  
FARMACOLOGÍA TERAPÉUTICA. DENTAL.  
EDITORIAL HISPANOAMÉRICA  
MÉXICO, 1976  
178 PÁGINAS
  
- 4.- FRANCK M. CARTHY  
URGENCIAS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.  
EDITORIAL MUNDI  
BUENOS AIRES, 1970  
196 PÁGINAS

- 5.- MONHEIM, LEONARDO M.

ANESTESIA GENERAL EN LA PRÁCTICA DENTAL.

EDITORIAL MUNDI.

BUENOS AIRES, 1962

255 PÁGINAS

- 6.- KRUGER O. GUSTAVO

CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL.

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.

MÉXICO, 1983

875 PÁGINAS

- 7.- KARL AAUPL WHILHELM MAYER Y KARLS SHUCHART.

TRATADO GENERAL DE ODONTOLÓGICA-ESTOMATOLOGÍA.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, 1961

260 PÁGINAS

- 8.- ROBERT J. GGRLIN, HENRY M. GOLAMAN

PATOLOGÍA ORAL.

SALVAT EDITORES, S.A.

1a. EDICIÓN

BARCELONA ESPAÑA, 1973

346 PÁGINAS

9.- KATZ Mc. DONALD STOONEY

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA. EN ACCIÓN.

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.

3a. EDICIÓN

MÉXICO, 1983

175 PÁGINAS