



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**EMERGENCIAS
MEDICO DENTALES**

T E S I S

Que para obtener el título de:

Cirujano Dentista

P r e s e n t a n

Vidal Anguiano Leticia

Naranjo Martínez Miriam Susana

MEXICO, D. F.

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I.

- I. VALORACION FISICA PREVIA AL TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO.
- I.1 HISTORIA PRELIMINAR
- I.2 HISTORIA DETALLADA
- I.3 ENFERMEDADES METABOLICAS
- I.4 PROCEDIMIENTO ACONSEJADO PARA EL PACIENTE ANGINICO
- I.5 MANEJO RECOMENDADO PARA PACIENTES QUE SUFRIERON ATQUE CARDIOVASCULAR
- I.6 EXAMEN FISICO
- I.7 PRUEBAS DE LA CAPACIDAD RESPIRATORIA
- I.8 PRUEBAS DE LABORATORIO

CAPITULO II.

- II. MANEJO DE PACIENTES EMBARAZADAS EN EL CONSULTORIO DENTAL
- II.1 STRESS
- II.2 COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO
- II.3 DEFORMACIONES CONGENITAS (EFECTOS TRANS-PLACENTALES DE DROGAS)
- II.4 EFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE Y DIENTES
- II.5 RADIOGRAFIAS EN LA FUTURA MADRE
- II.6 ANESTESIA

CAPITULO III.

- III. HEMORRAGIAS
- III.1 HEMORRAGIAS DEBIDO A FACTORES LOCALES
- III.2 HEMORRAGIAS POR DEFICIENCIA O DISFUNCION DE FACTORES DE COAGULACION
- III.3 HEMORRAGIAS POR ENFERMEDADES GENERALES - QUE NO AFECTAN A LA CAVIDAD BUCAL

CAPITULO IV.

- IV. COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL
- IV.1 COMPLICACIONES LOCALES
- IV.2 COMPLICACIONES SISTEMICAS

CAPITULO V.

- V. SHOCK
- V.1 DEFINICION DE SHOCK
- V.2 DIFERENTES TIPOS DE SHOCK
- V.3 RECONOCIMIENTO DE SHOCK
- V.4 TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

CAPITULO VI.

- VI. EMERGENCIAS QUIRURGICAS EN LA PRACTICA DENTAL
- VI.1 LESIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS
- VI.2 DESGARROS MUCOSOS
- VI.3 HERIDAS PROFUNDAS EN TEJIDOS BLANDOS
- VI.4 HERIDAS FUNTIFORMES DE TEJIDOS BLANDOS
- VI.5 LESIONES DE LOS DIENTES VECINOS
- VI.6 OBTURACIONES DESPLAZADAS O QUEBRADAS
- VI.7 EXTRACCION EQUIVOCADA DE UN DIENTE
- VI.8 AGUJAS FRACTURADAS
- VI.9 INSTRUMENTOS FRACTURADOS
- VI.10 ASPIRACION O DEGLUCION DE CUERPOS EXTRAÑOS

CAPITULO VII.

- VII. TRAUMATISMO DE LOS DIENTES Y DE LA APOFISIS ALVEOLAR
- VII.1 CLASIFICACION DEL TRAUMATISMO DENTAL
- VII.2 FASES DEL TRAUMATISMO DENTAL

CAPITULO VIII.

- VIII. EXTRACCION DE RAICES FRACTURADAS
- VIII.1 LIMPIEZA DEL CAMPO OPERATORIO
- VIII.2 EXTRACCION POR VIA ALVEOLAR

- VIII. 3 EXTRACCION DE LA RAIZ
- VIII. 4 PROCEDIMIENTOS ABIERTOS

CAPITULO IX.

- IX. DROGAS DE EMERGENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL
 - IX. 1 ASPIRINA
 - IX. 2 PENICILINA
 - IX. 3 PROCAINA
 - IX. 4 LIDOCAINA (XILOCAINA)
 - IX. 5 VASOCONSTRICTORES
 - IX. 6 OTROS ANTIBIOTICOS
 - IX. 7 BARBITURICOS
 - IX. 8 TRATAMIENTO

CAPITULO X.

- X. ASPECTOS LEGALES DE LAS EMERGENCIAS DENTALES
 - X. 1 EMERGENCIAS DIARIAS
 - X. 2 EL EMPLEADO EN LAS EMERGENCIAS
 - X. 3 PROHIBICION DE ACOMPAÑANTES
 - X. 4 RECETAS DE EMERGENCIAS
 - X. 5 CUERPOS EXTRAÑOS
 - X. 6 PRECAUCIONES
 - X. 7 MUERTE

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

Los casos de emergencias en la práctica odontológica aumenta a causa de muchos factores: entre los cuales hallamos la mayor porción de pacientes ancianos, el aumento de drogas sedantes potentes, las sesiones más prolongadas, el empleo cada vez más difundido de alta velocidad y el aumento de volúmen de la práctica odontológica general y sus especiales.

Por éstas razones también incluyendo la cantidad de descuidos que se encuentran en éstas categorías, el dentista se va obligado a poner en práctica continua sus conocimientos sobre la prevención, reconocimiento y tratamiento de las emergencias.

Por definición, una emergencia es una circunstancia que exigen intervención inmediata. Es obvio que es imposible realizar dentro del ámbito de ésta definición una revisión completa de posibles emergencias en el consultorio dental.

Se ha escogido una lista de temas que a nuestra consideración son más útiles en la práctica general en odontología, o por la responsabilidad que asumirá el dentista en caso de desastre civil.

Prevenir una emergencia grave, presenta el servicio más importante que el odontólogo brinda a su paciente, ya que no es posible restar importancia a la necesidad de un tratamiento efectivo e inmediato de una emergencia.

La emergencia y la responsabilidad de la prevención efectiva en el tratamiento rápido, se encuentra solamente en manos del dentista capaz e informado.

CAPITULO I.

VALORACION FISICA PREVIA. AL TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO

I. VALORACION FISICA PREVIA AL TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO

Esta ha sido utilizada por el odontólogo durante muchos años, actualmente está considerada como algo común - aún cuando día a día se implican más riesgos, por sesiones prolongadas, anestesia aplicada y mayor número de pacientes ancianos. Una valoración física adecuada implica una responsabilidad moral y ética.

Es necesario que el odontólogo conozca una buena técnica de valoración, pues si se presentan enfermedades graves, reacciones físicas o hasta la muerte son de importancia porque tienen relación directa con la anestesia o el tratamiento, estos riesgos pueden ser evitados por una buena valoración física, y al mismo tiempo medir la capacidad física y emocional para determinar si el paciente está capacitado odontológicamente.

La técnica que escogimos es muy sencilla y básica, que consiste de una sola ficha, ya que consideramos que a través de experiencias, y según sus antecedentes el odontólogo general puede desarrollar la capacidad de hacer un juicio detallado y exacto del estado físico de su paciente.

Esta ficha básica se puede utilizar sin tener en cuenta el tipo de clientela, solo se hará una historia clínica detallada cuando sea necesario utilizar la anestesia general.

I.I HISTORIA PRELIMINAR

El nuevo paciente completa su historia y la ficha común en la sala de espera, después la asistente realiza la ficha médica y junto con el paciente corrobora ésta, el paciente y la asistente firman la ficha.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	_____	EDAD	_____
RESPONDE A CADA PREGUNTA		MARQUE UNA	
		SI	NO

1. Ha sido asistido usted como paciente en un hospital durante los últimos dos años.
2. Estaba usted tomando cualquier clase de medicamentos o droga durante el año pasado.

3. Esta usted o estaba bajo tratamiento médico durante los últimos dos años.
4. Es usted alérgico a la penicilina o alguna droga o medicamento.
5. Ha tenido usted alguna vez una hemorragia excesiva que requirió tratamiento especial
6. Rodee el nombre de las siguientes enfermedades que usted haya tenido: Problemas cardíacos, soplo cardíaco, presión sanguínea-alta, fiebre reumática, asma, tos, diabetes tuberculosis, hepatitis, ictericia, artritis, infarto, si ha estado embarazada favor de marcar.
- 7.- Ha tenido alguna otra enfermedad grave.
8. Ha comido o bebido usted durante las últimas dos horas.

9. Quién lo va a llevar a su casa _____

FECHA _____

FIRMA _____

SI ES MENOR TUTOR O PARIENTE _____

I.2 HISTORIA DETALLADA

Se confecciona una vez revisada la ficha preliminar, en la mayoría de los casos se emplea un poco de tiempo a ésta tarea, si la historia preliminar revela datos que exigen una investigación más profunda, habremos de hacerlo o consultar con un médico en caso de duda.

I.3 ENFERMEDADES METABOLICAS

Diabetes Mellitus: No hay que tratar al diabético no controlado, su salud lo convierte en un paciente con poca capacidad para resistir el esfuerzo del tratamiento odontológico, y se demostró que la tensión emocional aumenta la glucemia, la tendencia a la acidosis y el coma diabético.

La mayoría de los diabeticos hayan en condiciones de proporcionar una información precisa sobre su estado, ya que realizan en forma rutinaria su exámen de azúcar en la orina, si el análisis de orina es negativo no habrá problema durante el tratamiento dental.

Si por alguna razón el paciente duda sobre su salud es conveniente preguntarle sobre su sed normal, eliminación anormal de orina y pérdida anormal de peso. Todos estos son algunos signos de diabetes no controlada; si aún quedan dudas se impondrá una consulta con el médico.

Es necesario señalar que la diabetes avanzada no se puede controlar rápidamente por sustitutos de la insulina. Si el paciente está tomando Diabinaza o está controlado solo por la dieta, es posible suponer que la enfermedad no es grave.

En la presencia de diabetes controlada o no hay una tendencia al desarrollo precoz de arterioesclerosis por lo tanto será bueno investigar sobre alteraciones cardíacas o de angina de pecho.

Con frecuencia, la comida que se realiza antes de la consulta es inadecuada, o se desaprovecha debido totalmente a la tensión, en estos días que se trabaja por cuadrantes es habitual perder otra comida, o incluso dos comidas después de la consulta.

Al hacer perder comidas al paciente indicar que disminuya su insulina a la mitad o que la elimine por completo el día del tratamiento para evitar un shock insulínico ya que un nivel alto de azúcar en la sangre durante un plazo breve es inocuo.

INSUFICIENCIA ADRENAL: Para suponer la presencia de una insuficiencia adrenal si el paciente estuvo ingiriendo algún adrenocorticoesteroide (cortisona, hidrocortisona), durante los últimos seis meses. Puede ocurrir una lesión irreversible en presencia de un estímulo poco intenso como la inyección de un anestésico local, o una extracción simple. En este caso debe uno consultar con el médico del paciente.

INSUFICIENCIA CARDÍACA: Conocida más comúnmente como descompensación cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva, el paciente que sufre fallas cardíacas, representa uno de los riesgos más comunes en el consultorio.

dental. Los principales síntomas de la insuficiencia cardíaca son, la disnea o respiración corta, el segundo síntoma más importante es el edema, que comienza con los tobillos. Para nuestro propósito, la valoración de los grados de disnea es relativamente exacto.

ANGINA DE PECHO: La angina de pecho, también conocida como dolor cardíaco paroxístico con síndrome angínico-este tipo de paciente presenta inconvenientes considerables mayores que el caso de insuficiencia cardíaca; debe recordarse que el ataque puede ser irreversible, y evoluciona hacia la trombosis coronaria y posiblemente hacia la muerte.

El paciente presenta una historia de ataque recurrente de dolor subexternal, que oscila entre el leve e intenso, hay irradiaciones de dolor hacia el hombro o el brazo izquierdo, con menor frecuencia se dirige hacia el hombro derecho hacia la espalda. El dolor se desencadena al realizar un esfuerzo o por la excitación y por lo general cede durante el reposo. El paciente toma, por lo común nitróglicerina para aliviar el dolor, es aconsejable consultar el plan de tratamiento odontológico con el médico del paciente.

I.4 PROCEDIMIENTO ACONSEJADO PARA EL PACIENTE ANGINICO

1. Se indica medicación sedante con rutina, con agentes hipnóticos u otros agentes sedantes, según se prefiera estos pacientes toleran más la tensión emocional.
2. Hacer todos los esfuerzos por lograr una anestesia local efectiva.
3. Premedicar nitroglicerina sublingual, al rededor de 5-minutos antes de iniciar la anestesia local, hay que utilizar dosis de nitroglicerina habituales para el paciente, si el paciente no trae consigo la dosis habitual, hay que utilizar nitroglicerina en dosis de 1/200 grains (1 grain es igual a 0.62 gramos).
4. Para aliviar el dolor angínico debe durante el tratamiento odontológico una o dos tabletas de 1/200 grains de nitroglicerina sublingualmente. No hay que tener miedo a una reacción paradójica cuando el síndrome angínico intenso, hay que hacer inhalar al paciente el -

contenido de una ampollita de nitrito de amilo.

I.5 MANEJO RECOMENDADO PARA PACIENTES QUE SUFRIERON ATAQUE CARDIOVASCULAR

Esto se manifiesta por orden de instalación como sigue; cefaleas intensas, vómitos, somnolencia, posible coma o convulsiones, parálisis, con recuperación o sin ella.

1. Se recomienda una consulta médica, si el estado físico del paciente es dudoso.

2. No realizar tratamiento odontológico especial alguno - al menos después de seis meses del episodio.

3. Planear sesiones cortas.

4. Es aconsejable medicar un hipnótico, pero si éste se utiliza con mucho cuidado para no provocar un estado extremo de somnolencia o depresión. La excesiva administración de sedantes disminuye la circulación cerebral y puede originar una trombosis cerebral.

I.6 EXAMEN FISICO

La historia clínica de rutina, más las preguntas indicadas proporcionarán un gran número de casos. Sin embargo ninguna valoración es completa sin un examen físico.

INSPECCION: La inspección del paciente representa el primer paso de cualquier examen físico, quizás nosotros lo hemos estado haciendo desde que empezó la práctica odontológica. Hay que acostumbrarse a ver al paciente cuando se controla la confección de la ficha detallada, los puntos que hay que tener en cuenta son:

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1.- El color de la piel | 5.- Los dedos |
| 2.- Los ojos | 6.- El cuello |
| 3.- Las conjuntivas | 7.- Los tobillos |
| 4.- Las manos | 8.- Ritmo respiratorio |

Presión sanguínea y pulso: Es conveniente que a los pacientes mayores de 15 años debe hacerseles como rutina la determinación de la presión sanguínea.

La técnica de la determinación de la presión sanguínea es muy fácil, y se le puede enseñar al asistente a -- realizarla como rutina, aunque si vemos que los valores son anormales entonces nos encargaremos personalmente.

La presión sanguínea es variable de 90/60 a 150/100-

en el adulto normal, como varía de 20 a 30 mm en un período corto, a causa del esfuerzo o excitaciones, hay que hacer varias lecturas en caso de duda, y hay que suponer -- que el valor más bajo es el normal para el paciente.

No existe una manera simple de estimar los valores de la presión sanguínea, si la hipertensión del paciente es leve o intensa, dicha valoración depende de la presión sanguínea o lo que es más importante, de la valoración total del paciente, el paciente que está ingiriendo drogas antihipertensivas que posee antecedentes de apoplejía y una presión 160/100, es de mayor cuidado en el consultorio dental, que el que posee hipertensión, y si existiera el caso de no estar tratada de un valor de 190/120, y una falta total de síntomas vinculadas con la hipertensión y al haber dudas sobre el tratamiento, será bueno consultar con el médico.

I.7 PRUEBAS DE LA CAPACIDAD RESPIRATORIA

Al confeccionar la historia y realizar el examen físico quedarán dudas sobre alguna afección cardiovascular o pulmonar, se realizarán las pruebas de la capacidad respiratoria, que es el extremo exacto, y se realizará en un tramo de escalera.

- TECNICA:**
1. El paciente respira profundamente
 2. El paciente aprieta las narinas para evitar la respiración, ya que de otra forma, los pacientes respirarían por la nariz.
 3. Se contiene la respiración tanto cuanto sea posible, mientras el dentista registra el tiempo.

INTERPRETACION:

1. Los límites máximos varían mucho y llegan a sobrepasar los 35-45 seg.
2. Un resultado de 15 seg o menos, en especial cuando hay pruebas de afección cardiovascular o respiratorias, hace abrigar sospecha.

I.8 PRUEBAS DE LABORATORIO

Antes de ser sometidos a la anestesia general los pacientes que han sido hospitalizados, han tenido un examen mínimo de laboratorio, que consiste en análisis de orina y recuento globular completo. Realmente dudamos de que dichos exámenes aporten algo significativo a la valoración aquí señalada.

Si hay duda sobre alguna posible enfermedad renal, - anemia, tendencia hemorrágica, diabetes, etc., es importante en estos casos mandarlos al laboratorio clínico, según sea nuestra experiencia para la interpretación de dichos análisis, pero lo más recomendado por nosotros será remitirlo al médico y una vez ya recuperado o controlado será más fácil atenderlo sin ningún riesgo.

C A P I T U L O II.

MANEJO DE PACIENTES EMBARAZADAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

II MANEJO DE PACIENTES EMBARAZADAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es obvio que la futura madre debe tener una buena asistencia dental, pero existe la creencia que ésta asistencia se reduce solo a profilaxis o restauraciones simples y que cualquier procedimiento restaurativo o quirúrgico se debe posponer hasta después del nacimiento.

Esto tiene como base el temor de producir daño físico al feto; estos temores se basan en el hecho de que en algunos casos se hicieron extracciones y se produjo aborto o mal parto, tiempo más tarde; de ante mano hay que saber la fisiología del embarazo para dar un manejo adecuado a estas pacientes.

Las autoridades en esta materia (ginecología), permiten que se les pueda hacer cualquier procedimiento dental o quirúrgico, siempre y cuando la paciente se encuentre bien de salud.

La ansiedad puede ser el hecho de que cualquier mujer en este estado aborde náuseas que no se conocen con claridad, cuando llega a ocurrir este accidente desafortunadamente, existe la tendencia humana de culpar a algo o a alguien, esto no nos debe impedir brindar un cuidado adecuado, aliviar el dolor y eliminar problemas dentales.

II.1 STRESS

La modificación del equilibrio hormonal, y el crecimiento progresivo del feto da como resultado el fenómeno de la mujer embarazada: ritmo cardíaco acelerado, aumento en el volumen sanguíneo y el consumo de oxígeno---disminución de la función hepática, el grado de filtración glomerular y el fluido del plasma renal, cualquiera de estos cambios pueden dar como resultado un Stress.

Como ya se dijo, se cree que el manipuleo físico o una extracción dental tiene relación con la mortalidad del feto por otro lado nunca se ha demostrado que una simple extracción sea la causa directa de un aborto o un mal parto, pero la tensión física producida por algún dolor dental es mucho más nociva que un tratamiento dental adecuado.

La respuesta bioquímica del Stress consiste en la liberación en grandes cantidades de cortisona y sus derivados en el torrente sanguíneo.

II.2 COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO

Vómito pernicioso, que es la forma más grave del malestar matutino ordinario, que ocurre frecuentemente durante el primer trimestre de embarazo, el componente neurótico influye con la persistencia de este estado, la medida de normalización es la alimentación rica en carbonhidratos, es aconsejable atender a estos pacientes después de la alimentación.

Síndrome Hipotensivo (suspiro): La posición es importante en el tratamiento durante el último trimestre de embarazo, se manifiesta por un episodio de hipotensión intensa, que se corrige solo con el cambio de posición. La teoría dice que la posición semireclinada o supina total hace que el útero comprima los grandes vasos e interfiera en el retorno venoso hacia el corazón.

II.3 DEFORMACIONES CONGENITAS (EFECTOS TRASPLACENTALES DE DROGAS)

Desde la aparición de algunas defecruidades congénitas debido al uso de tranquilizantes, hay interes en el efecto teratogénico (fisuras del paladar, etc.), fueron estudiados varios tranquilizantes y sedantes, y se informó que algunos inducían aborto o producción del nacimiento con criaturas deformadas en animales, además otros hallazgos indican que la reserpina, cortisona, algunas sulfas - estimuladoras del sistema nervioso, la tetraciclina son nocivas para el feto.

Tetraciclinas: Se demostró que sus efectos trasplacentaria, era la coloración de los dientes, si el antibiótico se administrara durante el período de calcificación, pero una lesión mucho más grave es la que afecta al Ovo - par craneal lo cual produce sordera a los niños.

Floruros: Un estudio demostró que la placenta actúa como una barrera parcial de los floruros lo cual protege al feto de sus excesos, los niveles en la sangre del feto eran iguales, tanto si el floruro provenía solamente del agua como de tabletas de floruro de sodio.

Gases Anestésicos: Poco se ha investigado sobre esto pero se ha hecho investigaciones en animales, y sin embargo no se han tenido resultados que pudieran ser significativos.

Como profesionistas debemos estar enterados de los -

posibles efectos colaterales de los agentes anestésicos - tomar con cuidado las indicaciones y contraindicaciones - para el empleo de la droga. Los problemas de la mujer embarazada son más complejos que en las no embarazadas, pues la situación física y mental de la embarazada implica muchos más cuidados.

II.4 EFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE Y DIENTES

Caries dental; El embarazo provoca la descalsificación del hueso alvéolar secundaria a la eliminación general de calcio de las estructuras de soporte (óseas), con el objeto de transmitir al feto la mayor cantidad posible para su crecimiento y la actividad endocrina. Es mayor la susceptibilidad del esmalta a debilitarse durante el embarazo, y se atribuyó a la pérdida de sales de calcio a través de los canales nutriciosos pero si se comprobó, que la dentina que da intacta, se deduce de ello que la disminución de calcio en el esmalte es inconcebible aunque existan pruebas de que hay intercambio iónico.

Parece ser más razonable suponer el medio circundante es el que desempeña el papel más importante, el régimen personal de nutrición e higiene que se modifican durante el embarazo, y es posible que se modifiquen en el medio bucal, hay algunos autores que afirman que las mujeres embarazadas no presentan mayor susceptibilidad a la caries que el grupo de control.

Alteraciones Periodontales: La gingivitis es común en este tipo de pacientes cuya higiene es mala, algunos autores opinan que está higiene se debe a las frecuentes náuseas y el malestar drante el ambarazo.

Es un aspecto característico, la gingiva está aumentada de tamaño y sangra al tocarla. La gingivitis se debe a la alteración endocrina acentuada, que se atribuye al -desequilibrio de la dieta, desde el punto de vista local las desarmonías oclusales, cepillado inadecuado, obturaciones desbordantes, son los factores importantes. La eliminación de estos factores y la instrucción de un régimen dietético adecuados alcanza para eliminar la lesión local.

La gingivitis del embarazo aparece como: hemorragia-marginal, encía en forma de frambuesa al rededor de un --

diente o varios, agrandamiento generalizado en la cual el tejido gingival tiende a proloferar, esto se debe a la pérdida de soporte óseo y a la tentativa de la naturaleza de sostener al diente por medio de la proliferación de tejido blando, agrandamiento localizado en algunos casos se nota, un crecimiento rojizo muy vascularizado, que emerge de una papila, esto se conoce por el nombre de tumor del embarazo, este agrandamiento se produce al rededor de uno de los dientes y da lugar a un marcado desplazamiento, alargamiento, separación, movilidad y pérdida del hueso de soporte.

II.5 RADIOGRAFIAS EN LA FUTURA MADRE

Se deben de utilizar con respeto y cuidado, el resultado de la falta de respeto es una multitud de alteraciones en los tejidos del organismo, incluso variaciones genéticas y la muerte.

Los dentistas deben saber los efectos biológicos y químicos en el paciente y que continuamente están siendo sometidos a investigaciones y la respuesta no es simple, si no se conocen bien, cualquier cantidad de radiación que se necesite para obtener una película preliminar al tratamiento dental es segura una vez que el dentista halla hecho todo lo posible por reducir al mínimo dichas radiaciones, ninguna radiación es inocua, y no deja duda sobre la conveniencia del uso de los Rx, esto es aplicado en niños y mujeres embarazadas.

Cuando nos referimos a los efectos perjudiciales de los Rx, nos referimos a la exposición y respuesta del tejido, la zona de exposición es limitada o incluye todo el cuerpo, de la radiación en una zona específica es mucho menos dañino que la radiación de todo el cuerpo, cuando se exponen a una película en odontología, la radiación prima la penetra a través de un área de la piel, la radiación secundaria penetra a través de los tejidos, las células ubicadas por fuera del rayo primario se halla expuestas a los Rx secundarios, la centración y filtración del rayo primario adecuadamente evita la función de la difusión y radiación secundaria.

Hay que tomar en cuenta que los diferentes cuerpos poseen distintos grados de resistencia a la radiación secundaria.

II.6 ANESTESIA

Con el objeto de evitar cargas innecesarias a la paciente, se utiliza un tipo de anestesia para casi todos los procedimientos dentales, ya sean extracciones u obturaciones, cuando la paciente se encuentra tranquila es conveniente aplicar sin temor la anestesia local, vasoconstrictores corrientes con epinefrina en concentraciones habituales, cuando existe hipotensión será necesario consultar con su médico, pero a pesar de todo es aconsejable el uso de vasoconstrictor en mínimas porciones pues la ventaja de su incorporación sobre pasa mucho a sus desventajas, en pacientes ansiosos y atemorizadas se utiliza sedantes y/o narcóticos agregados a la anestesia local, hay que tener en cuenta que los sedantes y los narcóticos pasan las barreras placentarias, si el embarazo es normal puede que no sea dañina al feto.

Está contraindicada el uso sódico y el uso de algunos barbitúricos de acción ultra corta sin agentes suplementarios a modo de anestésico, esto es porque cuando se utilizan solos causan paro respiratorio pasajero o caída intensa de la presión sanguínea el óxido nitroso y oxígeno solo no es suficiente para mantener la anestesia quirúrgica.

Los barbitúricos de acción muy rápida son agentes ideales para lograr inducción, entonces se debe equilibrar la anestesia con óxido nitroso y oxígeno, es bueno tener presente que los anestésicos locales son excelentes equilibradores de la anestesia general a este tipo de pacientes. Entre los anestésicos de inhalación completa el ciclo propano sostiene la presión sanguínea si se determina la administración con concentraciones altas de oxígeno, tiene un efecto intenso sobre el sistema cardiovascular y la hipotensión y bradicardia son comunes.

C A P I T U L O I I I .

H E M O R R A G I A S

III. HEMORRAGIAS

Las lesiones hemorrágicas son una manifestación más común de la cavidad bucal, cualquiera que sea la causa -- del sangrado, el dentista debe tranquilizar al paciente -- mientras averigua la forma sistemática, la cantidad de -- sangre pérdida, y tratar de establecer la causa del problema y la mejor terapéutica a largo plazo.

Calcular la pérdida de sangre, a veces es difícil, -- saber cuanta sangre ha perdido el paciente debido a la alteración emocional de esta, el problema es fácil al observar la hemorragia durante el examen bucal, pero si esta -- ha sido durante la noche dejando como resultado una funda de almohada mojada, en este caso será difícil saber cuanto ha perdido de sangre, de gran ayuda nos sirve saber -- los valores normales de los parámetros en especial del paciente.

III.I HEMORRAGIAS DEBIDAS A FACTORES LOCALES

Es tal vez la más común que debe combatir el dentista; una causa general es cuando la hemorragia no responde a la terapéutica local, o cuando existen antecedentes personales o familiares de este tipo.

La gingivitis marginal es debida a cálculos o restos sobre la superficie de los dientes, dientes rotos, restauraciones mal hechas, pueden producir sangrado con el menor traumatismo, un cepillo de dientes teñido de sangre -- puede pensarse que es debido a una encía hiperémica, en ausencia de gingivitis marginal, puede observarse a veces un sangrado mínimo a partir del espacio peridentario, en caso de traumatismo por oclusión o por dientes expuestos -- a un desplazamiento ortodóntico rápido, en general el paciente solo nota este transtorno al cepillarse los diente.

Cualquiera que sean las causas de la hemorragia local mencionada anteriormente, consiste en suprimir los factores locales irritantes, en caso de alguna infección por fusospiroquetas que también causan hemorragia bucales, -- son buenos los enjuagues de peróxido de hidrógeno, que ayudan a destruir los microorganismos, y la producción local de espuma permite desbridar las lesiones, existen casos en el que él paciente no permite las causas anteriores, entonces se recurrirá a la antibióticoterapia, generalmente penicilina.

La hemorragia es una infección primaria, por herpes-simple que se debe al estado de hiperemia gingival dolorosa, que acompaña a la infección viral, aquí también la -- cantidad de sangre perdida es mínima, y el paciente evita tocarse la encía, ya que el dolor es mucho, no hay tratamiento específico para esta hemorragia, que cede al desa parecer el fenómeno infeccioso en una o dos semanas.

La hemorragia postquirúrgica, puede ser muy abundante, el paciente que sangra anormalmente por primera vez -- a pesar de haberse sometido a maniobras quirúrgicas previ as de la cavidad bucal, representa casi seguramente un caso de sangrado local, aunque en raras ocasiones puede tra tarse de una diatesis hemorrágica adquirida, pero es casi seguro que puede descartarse un defecto hereditario de la coagulación, muchas veces con la simple presión será nece saria desbridar el alvéolo, quitando sustancias extrañas, hueso necrótico o un coágulo infectado dejando que se for me otro coágulo.

El sangrado bucal por factores locales, pueden obedecer también a malformaciones congénitas, entre ellas las hemorragias y las telangiectosias hemorrágicas hereditarias.

III.2 HEMORRAGIAS POR DEFICIENCIAS O DISFUNCIÓN DE FACTORES DE COAGULACION

Los factores relacionados con la liberación de sustancias a partir de tejidos lesionados son los llamados - factores tisulares y pertenecen a los factores que se encuentran en el plasma, además ciertos factores vasculares son de gran importancia en el anciano, porque puede mostrar pérdida de tono de los tejidos, con ayuda de los factores vasculares el sistema extrínseco puede lograr coagulación en caso de traumatismo menores, sin que llegue a - activarse el sistema extrínseco, rara vez tienen problema hemorrágicos por raspones menores de la piel, o lesiones-gingivales por cepillo de dientes. Con frecuencia los pacientes con deficiencia de factores intrínsecos puede formar un coágulo en el foco de la lesión inicial, por liberación de tromboplastina tisular, más tarde, si este coágulo es arrancado sin que se lesione el nuevo tejido puede reanudarse el foco de la prueba varias horas después.

Existen dos tipos de hemofilia: La hemofilia A (defi

ciencia del factor VIII, globulina antihemofílica GAH), - se conoce muy pocos pacientes con este trastorno.

La hemofilia B, se debe a una deficiencia del factor IX, (GTP componente de tromboplastina del plasma).

La diferencia de una y otra es que el factor VIII es menos estable durante el almacenamiento en el plasma no hay factor en el suero, la deficiencia de vitamina A, no modifica las cifras plasmáticas del factor VIII, por lo tanto la terapéutica anticoagulante es con dicumarol, que respeta los niveles de este factor.

Mientras tanto el factor IX, es estable relativamente al almacenamiento en el plasma, hay factor IX en el suero, la deficiencia de vitamina K, reduce las cifras plasmáticas del factor IX.

HEMORRAGIAS YATROGENAS (TERAPEUTICA ANTICOAGULANTE)

Las causas más frecuentes para esta terapéutica anticoagulante son el infarto agudo del miocardio, los accidentes vasculares cerebrales, por embolias o trombosis, o los episodios de embolias pulmonares (debido quizás a coágulos en venas de la región ilíaca o de las piernas), la mayor parte de pacientes que reciben anticoagulantes saben que deben consultar a su médico antes de someterse a intervenciones quirúrgicas u odontológicas. Sin embargo el dentista deberá preguntar a sus pacientes si emplean tales medicamentos.

Se utilizan dos variedades de coagulantes, las heparinas y los derivados de la dihidroxicumarina, el segundo producto es de empleo más común que el primero, en especial el paciente ambulatorio que suele ser de los que llegan al consultorio dental habitualmente.

La heparina solo actúa durante seis horas, debe aplicarse por vía parenteral en pacientes hospitalizados si el dentista necesitara atender al paciente, necesitara pedir al médico su autorización por escrito. En una situación de emergencia son hemorragia profusa, se puede detener la acción de la heparina en pocos minutos administrando protamina.

Si se piensa llevar a cabo maniobras odontológicas que puedan producir hemorragias amplias, el paciente debe hospitalizarse. Muchos cirujanos bucales opinan, que estos enfermos pueden tratarse sin modificar la terapéutica anticoagulante, siempre y cuando la vigilancia posoperato

ria sea estrecha, teniendo siempre a la mano trombina para su aplicación local.

III.3 HEMORRAGIAS POR ENFERMEDADES GENERALES QUE NO AFECTAN A LA CAVIDAD BUCAL

Son bastantes raras las manifestaciones hemorrágicas en cavidad bucal, de trastornos generales distintos de los que afectan la sangre y los órganos hematopoyéticos. En la endocarditis bacteriana y la meningococemia, pueden encontrarse petequias en cualquier lugar de la cavidad bucal, estas petequias se deben a deficiencias o disfunción plaquetaria, sino a trombos bacterianos que destruyen la pared capilar, permitiendo el escape de glóbulos rojos a los tejidos que rodean el vaso. Como cualquier petequia, en ocasiones por endocarditis bacteriana puede presentar un pequeño punto blanco central.

La faringitis por virus o por estreptococos puede producir petequias en paladar blando, como extensión de enfermedad faríngea, quizá por un mecanismo similar al de la endocarditis (pequeñas roturas de la pared capilar debida a la presencia del agente infeccioso).

En nuestros días de autoterapéutica vitamínica, se ha vuelto muy raras las clásicas manifestaciones bucales -- del escorbuto. A diferencia de las lesiones cutáneas perifoliculares que presentan todos los adultos con diferencia grave de vitamina C, las lesiones bucales no se observan en pacientes anodontos. Las encías se llenan de sangre, se congestionan, y sangran con facilidad más tarde los dientes se aflojan, y si continúa la carencia pueden caer.

Se ha visto que se necesita seis meses de deficiencia de vitamina C, cuando menos para que aparezca las manifestaciones bucales.

CAPITULO IV.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

IV. COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

Las complicaciones de la anestesia pueden ser de dos tipos: uno la local y dos la sistémica, el propósito de esto es exponer en forma ordenada y discutir las complicaciones que acompañan o siguen a la inyección de una solución anestésica, el uso de la anestesia local en odontología ha llegado a ser un procedimiento de rutina tal, que es importante ver como se ignoran los posibles riesgos de su empleo, en caso de no haber problemas de un riesgo mayor, si existen complicaciones tanto locales como sistémicas.

IV.I COMPLICACIONES LOCALES

A) La contaminación bacteriana de agujas es un hecho de relativa frecuencia hasta en las maniobras odontológicas más minuciosas, la secuela habitual es una infección de bajo grado, limitada a una zona de los tejidos periodontales insertados, ya a los situados en profundidad en el espacio pterigomaxilar, técnicas inadecuadas de esterilización o de conservación de las agujas o métodos de manipuleo por la asistente o el dentista, conducen a diferentes grado de contaminación, los depósitos químicos sobre brebre las agujas se deben a soluciones esterilizantes o quizá al vapor químico de la esterilización, los efectos más comunes son la inflamación y el dolor.

Esto más que una circunstancia profesional debería ser una cuestión ética ya que esto es provocado debido a un verdadero desinterés.

B) Las reacciones locales a soluciones tópicas o a soluciones inyectadas se ven comunmente como descamaciones epiteliales después de su aplicación está descamación resulta de una prolongada duración del anestésico tópico y a una hipersensibilidad de los tejidos, todo anestésico local puede ser tóxico, los defectos son transitorios se producen abscesos o gangrenas por la isquemia que resulta de la inyección excesiva de solución anestésica con vasoconstrictor que contienen en tejidos firmes y duros como en el paladar, debe tenerse en cuenta las reacciones alérgicas locales, como ampollas sobre mucosa bucal o labial, una complicación posterior igualmente relacionada con el hecho de no seguir los principios de inyección basados so

bre la morfología, es la parestesia y neuritis posterior a la inyección, causados por la penetración de la aguja en el nervio.

C) A veces la ruptura de agujas es un problema cuando esto sucede es que por que la aguja golpea el tejido muscular o porque pasa por debajo del periostio y se quiebra al cerrar bruscamente la boca.

D) El mordisqueo del labio es una complicación que se debe a la anestesia prolongada en niños, los efectos son desagradables para los niños, sus padres y el dentista. Muchos odontólogos utilizan de manera rutinaria, anes-tésicos de efectos prolongados con el objeto de obtener insensibilidad profunda, siempre se debe sedar al niño antes de la inyección, si la sesión ha de terminar antes de que se desaparezca el efecto del anestésico, para sesiones cortas se utilizará soluciones de efecto breve aún -- así se colocara un rollo de algodón entre los labios, se advertira verbalmente al niño o al adulto que lo acompaña

E) Eñisema que es raro después de la inyección

F) El trauma de la inyección comprende la mayoría de las complicaciones locales, las reacciones a la técnica subperióstica son reducidas y consiste en edema, dolor y una pequeña úlcera en el punto de penetración, lo primero se debe a la infección, inyección demasiado rápido o volumen excesivo del líquido, lo último, a la infección la molestia desaparece en pocos días, los hematomas se producen por pequeñas rupturas en una arteria, los efectos se vinculan con la arteria alvéolar superior, y en menor grado con la facial, cualquiera de estas complicaciones dan como resultado inflamación y dolor, la primera por falta de habilidad en la administración, y la segunda está irrevocablemente ligada a la morfología y fisiología. Las complicaciones da como resultado dolor inmediato a la colocación de la aguja en el paladar, las inyecciones subperiósticas separan el perióstio del hueso, causan dolor e infección, desde el punto de vista fisiológico, esta inyección está contraindicada. El empleo de agujas filosas y alargadas predisponen a hematomas y trismos, ya que estos instrumentos demasiados flexibles penetran con facilidad en arterias y músculos o tendones.

Hemorragias debidas a hemofilia o tratamientos anti coagulantes, representan siempre un peligro, la primera es reconocida con facilidad tanto por pacientes como por el dentista, la segunda tiene mayor preferencia aún cuan-

do se requiere inyecciones profundas para aliviar el dolor de un paciente ambulatorio activo.

IV.2 COMPLICACIONES SISTEMICAS

A) Las reacciones alérgicas son muy raras, la anafilaxia representa un desafío más grave, ya que la oportunidad de brindar ayuda al paciente es tan fugaz que por lo general sobreviene la muerte. Por fortuna, el shock anafiláctico es conocido por la rareza de su respuesta a soluciones anestésicas, algunas erupciones en la piel son manifestaciones de alergia.

B) Las reacciones tóxicas se expresan sistemáticamente cuando el organismo absorbe con rapidez una cantidad muy grande de droga anestésica, la absorción aumenta cuando se inyecta demasiada solución con rapidez, en los tejidos periodontales altamente vascularizados, además si un dentista inyecta, por accidente un tubo de procaína, por vía endovenosa en un lapso de cinco segundos, la relación es 15 veces más tóxicos, además algunos autores comprobaron que el anestésico tópico es más potente aplicado con spray que con algodón, pero los sprays poseen varias desventajas que aportan riesgos innecesarios al utilizarlos, en cualquier caso de las reacciones tóxicas toma forma de exaltación, convulsiones y depresión.

C) La mayoría de los pacientes manifestaron reacciones psíquicas, pero los dentistas notan solo algunos de los signos que antecederan al síncope, por fortuna, los primeros auxilios están tan arraigados con la mayoría de la gente y el poder de recuperación del organismo es tal que el shock se supera, el síncope puede producir la reacción al síncope secundario, este si no se trata pasa a un estado irreversible, todo ello dentro del consultorio dental.

Es posible que después de la administración de un anestésico local se produzca un ataque agudo de asma, y estos ataques se atribuyen a la tensión emocional o alérgica.

C A P I T U L O V .

S H O C K

V. SHOCK

No hay duda de que el odontólogo general debe informarse sobre los procedimientos terapéuticos más recientes y perfeccionarlos; disponer y ser capaz de utilizar el -- equipo más moderno, estudiar y tener experiencia práctica del sistema vascular y la fisiología de la circulación, -- así como 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 del paciente. Para lograr esto, -- el odontólogo debe hacer lo siguiente antes de instituir cualquier procedimiento dental;

1. Observar e inspeccionar al paciente para comprobar toda desviación física o de conducta.
2. Tomar y registrar una historia clínica adecuada.
3. Comprobar y registrar la presión sanguínea e intensidad del pulso.

Esta información retrospectiva preparara mejor al -- dentista para reconocer cambios que pueden requerir medidas de emergencia.

V.1 DEFINICION DE SHOCK

El término de shock se utiliza de muchas maneras y -- tiene muchas acepciones; hasta ahora no hay una defini--- ción ampliamente aceptada.

Según Rushmer, desde un punto de vista clínico, el -- término se utiliza con frecuencia para referirse a pacien tes con hipotensión arterial sistémica aguda, acompañada-- por otros signos y síntomas.

Las manifestaciones clínicas varían, pero las más im-- portantes y comunes son: palidez, debilidad, sudor y pulso filiforme. Sin embargo, la característica más relevan-- te es el descenso intenso de la presión arterial.

Blalock define el shock el shock como una insuficien-- cia circulatoria periférica. Es un estado de la circula--

ción en que la actividad cardíaca es tan baja que no proporciona suficiente nutrición a los tejidos del organismo aún cuando el sujeto se halle en reposo. Esto nos dice -- que tanto los órganos como los tejidos no reciben su volumen normal de oxígeno, pudiendo ser causado por una alteración en el sistema circulatorio.

Define tres tipos de insuficiencia circulatoria periférica:

V.2 DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

1. HEMATOGENICO

Se denomina shock secundario, aquí la alteración más importante es la disminución del volumen de sangre circulante.

2. NEUROGENICO

O shock primario, hay vasodilatación a causa de un tono constrictor menos, el volumen de sangre es normal, pero no toda se halla en circulación efectiva, esto no se debe precisamente a la pérdida real del volumen del líquido circulante en el sistema circulatorio en sí, sino que se produce una probable retención de diferentes elementos o de cierta cantidad de sangre, de modo que ésta no se haya dentro de la circulación efectiva.

La etiología del shock neurogénico es un factor traumático que afecta el sistema nervioso en forma directa o por influencia psicológica. Es con este tipo de insuficiencia circulatoria con que nos vamos a encontrar en la práctica dental.

3. VASOGENICO

Es un tipo de shock en el que se observa una acción directa sobre los vasos.

4. CARDIACO O CARDIOGENICO

En el que hay insuficiencia cardíaca, lo que produce la disminución de la actividad cardíaca y además existe el mismo patrón de alteración que en el shock hematogénico.

La etiología del shock conduce a la disminución de la presión arterial y del volumen sanguíneo sistémico cau

sando una disminución en la nutrición de los tejidos. El resultado es menor retorno venoso hacia el corazón y después una disminución en la capacidad de trabajo del corazón. Esto se convierte en un círculo vicioso si no se toman las medidas para prevenir el proceso de alteración progresiva.

Una vez que el shock alcanza determinado nivel crítico avanza hasta que provoca la muerte del individuo.

V.3 RECONOCIMIENTO DEL SHOCK

En términos comunes, clasificamos al paciente como buen estado cuando es rosado, tibio y seco. Por el contrario el paciente en estado de shock se encuentra frío, viscoso, húmedo, la piel está pálida, el lecho de las uñas cianótico, decrece el tiempo de llenado de los capilares, el pulso es débil y filiforme y la presión sanguínea decrece en forma significativa.

En el tratamiento de shock es preciso tomar medidas inmediatamente. Una vez reconocido el shock, se procederá al siguiente tratamiento:

V.4 TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

1. Eliminar, prevenir o controlar los factores causales.
2. Se registrará la presión sanguínea y el pulso y se les controlará de continuo.
3. Se coloca al paciente en posición supina, con la cabeza ligeramente hacia abajo.
4. El paciente se debe hallar en un ambiente tibio.
5. Se mantiene la circulación por medio de la administración de líquidos y agentes vasopresores.
6. Se proporcionará una vía respiratoria adecuada y oxigenación.
7. Se administrará analgésico o narcóticos cuando el dolor o la tensión psicológica son el factor desencadenante.

SHOCK NEUROGENICO.

O primario; se produce por acción del sistema nervio

so, ya en forma directa, ya por influencia psíquica.

Las causas más frecuentes que se presentan al odontólogo son por temor, la visualización de sangre o instrumentos, olor característico de los hospitales, salas de operación o consultorios, dolor real, manipuleo rudo de la zona de operación, reacciones a droga, ya en forma de alérgia verdadera, ya como reacciones tóxicas a inyecciones endovenosas.

El síncope o desmayo es la manifestación más común del shock neurogénico; se adoptan las siguientes medidas:

1. Se coloca al paciente en posición supina, con la cabeza ligeramente hacia atrás.
2. 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 o la mandíbula.
3. Se administra oxígeno por la nariz o la boca.
4. Se controlarán de continuo la presión sanguínea y el pulso.
5. Se mantiene la circulación por la inyección endovenosa de atropina para acelerar el ritmo cardíaco y un agente vasopresor tal como hidrocloreto de metaxamina.

Si hay dolor se indica un analgésico.

SHOCK HEMATOGENICO.

Es secundario; se produce por una hemorragia masiva interna o externa o por pérdida local de líquidos.

Las causas de este tipo de shock son: trauma, heridas, quemaduras o cirugía.

Es fundamental aplicar medidas preventivas inmediatamente para cortar los mecanismos del shock por cualquier medio disponible. Una vez instalado el shock hematogénico se restituye la circulación con transfusión endovenosa.

SHOCK VASOGENICO.

El tipo de 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 vasomotor.

Hay dos tipos principales:

El shock endotóxico, tiene como factor etiológico la elaboración de endotoxinas por bacterias gram negativas -- que invaden al paciente o endotoxinas que provienen de -- los productos intestinales usuales.

Quando las toxinas son excesivas, tal como una in--- fección masiva o debilitamiento del sistema retículo endotelial, las endotoxinas causan el shock por producción de histamina o sustancias semejantes en el organismo, entonces la histamina actua directamente sobre la musculatu ra lisa de los pequeños vasos, los dilata y altera su fun ción normal, que se compensa en el momento del shock con una vasoconstricción.

El paciente que sufre la prevención del shock endo-- tóxico se vincula con medidas profilácticas tales como -- tratamiento con antibiótico antes de la infección masiva que se manifiesta ya en la forma de shock.

La prevención reside en no permitir que las endotoxi nas se conviertan en el factor principal del comienzo del shock.

El tratamiento del shock endotóxico consiste en la - antibióticoterapia para resistir los productos tóxicos -- que circulan en la sangre en forma individual o como re-- resultado de una invasión bacteriana. Se inyecta sangre con lentitud teniendo presente no sobrecargar la circulación.

Se utilizan, con las precauciones correspondientes - drogas antiadrenérgicas.

La etiología del shock anafiláctico es muy semejante a la del shock endotóxico, ya que su modo de actuar reside en la acción directa de las histaminas sobre los va--- sos.

La liberación de histamina se debe a la elaboración de un factor específico en sangre. Este se estimula por - la reacción antígeno-anticuerpo que ocurre cuando un com-- puesto de tipo proteico penetra en el torrente y el pa--- ciente se halla sensibilizado, a ese antígeno.

El paciente presenta vómito, debilidad, perdida de - la conciencia, relajación de esfínteres y descenso nota-- ble de la presión sanguínea. La muerte sobreviene con rá-- pidez cuando no se instituye un tratamiento inmediatamen-- ta.

En la mayoría de los casos las reacciones no son tan graves, pero el paciente presenta ronchas, urticaria, erupciones, disnea y descenso de la presión sanguínea, en estos casos debemos tener conocimiento de que suelen sobrevenir síntomas más graves con rapidez.

El exámen del paciente en busca de reacciones alérgicas de piel típicas, antecedentes de fiebre del heno o asma, eosinofilia y conocimiento de medicación histamínica-previa, indican la necesidad de medidas preventivas en forma de tratamiento antihistamínico.

Cuando se presenta un episodio grave se hará lo siguiente:

se coloca al paciente en posición supina, con la cabeza ligeramente hacia abajo, se asegura que haya un buen pasaje de aire, se administra oxígeno, se utiliza en forma apropiada sustancias simpaticomiméticas, tal como la epinefrina, por vía subcutánea. Por vía endovenosa se da aminofilina y el succinato de sodio, éster de hidrocortisona

SHOCK CARDIOGENICO.

Se debe a una insuficiencia cardíaca aguda, y por lo general se halla asociada a la oclusión coronaria o miocarditis aguda.

La prevención del shock cardiogénico reside en la prevención de la constricción coronaria. Se evitará cualquier situación que cause una disminución de la presión sanguínea.

El tratamiento de este shock, consiste en: posición supina, ventilación adecuada, empleo de estimulantes cardíacos como la atropina, administración de agentes vasopresores, emplear drogas cuya acción es dilatar las coronarias, nitroglicerina o nitrato de amilo.

C A P I T U L O VI.

EMERGENCIAS QUIRURGICAS EN LA PRACTICA DENTAL

VI. EMERGENCIAS QUIRURGICAS EN LA PRACTICA DENTAL

VI.1 LESIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS

La falta de control en los instrumentos utilizados - en procedimientos quirúrgicos y operatorios producen laceraciones, cortes u otras lesiones en los tejidos blandos-vecinos, los elevadores y pinzas pueden deslizarse de las estructuras del diente y ser introducidos en los tejidos blandos, de labio, carrillos, lengua, piso de la boca y paladar; durante la exodoncia es posible fracturar y desalojar el hueso alveolar adyacente al diente, y causar desgarramiento de la mucosa. Además los discos, fresas y algunos instrumentos rotatorios pueden resvalar de manera imprevista de las estructuras del diente y lastimar los tejidos blandos vecinos.

Es posible prevenir éstas lesiones al prestar atención a los detalles y a la utilización de técnicas quirúrgicas y adecuar el apoyo de la mano para eliminar los movimientos imprevistos si se llegaran a deslizarse del diente y así disminuir los accidentes.

VI.2 DESGARROS MUCOSOS

Estas heridas deben recibir atención inmediata, y la mayoría se trata por sutura primaria sin recortes, la hemorragia se controla con presión, aunque algunas veces se deberá colocar una pinza hemostática y ligar el vaso o punto de hemorragia intensa, las laceraciones y desgarros que limitan a la mucosa poseen con frecuencia la suficiente profundidad como para que se produzca el cierre de los tejidos en capas. Todo lo que se requiere es recolocar la mucosa, y suturar en forma ininterrumpida o continua, si el mucoperiostio fué separado del hueso, se volverá a colocar en posición y se suturará sin demora.

VI.3 HERIDAS PROFUNDAS EN TEJIDOS BLANDOS

Se producen heridas profundas cuando instrumentos de exodoncia, discos o fresas se apartan del diente y laceran o desgarran los tejidos blandos. Por fortuna estos casos son raros, pero cuando suceden se requiere proceder -

con serenidad, el operador debe conservar la calma y comenzar inmediatamente con las medidas para obtener la detención de la hemorragia. Esto se lleva a cabo manteniendo una gasa bajo fuerte presión digital sobre la zona hemorrágica. Pocas veces se requiere presión intensa con -- las dos manos; una mano trabaja intrabucalmente sobre el punto sangrante, y la otra extrabucalmente.

Después de la hemostasia, estas heridas se cierran -- en capas, los tejidos más profundos se cerrarán para evitar todo espacio muerto, y la capa submucosa se unirá estrechamente para disminuir la tensión sobre las estructuras de soporte.

VI.4 HERIDAS PUNTIFORMES DE TEJIDOS BLANDOS

La herida de tipo puntiforme es el resultado de caídas y accidentes mientras se tiene un instrumento puntiagudo en la boca, heridas similares se producen cuando un instrumento dental puntiagudo entra con fuerza dentro de los tejidos blandos.

Cuando esto sucede en carrillos, labios o paladar -- blando, se puede producir una verdadera perforación.

Las heridas que resultan de éstos accidentes son mas alarmantes que peligrosas, la punción sangrará con intensidad y los tejidos contactan para obliterar el orificio cuando se retira el objeto. Raras veces se precisa de sutura; en realidad esta contraindicada, ya que esto favorecerá a la proliferación bacteriana patógena anaeróbica -- que se pudiera haber introducido.

El tratamiento consiste en exáminar la herida para -- tener la seguridad de que no queda objeto extraño alguno; lavar la herida con una solución antiséptica y dejar que cure por granulación.

Cuando las heridas puntiformes son producidas por objetos contaminados que introducen suciedad o restos dentro de la herida, se indicará la protección contra el -- clostridium tetani.

VI.5 LESIONES DE LOS DIENTES VECINOS

Por el uso descuidado de elevadores o pinzas de ex--

tracción es posible luxar, expulsar o fracturar dientes - vecinos al que se extrae.

La remoción de dientes apiñados, en malposición, es un problema difícil por la dificultad de colocar la pinza o el elevador sin apoyarse sobre los dientes vecinos. Los movimientos de luxación rotatorios hacen que los mordientes de la pinza o el elevador contacten con los dientes - vecinos y los lesionen, el empleo poco prudente del elevador y pinzas desplazan los dientes vecinos de la pieza -- por extraer.

Emergencias de este tipo se evitan por medio de la - adecuada valoración preoperatoria del caso y con técnicas quirúrgicas minuciosas que evitan la fuerza sobre dientes - vecinos, el tratamiento depende de la gravedad de dicha - lesión.

Si el diente posee una movilidad mínima, no esta indicado tratamiento, ya que el diente se reafirmará por sí solo; si el movimiento es excesivo, se feruliza el diente con una barra o algún tipo de férula. Cuando el diente se desplazó por completo, se hará una valoración cuidadosa, - si el diente tiene poco valor o se haya afectado por el - proceso patológico, no se hace nada, sin embargo si es -- una pieza sana importante se le vuelve a colocar inmediatamente en el alvéolo y se estabiliza por medio de féru-- la. Cuando se produce la reinccección, se hace el trata--- miento endodóntico inmediato.

VI. 6 OBTURACIONES DESPLAZADAS O QUEBRADAS

Otro accidente de la exodoncia es el desplazamiento 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 desarrollar cualquier infección al caer un pedazo de esta - obturación en el diente y que por cualquier motivo no nos demos cuenta.

El mejor tratamiento es la prevención, el uso prudente de los instrumentos, atentos a proteger al diente veci no, esto evitará el accidente. Sin embargo el operador -- más cauteloso a veces desaloja una obturación, antes de - la operación se le ha de aclarar al paciente la posibili-

dad de que ello suceda; cuando se produce, el operador -- seguirá con la extracción del diente y después colocará -- una obturación provisional, ya más adelante hará la res-- tauración permanente.

Se tomará radiografía para prevenir cualquier infe-- cción en caso de haber caído cualquier pedazo de metal, -- se dará antibióticoterapia, y la extracción del objeto.

VI.7 EXTRACCION EQUIVOCADA DE UN DIENTE

La extracción equivocada de un diente es un acciden-- te lamentable, cuyo tratamiento por supuesto no es satis-- factorio. Por fortuna este accidente se evita con facili-- dad, si el operador está alerta y sigue ciertos princi-- pios importantes.

Deberá tener clara noción del diente o dientes por -- extraer, el paciente debe consultar al dentista con ante-- rioridad, después de disponer de radiografías elaboradas-- y orientadas de manera adecuada y correlacionar la clínica con los hallazgos radiográficos.

Una vez extraído un diente en forma errónea, se le -- trata como anteriormente se describió, para el caso de -- dientes expulsados por accidentes, sin embargo no siempre es factible recolocar el diente extraído, y el operador -- se enfrentará con el problema de proceder convenientemen-- te ante la mala situación e intentará evitar complicacio-- nes legales.

VI.8 AGUJAS FRACTURADAS.

En otras épocas la ruptura de agujas hipodérmicas -- eran un hecho frecuente en la práctica odontológica. El -- advenimiento de agujas de acero inoxidable y en forma más reciente agujas de acero inoxidable desechables elimina-- ron practicamente este inconveniente. A veces el paciente hace un movimiento brusco durante la inyección inferior, -- esto crea una emergencia grave que requiere habilidad qui-- rúrgica y especial.

Si un dentista cuya experiencia quirúrgica es limita-- da se encuentra frente a una emergencia aún mas grave y -- será necesario que interrumpa el procedimiento y envíe al-- paciente a un cirujano bucal experimentado. El retiro de--

la aguja, es un procedimiento complicado que se halla más allá de la capacidad operativa del práctico general.

VI.9 INSTRUMENTOS FRACTURADOS

La ruptura de instrumentos crea una emergencia de menor importancia, las fresas se rompen en el momento de -- eliminar hueso o seccionar hueso y los elevadores al ser aplicados por fuerzas exageradas se rompe el instrumento y se debe rescatar antes de continuar.

Esto es una maniobra fácil, pues los tejidos están abiertos y se dispone de acceso al campo operatorio. Rara vez un instrumento quebrado queda en la herida sin ser visto; estos cuerpos extraños pocas veces dan sintomatología.

VI. 10 ASPIRACION O DEGLUCION DE CUERPOS EXTRAÑOS

Uno de los accidentes más temidos en la práctica -- odontológica es la aspiración o deglución de cuerpos extraños. El más frecuente es un diente, sin embargo cualquier objeto, raíz, apósito de gasa, incrustación, puente coronas o dentaduras parciales pueden ser aspirados o deglutidos.

El inconveniente surge cuando en los procedimientos -- los dientes por extraer se desprenden en forma brusca y sorpresiva o cuando proporcionan problemas respirativos al paciente. Es preciso tomar toda clase de protecciones para evitar esta emergencia. Cuando se trabaja bajo anestesia general se coloca siempre un apósito en la garganta cuando se trabaja con anestesia local se tendrá presente -- la posibilidad de desprendimiento accidental de un diente o cualquier cuerpo extraño.

Una vez que el cuerpo extraño se introdujo en la -- garganta del paciente, se le inclinará hacia adelante con la cabeza entre las piernas para favorecer la expulsión -- del objeto. Si esto no es efectivo está indicado hacer -- el examen de la faringe y eliminación del cuerpo extraño -- con instrumentos o con los dedos. Todo objeto que se -- halle en la faringe será expelido o pasará a vías respiratorias o al tracto digestivo.

Cuando un cuerpo extraño desaparece en la garganta y no es expelido por el paciente o no es eliminado por medios mecánicos, se plantean diferentes situaciones.

Si el paciente no sufre desequilibrios respiratorios se supondrá que dicho objeto pasó al tracto respiratorio o digestivo, si se halla en el digestivo no será necesario tratamiento alguno; ya que pasara en forma inofensiva por el cuerpo. Sin embargo si se aloja en el respiratorio debe ser eliminado inmediatamente.

C A P I T U L O VII..

TRAUMATISMO DE LOS DIENTES Y DE LA APOFISIS ALVEOLAR

VII. TRAUMATISMO DE LOS DIENTES Y DE LA APOFISIS ALVEOLAR

Estos traumatismos son muy frecuentes durante la niñez y la pubertad y también en los años de edad senil. La mayor frecuencia se observa de los 7 a los 11 años. En este período de desarrollo de los dientes anteriores las coronas son especialmente vulnerables debido a las cámaras pulpares grandes.

También en esta edad, estos dientes frecuentemente hacen erupción en posiciones prominentes aisladas en la arcada y son expuestos inevitablemente a los accidentes.

Los accidentes que producen traumatismos de los dientes muchas veces se acompañan de hemorragia, tumefacción y laceración de los tejidos.

Quando un niño pequeño se ha traumatizado hay considerable tensión emocional de parte del paciente y de los padres, y cuando llegan a consultar al dentista la situación puede haberse convertido en un problema sumamente difícil.

Son imperativos la suavidad, la comprensión, y el estudio directo del problema. Para llevar a cabo el examen clínico, es necesario examinar cuidadosamente los dientes y la apófisis alveolar con un espejo y con la palpación.

VII.1 CLASIFICACION DEL TRAUMATISMO DENTAL

1. Fractura de clase I: Fractura de esmalte de la corona dentaria.
2. Fractura de clase II: Traumatismo que se extiende a la dentina sin exposición de la pulpa.
3. Fractura de clase III: Traumatismo extenso de la corona del diente con exposición de la pulpa.
4. Fractura de clase IV: Fractura que se presenta en la unión de cemento y esmalte del diente o por debajo de ella.

Debe determinarse clínicamente si el diente ha sido solo aflojado o completamente desplazado del alvéolo o si ha sido introducido en los tejidos de soporte. El diente-

traumatizado puede clasificarse como luxado, arrancado o impactado.

Finalmente por manipulación digital uno debe valorar cualquier sospecha de fractura alveolar.

El exámen clínico se debe complementar con el radiográfico y es necesario obtener radiografías de diferentes ángulos para observar las posibles fracturas.

Las radiografías satisfactorias ayudan a comprobar la impresión clínica y muchas veces nos darán datos adicionales que no obtenemos por medio del exámen clínico.

Es necesario estudiar radiográficamente la odontogé-
nia de los extremos apicales de los dientes traumatiza-
dos. Si las radiografías demuestran un conducto radicular
amplio y a manera de embudo con ápice sin desarrollo com-
pleto, es lógico suponer que el soporte sanguíneo al teji-
do embrionario en el ápice en evolución ayudará a la repa-
ración más rápidamente que si el conducto radicular y el
ápice están completamente desarrollados.

Cuando se han llevado a cabo los exámenes clínicos y
radiográficos uno debe decidir si el diente traumatizado-
debe ser tratado como un diente vital o no vital. Esta --
opinión debe basarse en:

1. Estado de desarrollo del ápice radicular del diente
2. Extensión del traumatismo del diente en sí
3. Estado del alvéolo de soporte

Si el diente traumatizado no se ha desarrollado com-
pletamente y tiene un ápice inmaduro y si el traumatismo-
a la corona no afecta la pulpa y la fractura alveolar se-
mantiene espontáneamente en reducción o puede ser fácil-
mente retenida por la férula, entonces el diente traumati-
zado debe ser tratado como un diente vital.

Si un diente completamente desarrollado ha sido aflo-
jado, pero no arrancado ni impactado, debe considerarse -
como un diente vital. Si el tratamiento del diente trauma-
tizado como diente vital no tiene éxito, será necesario -
tratarlo como un diente no vital, y al tomar esta desi-
ción el tratamiento del conducto radicular puede ser for-

mulado.

La férula generalmente es necesaria para retener todos los dientes desplazados en una posición satisfactoria en la arcada, hasta que las estructuras de soporte han sanado lo suficiente para retenerlos.

El aporte sanguíneo de la pulpa debe restablecerse - si es posible. Si el aporte sanguíneo a la pulpa está perdido, la pulpa se volverá necrótica o gangrenosa y esto - necesita un diagnóstico temprano para el mantenimiento - del tratamiento correcto. En los dientes completamente de sarrollados el conducto radicular, se ha estrechado. Es - improbable que este tipo de diente que esta desplazado o - impactado, puede revascularizarse hasta ser de nuevo vi- - tal.

Si el diente traumatizado parece no estar completa- - mente desarrollado en la radiografía, entonces esta jus- - tificado regresar el diente a su posición original y rete- - nerlo por medio de férulas hasta que transcurra tiempo su - ficiente para someterlo a prueba.

La colocación coronal, por sí sola especialmente en- - los dientes que tienen ápices incompletos no es una indi- - cación suficiente para un tratamiento radicular inmediato o para la extracción. La sangre acumulada extravasal de - la pulpa normalmente libera hemoglobina que causa colora- - ción del diente.

En los tratamientos de las fracturas de clase I; de - la corona del diente suele ser necesario reducir las irre- - gularidades a lo largo de la línea de fractura con discos o con piedras abrasivas.

Después del traumatismo se presentan varias fases:

VII.2 FASES DEL TRAUMATISMO DENTAL

1. Fase hematoma

Se presenta de las 24 hrs. a las 72 hrs., después del - - traumatismo. Durante este período el coágulo sanguíneo - se está formando y comenzando a organizarse.

2. Fase de reparación fibrosa

Comprende desde el primer día hasta las tres primeras se-

manas. En este período se deben tomar todas las precauciones para evitar mayores traumatismos al coágulo sanguíneo en organización por cualquier movimiento traumático del diente en su alvéolo.

3. Fase final de formación de hueso

Comprende desde la cuarta hasta la sexta semana. Durante este período se termina la nueva formación de hueso y -- cualquier movimiento indeseable o stress traumático puede dar como resultado la unión defectuosa o su ausencia.

Se debe hacer incapié en una higiene bucal correcta y prescribir terapéutica antibiótica.

C A P I T U L O VIII.

EXTRACCION DE LAS RAICES FRACTURADAS

VIII EXTRACCION DE RAICES FRACTURADAS

La fractura de un diente en el momento de la extracción dental es un accidente que ocurre a diario, del cual somos culpables por completo y el cual es necesario evitar. Está en directa dependencia con la ligereza con que se estudien los casos, la falta de examen clínico y radiográfico y falta de un planeo de la operación.

La fractura es una complicación evitable y aunque puede producirse en las manos más hábiles, porque hay casos que se escapan a toda previsión, un cuidado en el estudio del caso evitará este accidente, tan desagradable psíquica y físicamente para el paciente y tan deprimente para el operador.

VIII.1 LIMPIEZA DEL CAMPO OPERATORIO

Cuando el diente se fractura se produce por lo general esquirlas dentarias y hemorragias de las partes blandas. Se lava el campo operatorio con un chorro de agua esterilizada y se seca con gasa, comprimiendo los tejidos para poder tener una perfecta visión de la disposición de la raíz fracturada. Si se tiene examen radiográfico previo, debe el profesional cerciorarse de la forma, tamaño y dirección de la raíz.

VIII.2 EXTRACCION POR VIA ALVEOLAR

Producida la fractura y verificada por el examen de la pieza extraída que presenta su extremidad cortada a bi sel, nos cercioraremos por comparación con el trozo extraído. Se lava la cavidad alveolar con un chorro de agua tibia, se hace hemostasis y se observa directamente el ápice fracturado. Es importante la buena visualización del extremo radicular. Una raíz que no puede ser fácilmente observada, es difícilmente extraída.

La extracción del ápice por vía alveolar es una operación de paciencia y habilidad que se realiza con ayuda de instrumentos finos, escoplos muy delgados, que permiten ubicarlos entre la pared ósea y la raíz y a expensas de movimientos de rotación del instrumento puede conse---

guirse la eliminación del resto radicular.

Hay raíces profundamente situadas en los maxilares-- y cubiertas por el tejido gingival. El exámen radiográfico es imprescindible para ubicar la raíz y conocer su forma, tamaño y dirección.

El sitio donde se encuentra colocada la raíz en el maxilar, estará dado en la radiografía con puntos referencia que pueden ser los dientes vecinos, las fosas nasales, el conducto dentario inferior. Relacionadas las distintas referencias ubicaremos la raíz facilitando así las maniobras de su extracción.

En el caso de maxilares desdentados en la sospecha de raíces por dolores, inflamaciones, fistulas, será necesario crear estos puntos con el objeto de dar la posición exacta de la raíz.

Estos puntos se obtienen de la siguiente manera:

Se toma un punto fijo en el maxilar, en las vecindades donde se sospeche la existencia de una raíz. Estos -- puntos deben ser señalados con un cuerpo opaco, se toma -- un trozo pequeño de una lámina de metal y se adhiere con una gota de cemento dentario sobre la encía secada con -- aire, se toma la radiografía y aparecerá el cuadrado de -- metal. La distancia que existe entre la raíz que aparece en la placa y la imagen de la lámina metálica es la -- misma que existe en el hueso entre el punto donde fué -- adherida la lámina y la raíz que se quiere investigar.

Ubicada la raíz, se procede a su extracción por la -- operación a colgajo. Dicha operación origina menos molestias y tiene un postoperatorio feliz. El tipo de incisión que más se acomoda a estas condiciones es el angular. El colgajo es desprendido y tiene la forma de un rombo.

La osteotomía debe eliminar la superficie, cantidad de hueso, como para permitir la fácil extracción de las -- raíces.

VIII. 3 EXTRACCION DE LA RAIZ

La extracción de la raíz recién fracturada se intenta siguiendo el método cerrado (sin colgajo quirúrgico),-

si hay probabilidad de éxito.

Sin embargo si la técnica no tiene éxito a los 4 ó 5 minutos se preparará un colgajo quirúrgico.

Un diente fracturado en su cuello anatómico puede asirse con pinzas y extraerse de esta manera. Puede hacerse por vía alveolar aflojando el manguito gingival labial o bucal, con una cureta pequeña y afilada. La presión sobre pinzas afiladas morderán la raíz y ésta junto con la placa alveolar cortada. La intervención alveolar no tiene éxito si la placa bucal, es excesivamente pesada o no puede asirse el borde palatino de la raíz. Se usa un elevador de tallo recto para extraer raíces fracturadas debajo del borde alveolar, especialmente en el maxilar superior.

Si la raíz está fracturada a más de la mitad de la altura del alvéolo, se usan palancas elevadoras radiculares. La presión sobre la punta radicular misma puede forzar al fragmento hacia el antro, el conducto dentario inferior o los tejidos blandos. Será necesario emplear técnica cuidadosa, y deberá tener buena visualización, una vez que se observa el fragmento frecuentemente se requiere sólo un momento para poder extraerla.

La meta del procedimiento es colocar el instrumento entre la pared del alvéolo y el lado más elevado del fragmento e inclinar el fragmento en posición opuesta. Entonces podrá extraerse. Es mejor acabar ligeramente la pared del alvéolo para poder apalancar bien, que arriesgarse a aplicar presión apical sobre el fragmento.

Los fragmentos de molares superiores, especialmente los que se encuentran en el área del tercer molar, se observan e intervienen mejor de manera indirecta usando un espejo. Las raíces bucales pueden estar curvadas, lo que requeriría considerable desplazamiento. Las raíces palatinas de los molares son grandes y están rodeadas por paredes alveolares no dúctiles, debido a su proximidad al antro no deberá aplicarse presión directa sobre la raíz.

Las raíces del primer premolar superior son pequeñas y finas, la raíz bucal puede fácilmente empujarse a través de la delgada pared bucal de manera que quede entre -

periostio y placa alveolar. La raíz palatina se extrae a expensas del tabique interradicular.

Las raíces inferiores fracturadas a nivel alto requieren separación si la corona se fractura bajo el borde alveolar y las dos raíces están aún unidas. La separación puede lograrse con cincel, fresa o elevador. La primera raíz se retira con un pequeño elevador Winter; se hace palanca entre las dos raíces separadas con el punto de apoyo sobre la segunda raíz.

VIII.4 PROCEDIMIENTOS ABIERTOS

Cuando a causa de paredes del alvéolo rígidas, puntas radiculares curvas, inaccesibilidad, o visibilidad inadecuada no se puede extraer una raíz con procedimientos cerrados, deberá hacerse un colgajo quirúrgico antes de perder demasiado tiempo.

El procedimiento de colgajo estándar se utiliza para raíces bucales, se puede eliminar hueso labial o bucal con pinzas de gubia, la punta radicular saltará a la vista poco después de haber retirado la placa alveolar.

Algunas personas aconsejan una incisión en media luna, de tipo apicoectomía, para puntas radiculares pequeñas labiales o bucales.

Las raíces palatinas en las áreas molar y premolar superior se intervienen a través del tabique. Se hace el colgajo quirúrgico estándar, se elimina suficiente hueso bucal para lograr acceso y se estirpa el tabique con instrumentos cortantes. Las raíces palatinas de dientes adyacentes; por lo tanto puede eliminarse hueso mesial o distal de la raíz.

Si una raíz palatina de un molar desapareciera súbitamente hacia arriba, se instruye al paciente para que sople fuertemente con los orificios nasales obturados. Si la raíz no baja inmediatamente, estará en el antro. En esta situación está indicado un procedimiento de Caldwell-Luc.

La raíz bucal que se ha dividido y liberado se quita con un elevador. Si la otra raíz bucal está aún unida a -

la raíz palatina se trata de extraer la estructura combinada.

Si un molar superior intacto no puede extraerse con procedimiento cerrado a causa de la forma exageradamente romboidal de la corona o a otras razones relacionadas con las raíces y estructuras circundantes, habrá que extraerlo quirúrgicamente. Después de elevar un colgajo quirúrgico, las dos raíces bucales se cortan y separan de la corona por encima de la bifurcación con fresa o cincel.

Los procedimientos de colgajo quirúrgico pueden verse complicados por hemorragias con las áreas incisivas inferiores. En las áreas premolar y molar, el procedimiento se vuelve más aparatoso debido a la presencia del agujero mentoniano y del pesado hueso bucal, fortalecido por la línea oblicua externa.

C A P I T L O IX.

DROGAS DE EMERGENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL

IX. DROGAS DE EMERGENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL

El dentista debe estar preparado para encarar las reacciones alérgicas inmediatamente, porque las situaciones surgen cuando los instantes que se emplean para llamar al médico en algún lugar fuera del consultorio dental significan la diferencia entre la vida y la muerte.

IX.1 ASPIRINA

Por su baja incidencia en reacciones alérgicas, se omite como causa de las mismas reacciones alérgicas, aunque la alergia a la aspirina adopta formas diversas, por lo general es edema angioneurótico o de tipo asmático.

El edema angioneurótico tiene un aspecto edematoso - vidrioso y esta bien circunscripto o localizado a ciertas zonas (se presenta sobre el lado izquierdo del labio superior y limita estrictamente a esa arteria), las lesiones tienen predilección por los párpados, labios, lengua, glotis y bronquios. Existe la facilidad con que su manifestación en el labio se confunde con un absceso periapical de un diente vecino. En el absceso se palpa una hinchazón continua desde el labio hacia la zona apical del diente en cuestión, con edema angioneurótico, no habrá inflamación sobre el ápice de los dientes.

IX.2 PENICILINA

No es una droga notoriamente alérgica, en este momento todas las variaciones químicas de la penicilina forman un sólo grupo en lo que conciernen a su potencial alérgico. A diferencia de la aspirina, la penicilina da reacciones alérgicas muy variables y conocidas. Los signos más comunes son las lesiones en la piel, urticaria, que comienza en la palma de las manos, plantas de los pies y cuero cabelludo. Otras manifestaciones son erupciones y eritema, el problema más serio es la inhibición del sistema vascular periférico, aunque toda manifestación alérgica es grave, se observarán síntomas antes que el paciente llegue al estado de postración. Esto no suele ser así con el sistema vascular periférico, en pocos segundos se produce una caída de la presión sanguínea, sin síntomas que lo anuncian. Esto es un shock anafiláctico y debe ser --

tratado en los primeros minutos de una forma inmediata.

Es una emergencia médica en que el tratamiento adecuado en los primeros minutos significa la salvación de la vida.

Es poco común observar náuseas o diarrea alérgica -- con penicilina, pero se suele dar después de su administración bucal, y anuncia una reacción anafiláctica, en particular si la náusea y la diarrea son graves y comienzan poco tiempo después de la ingestión de la penicilina.

IX.3 PROCAINA

La procaína y sus ésteres son capaces de inducir el panorama de reacciones alérgicas, aunque las reacciones sistemáticas a la procaína son raras, se manifiestan a veces por signos tan poco usuales como postración, nerviosidad, desorientación etc., éstas reacciones poco comunes a los anestésicos locales se complican por el hecho de que la boca es una zona con gran carga psíquica y por ello -- provoca muchos episodios emocionales de síncope, puesto que el síncope afecta al sistema vascular periférico. Es imposible diferenciar en un primer momento dicho síncope de otras alteraciones vasculares periféricas que nacen de causas alérgicas o tóxicas. Se debe ser cauteloso, antes de clasificar a un paciente como alérgico con signos y -- síntomas tan imprecisos.

La posibilidad de pacientes que necesitan anestesia local es tan alta que es necesario investigar con atención al paciente de quien se sospecha sufre de alergia a los anestésicos locales, antes de formarse un criterio de finido.

Esto pone en relieve el punto de pruebas de rutina -- para detectar la alergia antes de emplear drogas dentales, como la exactitud de estos exámenes deja mucho que desear no se aconseja su indicación rutinaria. En estos casos es suficiente considerar la ausencia de antecedentes alérgicos.

IX.4 LIDOCAINA (XILOCAINA)

La lidocaina como la aspirina, tiene muchas manifestaciones alérgicas raras, que son por lo general de la variedad del edema angioneurótico.

IX.5 VASOCONSTRICTORES

La alergia a los vasoconstrictores es casi desconocida, por cuanto la epinefrina es una hormona normal, no hay alergia cuando se utiliza el producto puro.

IX.6 OTROS ANTIBIOTICOS

Las tetraciclinas tienen una capacidad alérgica baja y las reacciones, se limitan a simples erupciones de la piel.

El estelato de eritromicina, pocas veces produce alteraciones de la función del hígado, y solamente después de un consumo prolongado. La función hepática vuelve a su función normal cuando cesa la utilización de la droga. Como ocurre en muy raras ocasiones, se cree que tiene base alérgica. Esto reviste especial validez en el caso de la triacetiloleandomicina, excepto que, después de exposición previa, el empleo prolongado no causa necesariamente alteración hepática en los contados pacientes susceptibles.

IX.7 BARBITURICOS

Respecto a la alergia, ocurre un fenómeno interesante con los barbitúricos. Las drogas de acción más corta son menos propensas a producir alergia. No se tiene noticia de alergia a barbitúricos de acción ultracorta, tales como el tiopental sódico y el metohexital sodical (brevital), es rara la alergia a barbitúricos de acción corta, como el pontobarbital sódico (nembutal) o secobarbital (seconal), pero no es raro encontrarse reacciones alérgicas al uso prolongado de fenobarbital, la alergia al fenobarbital se presenta bajo la forma de erupciones.

Enumeramos a continuación las drogas dentales que producen problemas alérgicos; codefina y sus derivados, de merol, mertiolate, drogas proteolíticas, quimoral, orenzina, quimorasa, ataraxicos, compazina, librium, valium etc

IX. 8 TRATAMIENTO

Quando discutimos fenómenos alérgicos hablamos con frecuencia de reacciones que amenazan la vida. Puesto que

algunas reacciones son, se convierten o incluyen en conflictos graves, es importante adoptar procedimientos que conduzcan al exámen. Con esto en la mente, nuestro enfoque será aconsejar un tratamiento que asegure el máximo de seguridad, está por demás decir que muchas de las situaciones requerirán la intervención del médico después del tratamiento inicial de emergencia.

• C A P I T U L O X .

ASPECTOS LEGALES DE LAS EMERGENCIAS DENTALES

X. ASPECTOS LEGALES DE LAS EMERGENCIAS DENTALES

Una situación de emergencia es aquella con que se enfrenta el odontólogo con una combinación imprevista de circunstancias que requiere acción inmediata.

La emergencia puede ser extraordinaria o común, y el grado de gravedad fluctúa ampliamente. Aquí se intentará ilustrar sólo lo que sucede en forma habitual y frecuente y las probables consecuencias legales que de ello emanan.

X.I EMERGENCIAS DIARIAS

Con mucha frecuencia, todo dentista se enfrentará con así llamadas emergencias que existen, al menos en la mente de los pacientes, respecto de dientes hipersensibles, pequeñas abrasiones, etc.

Más importante es el conocimiento inmediato y empleo de agujas de tamaño y calibre adecuados, asepsia y medidas elementales respecto de agujas desechables para sutura, etc. Recuerde que la ley está bien instituida, Las emergencias pueden ser de todo tipo y existe el peligro de vida y salud se requiere acción esclarecedora.

Esto incluye dietas adecuadas para pacientes determinados, medicamentos, tipos correctos de pasta dentífrica etc.

Las cortes afirman por lo general que incumbe al odontólogo juzgar si un diente puede ser salvado o no, si con fecha posterior, el diente se halla afectado por enfermedad y debe ser extraído, no es razón para culpar al dentista.

Es obligatorio que el dentista conozca la capacidad de la anestesia local que utiliza, que tipos posibles de riesgos lleva con que porcentaje de personas sufre reacciones.

Lo mismo es válido para procedimientos que el odontólogo debe conocer y recetar respecto de tratamientos por realizar en el domicilio del paciente después de cualquier tipo de accidente que pudiera ocurrir, ya sea buches o instrucciones impartidas al paciente para controlar una hemorragia.

Es preciso poseer una buena serie radiográfica de-

modo que permita visualizar la zona y proceder en caso de una emergencia, se recordará que en ausencia de cualquier acuerdo contrario, las radiografías forman parte de los registros del odontólogo y son suyas, aunque las pague el paciente.

Con respecto a esto, el odontólogo no permitirá nunca que el paciente le diga que debe hacer o como hacerlo si el paciente se niega a ser radiografiado y las películas se necesitan para poder establecer un diagnóstico adecuado, dichas películas se tomarán, o de lo contrario no se tratará a ese paciente, recordar que la ley establece que debe mantener un nivel adecuado de asistencia y el paciente no puede exigir que el profesional proceda de otra manera. La asistente del odontólogo estará preparada en forma adecuada y se dará indicaciones apropiadas que seguir, no puede actuar como odontólogo y eliminar suturas, hacer hipnosis, anestésiar, etc.. si el odontólogo desea utilizar hipnosis debe hallarse preparado y calificado para ello y estar absolutamente preparado, seguro de que utilice una técnica aceptada.

A veces, después de una emergencia se trata de acusar directamente al odontólogo, en favor de un menor, recuerda que solo la corte aprueba cualquier sentencia o acusación, entre otros datos las radiografías auxiliaban a localizar cualquier lesión posible.

Las cortes también hallaron que es negligencia el no emplear radiografías para localizar un trozo de instrumento que pueda quedar incluido, o cuando el dentista no utiliza los Rx para localizar la fuente de dolor, además de declarar la responsabilidad de la omisión de usar radiografías, etc., la corte afirma que si no se siguen procedimientos radiográficos adecuados también hay responsabilidad.

X.2 EL EMPLEADO EN LAS EMERGENCIAS

Se estableció con claridad, en muchas jurisdicciones que es una práctica deplorable permitir que la asistente dental u otro empleado trate la piorrea, haga obturaciones, tome impresiones, ajuste dentaduras etc., una emergencia no debe alterar esta regla.

La ley es clara cuando dice que por más ocupado -- que se encuentre el dentista, no puede tener un repre--

sentante que aconseje a los pacientes sobre el tipo de dentadura que usen que ayuden en cualquier corrección facial o fije horarios.

X.3 PROHIBICION DE ACOMPAÑANTES

Esto señala una regla que la mayoría de los dentistas siguen; no se permiten la entrada al consultorio a los padres o amigos, se ve por crónicas de periódicos, que alegan malos tratos y abusos para con el niño y estos incidentes se fueran observados por la madre habría una causa adicional de acción para el supuesto agravio mental, además de el que el pequeño paciente pone a su cuenta, es necesario recordar que los daños monetarios se hallan libres de impuestos, es las lesiones personales.

X.4 RECETAS DE EMERGENCIA:

Hay entre los odontólogos gran tendencia a recetar medicamentos a pacientes en caso de urgencias, en lugar de enviarlos a especialistas (en caso de enfermedades generales y sistémicas), el riesgo de no tener la opinión de alguien más que realmente tenga conocimientos sobre estas enfermedades y las cosas no andan bien, no habrá nadie que respalde al odontólogo, en muchas jurisdicciones es ilegal no escribir recetas para ciertas drogas ya relacionadas en nuestra área.

Siempre que se trate de una emergencia o no, escribir las recetas y anotarlas en la ficha del paciente será una regla de rigor a seguir en el consultorio, nunca se insistiera suficiente si en la receta se da alguna droga que cree hábito, se tenga sumo cuidado de no ser culpado por cualquier hábito que pudiera formarse.

X.5 CUERPOS EXTRAÑOS

Se ha seguido algunas acciones judiciales contra odontólogos por negligencia, al permitir que algunas partículas de hueso en la extracción, diente, fresas, penetraran en la garganta del paciente y fuera tragada por él. Es frecuente el caso de los objetos extraños, sea una aguja, un diente fracturado o una raíz, en la mayor parte de los casos, el odontólogo está enligado a respon

der por tales experiencias. Las experiencias demuestran que con la agujas desechables la longitud y el calibre adecuado, cada año se registran menos cantidad de agujas rotas, la dificultad surge cuando el odontólogo intenta eliminar el trozo roto cuando no sabe hacerlo, y no tiene el instrumental adecuado para proceder de manera correcta respecto a esto, se subraya que cualquier prolongación de tiempo que el paciente se halle con la boca abierta, aumenta el peligro de la creación de lesiones en la articulación.

También se desea destacar que los registros deben dar pruebas de las instrucciones que se dan al paciente después de un episodio adverso. Si el paciente recibió indicaciones apropiadas sabe el uso de un antibiótico, y no siguió bien las instrucciones, la corte fallará diciendo que no hay culpa por parte del profesional, la ley carga sobre el profesional la obligación de que sus instrucciones sean entendidas.

X.6 PRECAUCIONES PREVIAS A LA EMERGENCIA

En cuanto se puede determinar, las cortes sosten---drían que es una cuestión de hecho que se considera mal ejercicio permitir a un paciente que se encuentra aún bajo los efectos de la anestesia el que deambule y por ello sufra accidentes al salir de los elementos de res---tricción en el consultorio, la jurisprudencia respecto a practica inadecuada aconseja que es mejor que el paciente comprenda y siga las instrucciones que incluyen cualquier prospecto de drogas.

No se debería permitir al paciente que abandone el consultorio mientras se halle bajo los efectos de un sedante o hasta que se halle completamente consiente, después de un anestésico.

El paciente puede no saber que esta haciendo, es sorprendente notar que en algunos consultorios no se puede disponer inmediatamente de oxígeno. Se sabe que se producen muchos paros cardíacos por trastornos emocionales y temor, cuando se utiliza anestesia local, así como anestesia general.

El oxígeno es parte del equipo común y muchos opinan que el no disponer del mismo o el no saber utilizarlo

es motivo de culpa, el nivel común de atención debe ser tal que antes de administrar cualquier anestésico local se tome la presión sanguínea.

X.7 MUERTE

Las decisiones más recientes respecto de errores y tratamiento que causan paros cardíacos bajo anestesia aportan nuevos principios. La conclusión humana ante la muerte, sobre pasa mucho lo legal, pero a continuación ennumeraremos algunas conclusiones legales:

- 1.- No ofrezca como voluntario para cuidar todo, y diga que el cuerpo sera preservado, cuando otro toma el cargo de los restos y no se siguen las indicaciones de cualquier tratamiento dental y el paciente se da cuenta y se produce un shock, el médico sera responsable de los daños.
- 2.- El pariente próximo tiene el derecho de enterrar y/o preservar los restos, no se puede permitir que esto sea hecho por otras personas.
- 3.- El cónyuge es la persona que tiene el derecho de controlar las disposiciones, y no los demás parientes e con la excepción de que si se sucitara el problema y fuera acompañado el paciente por algun familiar.
- 4.- Probablemente el hecho de que el dentista autorice una autopsia, sin disponer del consentimiento adecuado lo hace culpable.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Estos capítulos tratan la conducta a seguir en caso que sea necesario practicar una primera ayuda, que nos da por entendido que nos referimos a la ayuda inmediata, que por no estar presente un médico en el momento el odontólogo debe saber para cualquier caso de emergencia en el consultorio, ya que puede evitarse el inminente peligro de muerte y peligros adicionales, procurar el aminoramiento de los dolores y el control de un shock, y dar tranquilidad al enfermo y a sus parientes.

Puesto que este tipo de ayuda no tiene más misión - que el salvar la primera crisis y se realizara en condiciones de urgencia. Las personas que debemos acudir en la ayuda deberemos evitar tomar por nuestra cuenta desiciones precipitadas y de ninguna manera tratar de tomarlas falsas ambiciones de responsabilizarse ante una vida humana.

También hay afecciones graves que pueden cursar con síntomas de aspecto inofensivo y que no puede ser reconocido, luego en estos tipos de casos tenemos la obligación de estar informados con los conocimientos y experiencias necesarias para establecer la norma de conducta pertinente, encaminada a cuidar la salud y salvar una vida humana.

Así cuando uno se encuentre ante una enfermedad repentina o un accidente, esta tesis nos podrá ayudar para orientarnos con rapidez acerca de las medidas provisionales y preventivas que puedan tomarse, que es lo que se debe hacer todo ello contenido en unas normas breves y lo más concretas posibles.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

LESTER W. BURKER

MEDICINA BUCAL
INTERAMERICANA
1973

BALAUE LOPEZ

ENCICLOPEDIA -
LAROUSSE DE LA
MEDICINA
NAUTLA
1977

LUIGI SEGATORE

DICCIONARIO ME
DICO TAIDE
TAIDE
1976

GUSTAVO O. KRUGER

TRATADO DE CIRU
GIA BUCAL
INTERAMERICANA
4ta. EDICION-

SCHULTZ

ODONTOLOGIA OPE
RATORIA
INTERAMERICANA
1960

KATZ SIMON

ODONTOLOGIA PRE
VENTIVA
PANAMERICANA
1975