



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Accidentes y Complicaciones en el Consultorio

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N:

**JULIA LEON OLIVARES
ROSA RODRIGUEZ ORTIGOSA
ROSA MARIA CAMARGO CAMARGO**

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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

HISTORIA CLINICA

- 1.- VALORACION FISICA
- 2.- FUNCIONES PINCIPALES QUE PUEDE DESEMPEÑAR LA VALORACION FISICA
- 3.- DATOS PARA EL DIAGNOSTICO
- 4.- EXPLORACION DE LA CAVIDAD ORAL
- 5.- EXAMEN DENTAL

CAPITULO II

ACCIDENTES EN LA ANESTESIA LOCAL

- 1.- CONCEPTOS GENERALES
- 2.- VENTAJAS DE LA ANESTESIA LOCAL
- 3.- CARACTERISTICAS DE LOS ANESTESICOS
- 4.- ACCION DE LOS ANESTESICOS LOCALES
- 5.- CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

CAPITULO III

ACCIDENTES INMEDIATOS Y MEDIATOS DE LA ANESTESIA LOCAL

- 1.- ACCIDENTES INMEDIATOS
- 2.- ACCIDENTES MEDIATOS

CAPITULO IV

ANATOMIA DEL TRIGEMINO EN RELACION CON LA ANESTESIA LOCAL

CAPITULO V

SHOCK

- 1.- DEFINICION
- 2.- FISIOPATOLOGIA
- 3.- TIPOS DE SHOCK Y SU TRATAMIENTO

CAPITULO VI

PARO CARDIORESPIRATORIO

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- DEFINICION
- 3.- FISIOPATOLOGIA
- 4.- ETIOLOGIA
- 5.- SINTOMATOLOGIA
- 6.- TRATAMIENTO
- 7.- ANGINA DE PECHO
- 8.- IMPORTANCIA DE LOS SIGNOS VITALES
- 9.- EQUIPO DE EMERGENCIA

CAPITULO VII

HEMORRAGIAS

- 1.- DEFINICION
- 2.- CLASIFICACION DE LAS HEMORRAGIAS
- 3.- ETIOLOGIAS DE LAS HEMORRAGIAS
- 4.- HEMORRAGIA POR DEFICIENCIA O DISFUNCION DE
FACTORES DE LA COAGULACION
- 5.- DISCRASIAS SANGUINEAS
- 6.- DIABETES MELLITUS
- 7.- MECANISMO DE COAGULACION
- 8.- METODOS PARA PRODUCIR LA HEMOSTASIS
- 9.- PRUEBAS DE LABORATORIO

CAPITULO VIII

ALVEOLITIS

- 1.- DEFINICION
- 2.- ETIOLOGIA
- 3.- CAUSAS DE DOLOR POST-OPERATORIO
- 4.- SINTOMATOLOGIA
- 5.- TRATAMIENTO PREVENTIVO
- 6.- TRATAMIENTO LOCAL

CAPITULO IX

ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DENTARIA

1.- CONSIDERACIONES GENERALES

A.- DEFINICION

B.- HISTORIA DE LA EXODONCIA

C.- SELECCION DEL INSTRUMENTAL PARA LA EXTRACCION DENTAL

ASEPSIA

ANTISEPSIA

ESTERILIZACION

D.- INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DENTARIA

E.- CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DENTAL

F.- CONTRAINDICACIONES GENERALES

2.- FRACTURA DEL DIENTE

3.- FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS

4.- ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS.

5.- FRACTURA DE UN DIENTE ADYACENTE O ANTAGONISTA

6.- FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA.

7.- PERFORACION DE LA TABLA VESTIBULAR PALATINA

8.- LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS

9.- LUXACION DE LA MANDIBULA

10.- LUXACION DEL SENOS MAXILAR

11.- FRACTURA DE LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR

CONCLUSIONES

APENDICE

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

ES FRECUENTE QUE DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SE PRESENTEN CIERTAS SITUACIONES DESAGRADABLES QUE, EN LO GENERAL, PUEDEN CONSIDERARSE COMO ACCIDENTES. ES INDUDABLE QUE, EN ALGUNOS CASOS, SE TRATE DE VERDADEROS ACCIDENTES; ES DECIR, QUE SE TRATE DE SITUACIONES TOTALMENTE IMPREVISITAS Y NO IMPUTABLES AL ODONTÓLOGO. SIN EMBARGO, HAY SITUACIONES QUE PUEDEN QUEDAR BAJO LA RESPONSABILIDAD DE ÉSTE:

EN EL CURSO DEL PRESENTE TRABAJO ABORDO DIFERENTES ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y HAGO ÉNFASIS EN AQUELLOS ASPECTOS QUE NOS PERMITAN EVITAR SITUACIONES DESAGRADABLES Y RIESGOSAS. EN SU OPORTUNIDAD DESTACO LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y LA UTILIDAD QUE REPRESENTA PARA ELABORAR UN CORRECTO -- DIAGNÓSTICO. TAMBIÉN ABORDO LOS PROBLEMAS DERIVADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS ANESTÉSICOS.

OTRO ASPECTO QUE ABORDO, ES EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PADECIMIENTOS CARDIORESPIRATORIOS. ADEMÁS DE OFRECER ALGUNAS RECOMENDACIONES AL RESPECTO SE REITERA LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

EN OTRA PARTE ABORDO LAS COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR CON LAS HEMORRAGIAS, LAS ALVEOLÍTIS Y LAS POSIBLES FRACTURAS O LUXACIONES EN LAS EXTRACCIONES.

EN LO FUNDAMENTAL DESARROLLO LA TESIS DE QUE LOS LLAMADOS ACCIDENTES SON EVITABLES. UN CORRECTO ESTUDIO CLÍNICOS LA BASE PARA ELABORAR UN DIAGNÓSTICO ADECUADO, SI EL

PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DIABÉTICOS, CARDIORESPIRATORIOS U OTRO PADECIMIENTO QUE IMPIDA EL INICIO DEL TRATAMIENTO - ODONTOLÓGICO, LO RECOMENDABLE ES POSPONER EL TRATAMIENTO O, EN SU CASO, EXTREMAR LAS PRECAUCIONES, OTROS PROBLEMAS SE PUEDEN EVITAR EN LA MEDIDA EN QUE EL ODONTÓLOGO ACTÚE CON CUIDADO Y DE MANERA DILIGENTE. SIN EMBARGO, Y A PESAR DE LAS PRECAUCIONES, SE PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES EN -- DONDE EL ODONTÓLOGO TIENE QUE ACTUAR, AL RESPECTO TAMBIÉN PRESENTÓ MIS OPINIONES.

CAPITULO 1

HISTORIA CLINICA.

LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA SE REALIZA A TRAVÉS DEL INTERROGATORIO, CON PREGUNTAS HÁBILMENTE SELECCIONADAS, ASÍ COMO LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

LA HISTORIA CLÍNICA CONSTITUYE UNA VALIOSA FUENTE -- DE INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y, EN ALGUNOS CASOS, -- PUEDE AFECTAR EN FORMA DIRECTA EL ÉXITO O FRACASO DEL TRATAMIENTO. LA ELABORACIÓN DE ÉSTA, GENERALMENTE, PROPORCIONA LA PRIMERA OPORTUNIDAD PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE EL ODONTÓLOGO Y EL PACIENTE.

1.-VALORACION FISICA.- LOS DATOS EN QUE SE BASA LA VALORACIÓN FÍSICA SON OBTENIDOS DEL RELATO DEL PACIENTE, DE LOS ANTECEDENTES DE SU ENFERMEDAD, DE LA HISTORIA MÉDICA, DEL EXÁMEN FÍSICO, DE INVESTIGACIONES RADIOGRÁFICAS O DE LABORATORIO.

LA FINALIDAD DE ESTA ENTREVISTA PROPORCIONA AL PACIENTE UNA IMAGEN DEL ODONTÓLOGO QUE AFECTARÁ EN TODAS LAS RELACIONES POSTERIORES ENTRE LOS DOS. UNA MALA IMPRESIÓN EN ESTE MOMENTO SERÁ DIFÍCIL REMEDIAR EN EL FUTURO.

ES OBVIO QUE LA VERACIDAD DE LA VALORACIÓN FÍSICA DEPENDE EN GRAN PARTE DE LA EXACTITUD O PRECISIÓN DE LOS DATOS LIGADOS AL PACIENTE.

EL EXÁMEN FÍSICO DEPENDE DE LA CAPACIDAD DEL ODONTÓLOGO AL RECABAR LOS DATOS DEL PACIENTE ASÍ COMO LA INTERPRETACIÓN DE ELLOS.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ SER MUY CUIDADOSO AL INTEGRAR EL EXPEDIENTE CLÍNICO. EN PRIMER LUGAR ESTABLECERÁ UN MARCO DE CORDIALIDAD QUE HAGA POSIBLE OBTENER LA INFORMACIÓN Y LA CREACIÓN DE UN CLIMA DE CONFIANZA PARA QUE EL PACIENTE COLABORE DURANTE EL PROCESO DEL TRATAMIENTO.

UNA ACTITUD DESPÓTICA PUEDE CONducIR A UN FALSEAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y A GENERAR UNA ACTITUD DE RESISTENCIA QUE PUEDE ENTORPECER O A RETARDAR EL TRATAMIENTO.

POR OTRA PARTE, EL ODONTÓLOGO DEBE VALORAR TODAS Y CADA UNA DE LAS RESPUESTAS QUE OFREZCA EL PACIENTE Y DETECTAR EL NIVEL DE VERACIDAD. EN ALGUNOS CASOS SE DEBEN AGOTAR OTRAS ALTERNATIVAS DE TAL MANERA QUE EL CUADRO CLÍNICO SE COMPLETE OBJETIVAMENTE.

2.- FUNCIONES PRINCIPALES QUE PUEDE DESEMPEÑAR LA VALORACIÓN FÍSICA.- DESPUÉS DE LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PROCEDE, DESDE LUEGO, LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y LA ELABORACIÓN DE UN PLAN TERAPÉUTICO. EN PRIMER TÉRMINO, HABRÁ QUE DETECTAR SI PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE IMPIDA EL INICIO DEL TRATAMIENTO. EN ALGUNOS CASOS SERÁ RECOMENDABLE EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, EN OTROS SERÁ NECESARIO HACER OTRO TIPO DE ESTUDIOS A EFECTO DE CONOCER DE MANERA MÁS PROFUNDA LA SITUACIÓN CLÍNICA.- EN ESPECIAL, HABRÁ QUE TENER CUIDADO EN AQUELLAS ENFERMEDADES O SITUACIONES QUE IMPIDAN EL SUMINISTRO DE ALGÚN TIPO DE ANESTÉSICOS Y PREVENIR REACCIONES GRAVES QUE, EN CASO EXTREMO, PUEDE OCASIONAR LA MUERTE.

3.- DATOS PARA EL DIAGNOSTICO.- EN EL DIAGNÓSTICO DEBERAN CONSIDERARSE:

- A) LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE
- B) LOS SIGNOS DEL PACIENTE
- C) LOS PROCEDIMIENTOS AUXILIARES ADICIONALES (RADIOGRAFIAS, ESTUDIOS DE LABORATORIO):

LOS SÍNTOMAS SON MANIFESTACIONES SUBJETIVAS DE ALGUNA ENFERMEDAD RELATADOS POR EL PACIENTE Y NO PUEDEN SER OBSERVADOS POR OTRO INDIVIDUO, COMO POR EJEMPLO, EL DOLOR.

LOS SIGNOS SON MANIFESTACIONES DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE PUEDEN SER DETECTADOS POR OTRA PERSONA O POR EL MISMO PACIENTE.

ESTOS SON FENÓMENOS OBSERVABLES, EN OCASIONES PUEDEN SER MEDIDOS O CALIFICADOS, PERMITIENDO SU DESCRIPCIÓN MEDIANTE MEDICIÓN, COLOR, INTENSIDAD Y TEXTURA.

PARA REALIZAR UN TRATAMIENTO CORRECTO ES MUY IMPORTANTE EL DIAGNÓSTICO; ES INDISPENSABLE HACER UNA HISTORIA MÉDICA MINUCIOSA Y UN EXÁMEN FÍSICO COMPLETO, VALORANDO LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE PARA LOGRAR UN DIAGNÓSTICO PRECISO.

LA HISTORIA CLÍNICA SISTEMÁTICA ES UNA RELACIÓN ORDENADA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y ACTUALES CON RESPECTO AL PACIENTE; EN ALGUNOS CASOS PUEDEN -- SERVIR DE BASE PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.

EN LA HISTORIA CLÍNICA SISTEMÁTICA SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES DATOS:

- A) DATOS GENERALES
- B) ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES
- C) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
- D) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS
- E) PADECIMIENTO ACTUAL.

EN LOS DATOS GENERALES SE SOLICITAN:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre del Paciente	
Domicilio			Teléfono		
Ciudad	Estado	Z.P.			
Edad	Sexo	Talla	Peso		
Pulso	Tensión Arterial	Temperatura	Respiración		
Ocupación	Estado Civil	Nombre del Conyuge			
Nombre y Domicilio del Médico de Cabecera					

EN LOS ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES SE PIDEN -
LOS DATOS DE:

PADRES: _____

HERMANOS: _____

CONYUGE: _____

HIJOS: _____

ABUELOS: _____

COLATERALES: _____

CONVIVIENTES: _____

ENFERMEDADES QUE SE HAN PADECIDO: 1) SIFILIS 2) TUBERCULOSIS
3) NEOPLASIAS 4) ARTRITIS 5) HEMOFILIA 6) ALERGIA 7) PADE-
CIMIENTOS MENTALES O NERVIOSOS 8) ALCOHOLISMO 9) TOXICOMANIAS
10) EMBARAZOS 11) ABORTOS 12) PARTOS PREMATUROS 13) MUERTES
NEONATALES 14) TRAUMATISMOS MATERNOS DURANTE EL EMBARAZO 15) CAU-
SAS DE DEFUNCION Y FECHAS 16) OTROS

EN RELACION A LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS SE BUSCARA INFORMACION SOBRE:

FIEBRES ERUPTIVAS _____

TUBERCULOSIS _____

PALUDISMO _____

HEMORRAGIA _____

epistaxis, hemoptisis, hematemesis, rectorragias

ICTERICIAS _____

DIABETES _____

CRISIS CONVULSIVAS _____

NEUROLOGICAS Y PSIQUIATRICAS _____

ALERGIA _____

SIFILIS _____

OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS _____

FLEBITIS _____

INFARTO DEL MIOCARDIO _____

ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES _____

AMIGDALITIS _____

OTITIS _____

ADENOPATIAS _____

ULCERA PEPTICA _____

SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS SE INDAGARÁ SOBRE:

HIGIENE GENERAL _____

HABITACION _____

DESAYUNO _____ COMIDA _____ CENA _____

CANTIDAD DE LIQUIDOS INGERIDOS _____ DIETA _____

CONSISTENCIA _____ CALORIAS _____ PROTEINAS _____

HIDRATOS DE CARBONO _____ GRASAS _____ SALES MINERALES _____

VITAMINAS _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE RESIDENCIA _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION ANTERIOR _____

_____ OCUPACION ACTUAL _____

DEPORTES _____

TABAQUISMO _____ ALCOHOLISMO _____

EN CUANTO AL PADECIMIENTO ACTUAL SE INDAGARÁ SOBRE EL MOTIVO DE LA CONSULTA Y PRINCIPALES SÍNTOMAS, SOLAMENTE SE ENUMERARÁN LAS MOLESTIAS PRINCIPALES.

- A) CUADRO CLÍNICO INICIAL, FECHA COMIENZO, CAUSAS APARENTES, DESCRIPCION Y ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS.
- B) EVOLUCIÓN DE CADA UNO DE LOS SÍNTOMAS
- C) ESTADO ACTUAL DE LOS SÍNTOMAS.

EL EXAMEN SE REALIZARÁ APLICANDO SISTEMÁTICAMENTE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS:

- 1.- INSPECCIÓN
- 2.- PALPACIÓN
- 3.- PERCUSIÓN
- 4.- AUSCULTACIÓN

INSPECCION.- LA OBSERVACIÓN VISUAL DE LOS SIGNOS GENERALMENTE. APORTA MAYOR CANTIDAD DE DATOS PERTINENTES AL DIAGNÓSTICO QUE CUALQUIER OTRA TÉCNICA FÍSICA. ÉSTA ASEVERACIÓN REVISTE ESPECIAL IMPORTANCIA RESPECTO AL EXAMEN DE LA BOCA. EL ENCUENTRO CON EL PACIENTE DURANTE LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA PROPORCIONA AL ODONTÓLOGO LA OPORTUNIDAD DE OBSERVAR CARACTERÍSTICAS GENERALES COMO DESARROLLO CORPORAL, NUTRICIÓN, MARCHA, COLOR DE LA PIEL, ETC.

PALPACION.- LA PALPACIÓN PROPORCIONA UN CONOCIMIENTO DEL TAMAÑO DE LOS ÓRGANOS PROFUNDOS, ASÍ COMO SU CONSISTENCIA, MOVILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS ESTRUCTURAS MÁS SUPERFICIALES. EL EXÁMEN DEL CUELLO DEPENDE EXCLUSIVAMENTE DE LA TÉCNICA DE PALPACIÓN.

PERCUSION.- LA PERCUSIÓN DEPENDE DE LA TRANSMISIÓN DIFERENCIAL DEL SONIDO A TRAVÉS DE ESTRUCTURAS DIVERSAS NORMALES Y PATOLÓGICAS. AUNQUE LA APLICACIÓN DE PERCUSIÓN AL EXAMINAR CABEZA Y CUELLO ES LIMITADA, ESTA TÉCNICA ES MUY VALIOSA EN EL EXÁMEN DEL PECHO Y ABDOMEN.

AUSCULTACION.- LA TÉCNICA DE AUSCULTACIÓN TAMBIÉN DEPENDE DE LA TRANSMISIÓN DIFERENCIAL DE LOS SONIDOS; SIN EMBARGO LOS SONIDOS GENERALMENTE SON PROPORCIONADOS POR LOS ÓRGANOS NORMALES O PATOLÓGICOS. PARA APRECIAR ESTOS SONIDOS SE USA EL ESTETOSCOPIO.

TODOS LOS PACIENTES DEBERÁN RECIBIR UN EXÁMEN MINUCIOSO DE LA CARA, BOCA Y CUELLO, ADEMÁS DE REGISTRAR LA PRESIÓN ARTERIAL, EL PULSO Y LA RESPIRACIÓN.

ESTABLECER VALORES BÁSICOS Y, PARA PREVENIR ALGUNA URGENCIA, SE HARÁ ÉNFASIS EN PREGUNTAR ANTECEDENTES DE FIEBRE REUMÁTICA, ENFERMEDAD CARDIACA, ENFERMEDAD -- HEPÁTICA, ENFERMEDAD HEMORRÁGICA, INFECCIONES, DIABETES, HIPERTENSIÓN, HIPOTENSIÓN, ALERGÍA A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS.

4.- EXPLORACION DE LA CAVIDAD ORAL.- ANTES DE INICIAR LA EXPLORACIÓN ORAL DEBE TOMARSE EN CUENTA LOS DATOS -- DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, SI EXISTE ALGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA COMO, POR EJEMPLO, LA TUBERCULOSIS, -- ETC.

SE INICIARÁ EL EXÁMEN OBSERVANDO LA SUPERFICIE DE LOS LABIOS, SU FORMA, COMISURAS, SUPERFICIE INTERNA, -- OBSERVAR SI EXISTE LESIÓN. SE EXAMINARÁ EL COLOR Y LA TEXTURA DE LA MUCOSA ORAL O SI EXISTE HEMORRAGIA.

SE CONTINÚA CON EL PALADAR, SI NO PRESENTA TRASTORNOS PATOLÓGICOS Y TRAUMATISMOS.

BUSCAR EXISTENCIA DE LESIONES EN LA LENGUA, OBSERVAR COLOR, TAMAÑO Y FORMA, LESIONES COMO DE ANEMIA PERNICIOSA, HERPES, REGIÓN SUBLINGUAL, ENCÍAS Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN.

5.- EXAMEN DENTAL.- ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL EXAMEN.

- A) INSPECCIÓN VISUAL
- B) PALPACIÓN

- C) PERCUSIÓN
- D) MOVILIDAD
- E) RADIOGRAFÍAS

INSPECCION VISUAL.- DESPUÉS DE UNA PROFILAXIS SE INICIARÁ EL EXÁMEN CON EL AUXILIO DE LOS INSTRUMENTOS DENTALES DE EXPLORACIÓN: ESPEJO, LÁMPARA, ETC., SE REALIZARÁ LA INSPECCIÓN. SE DEBE OBSERVAR, EN ESPECIAL, LA SITUACIÓN ASPECTO, TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS DIENTES.

AL EXAMINAR LOS DIENTES DEBE BUSCARSE: CARIES, MAL OCLUSIÓN, POSIBLE FALTA DE DESARROLLO DENTAL, RESTAURACIONES, ANOMALÍAS DE FORMA, GINGIVITIS, FÍSTULAS, EXPOSICIÓN RADICULAR, FORMA DE LA CORONA Y POSICIÓN DE LA MISMA.

PALPACION.- CON LA PALPACIÓN O LIGERA PRESIÓN SE DETERMINARÁ LA CONSISTENCIA DEL TEJIDO; ASÍ COMO SU VOLÚMEN, O POSIBLE REACCIÓN DOLOROSA.

PERCUSION.- CONSISTE EN DAR UN GOLPE SUAVE Y RÁPIDO CON EL MANGO DE UN INSTRUMENTO SOBRE LA CORONA DE UN DIENTE PARA DETERMINAR SU SENSIBILIDAD. ÉSTA SE REALIZA EN SENTIDO HORIZONTAL Y VERTICAL. MEDIANTE UNA CORRECTA INTERPRETACIÓN SE PODRÁN ENCONTRAR DIENTES VITALES O DIENTES DESPULPADOS. EN EL PRIMER CASO SE APRECIARÁ UN SONIDO AGUDO, FIRME Y CLARO; EN LOS DIENTES DESPULPADOS SERÁ MATE Y AMORTIGUADO.

POR OTRA PARTE, LA SENSIBILIDAD PERMITIRÁ APRECIAR LA INTENSIBILIDAD DEL DOLOR; SI ES LEVE O INTOLERABLE.

MOVILIDAD.- SE UTILIZA PARA DETERMINAR LA FIRMEZA DEL DIENTE DENTRO DEL ALVEOLO Y SE REALIZA MOVIENDO EL DIENTE

TE CON LOS DEDOS EN FORMA BUCOLINGUAL. CUANDO HAY AUSENCIA DE DIENTES SE PODRÁ HACER EN SENTIDO MESIODISTAL.

RADIOGRAFIAS.- SE EMPLEAN PRINCIPALMENTE LAS PERIAPICALES Y SE OBSERVARÁN: MEMBRANA PERIODENTAL, HUESO ALVEOLAR, PROCESOS PERIOAPICALES: ABSCESO ALVEOLAR, GRANULONA, QUISTE, ETC.

SE DEBERÁN ANOTAR LAS CAUSAS DE LAS PÉRDIDAS DENTARIAS, FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO.

CON LA INFORMACIÓN OBTENIDA DURANTE EL INTERROGATORIO, LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO, SE ESTABLECERÁ EL DIAGNÓSTICO.

EL DIAGNOSTICO

LA FASE MÁS IMPORTANTE DE TODO EL DIAGNÓSTICO ES LA VALORACIÓN CRÍTICA DEL CONJUNTO DE DATOS OBTENIDOS. EL DIAGNÓSTICO CONSISTE EN SABER RECONOCER ALGUNA ANOMALÍA DEL CUADRO PATOLÓGICO Y SU ETIOLOGÍA.

PARA EL DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO SE TOMARAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

- 1.- SE ESTUDIARÁ CUIDADOSAMENTE EL CUADRO CLÍNICO.
- 2.- SE TOMARÁ EN CUENTA LAS CONDICIONES DE LOS DIFERENTES REMANENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE.
- 3.- VALORACIÓN ADECUADA DE UN MÉTODO RESTAURADOR -- QUE CUMPLA LAS EXIGENCIAS DEL PACIENTE, COOPERACIÓN DEL MISMO E HIGIENE BUCAL.
- 4.- CUMPLIENDO ESTOS REQUISITOS, SIGUIENDO UN MÉTODO CONSERVADOR Y RESPETANDO LA ESTRUCTURA -- DENTARIA.

EXAMEN RADIOGRAFICO

EL EXÁMEN RADIOGRÁFICO REVELERÁ LA CALIDAD DE TODOS LOS SECTORES DE LA MANDÍBULA O DEL MAXILAR; SE ESTUDIARÁN LOS ESPACIOS DESDENTADOS PARA DESCUBRIR RESTOS -- RADICULARES O ZONAS RADIOLÚCIDAS; SE VALORARÁ LA CALIDAD Y CANTIDAD DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE. SE MEDIRÁN -- LAS ZONAS RADICULARES DENTRO DEL PROCESO ALVEOLAR Y SE -- COMPARARÁN EN LONGITUD CON LA CORONA CLÍNICA.

CAPITULO II

ACCIDENTES DE LA ANESTESIA LOCAL

1.- CONCEPTOS GENERALES

ANALGESIA LOCAL.- SE DEFINE COMO LA PÉRDIDA DE LA SENSACIÓN DE DOLOR DE UNA ZONA LIMITADA Y PUEDE LOGARSE POR APLICACIÓN SUPERFICIAL O INFILTRACIÓN E INYECCIÓN REGIONAL DE DROGAS.

EN ODONTOLOGÍA LA ANALGESIA LOCAL SE OBTIENE EN DOS FORMAS.

- A) ANALGESIA POR INFILTRACION
- B) ANALGESIA REGIONAL

ANALGESIA POR INFILTRACION.- CONSISTE EN LA APLICACIÓN DE SOLUCIÓN ANALGÉSICA CERCA DE LA PUNTA DE LA RAÍZ DEL DIENTE PARA QUE PUEDA ESPACIARSE Y LLEGAR A LOS NERVIOS POR EL AGUJERO APICAL.

ANALGESIA REGIONAL.- EN EL CUAL SE BLOQUEA EL PASO DEL IMPULSO DOLOROSO, POR APLICACIÓN DEL ANALGÉSICO CERCA DEL TRONCO NERVIOSO E INTERRUMPE LA INERVACIÓN SENSORIAL DE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE.

POR LO REGULAR ESTA INERVACIÓN SE APLICA EN UN SITIO DONDE EL NERVIOS NO ESTÁ PROTEGIDO POR HUESO Y POR LO TANTO RECIBE LA SOLUCIÓN CON FACILIDAD.

2.- VENTAJAS DE LA ANESTESIA LOCAL

- A) SEGURIDAD.- LA ANESTESIA LOCAL ES MÁS SEGURA - QUE LA ANESTESIA GENERAL.
- B) COMODIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN.- NORMALMENTE - LA ANALGESIA LOCAL NO IMPONE RESTRICCIONES AL PACIENTE ANTES O DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN Y TIENE LA VENTAJA SOBRE LA ANESTESIA GENERAL DE QUE NO NECESITA ESTAR EN AYUNAS.
- C) COOPERACIÓN DEL PACIENTE.- SI UN PACIENTE ESTÁ BAJO ANESTESIA LOCAL OBTENEMOS SU AYUDA DURANTE SU TRATAMIENTO.
- D) TIEMPO ILIMITADO PARA TRABAJAR.- EL TIEMPO OPERATORIO DISPONIBLE CON ANESTESIA LOCAL SE LIMITA SOLO A LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA ESTAR SE QUIETO Y COOPERAR.

SI LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA SE EMPIEZAN A AGOTAR ANTES DE CONCLUIR EL TRATAMIENTO, EL CIRUJANO DENTISTA INYECTARÁ UNA CANTIDAD ADICIONAL.

- E) REDUCE EL SANGRADO DURANTE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. LA MAYOR PARTE DE LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS LOCALES CONTIENEN UN VASO CONSTRICTOR QUE ADEMÁS DE PROLONGAR LA ACCIÓN DEL ANESTÉSICO REDUCE LA GRAVEDAD GENERAL QUE APARECE DURANTE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

3.- CARACTERISTICAS DE LOS ANESTESICOS

- A) DEBE PRODUCIR ANESTESIA LOCAL COMPLETA SIN CAUSAR DAÑO AL NERVIO U OTROS TEJIDOS.

B) PRODUCIRÁ ANALGESIA DE ACCIÓN RÁPIDA

C) HA DE PRODUCIR ANALGESIA DE DURACIÓN SUFICIENTE PARA EL TRATAMIENTO PLANEADO, PERO SU PERÍODO DE ACCIÓN NO DEBE SER EXCESIVO. EL TIEMPO ADECUADO PARA LA MAYOR PARTE DE LOS TRATAMIENTOS DENTALES ES DE UNA HORA.

AUNQUE LA DURACIÓN DE LA ANESTESIA DEPENDE EN PARTE DE LA ESTRUCTURA QUÍMICA DEL ANESTÉSICO, SU ACCIÓN MEJORA SI PRODUCE VASOCONSTRICCIÓN. COMO REGULARMENTE CARECE DE ESTA PROPIEDAD, SE PUEDE COMPENSAR SI SE AGREGA UN VASOCONSTRICCIÓN ESPECÍFICO QUE REDUZCA EL FLUJO SANGUÍNEO EN LOS TEJIDOS Y RETARDE LA ELIMINACIÓN DEL ANESTÉSICO. ÉSTO ES LO QUE SE ESPERA EN LA MAYOR PARTE DE LOS TRATAMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL, PERO NO SE DEBEN AGREGAR VASOCONSTRICCIÓNES CUANDO SE QUIERE OBTENER ANESTESIA DE ESTRUCTURAS CON TERMINALES SANGUÍNEAS, COMO LOS DEDOS, PORQUE SE PUEDE PROVOCAR ISQUEMIA CON GANGRENA SUBSECUENTE.

D) NO DEBE SER TÓXICO, PORQUE SE ABSORBE HACIA LA CIRCULACIÓN DESDE SU SITIO DE APLICACIÓN. SI DOS ANESTÉSICOS TIENEN LA MISMA TOXICIDAD GENERAL PERO UNO ES MÁS EFICAZ A MENOR CONCENTRACIÓN, ÉSTE PROPORCIONA UN MAYOR MARGEN DE SEGURIDAD, AÚN CUANDO UN ANESTÉSICO SEA TÓXICO CUANDO SU CONCENTRACIÓN PASA DE CIERTO NIVEL EN LA SANGRE, LA ADICIÓN DE UN VASOCONSTRICCIÓN COMO LA ADRENALINA EN LA SOLUCIÓN ANESTÉSICO DESDE SU SITIO DE APLICACIÓN, Y POR LO TANTO LA CONCENTRACIÓN DEL ANESTÉSICO EN LA SANGRE CIRCULANTE NO PUEDE LLEGAR A

UN NIVEL ELEVADO. SIN EMBARGO, SI EL ANESTÉSICO LOCAL ES INYECTADO ACCIDENTALMENTE POR VÍA INTRAMUSCULAR, LA PRESENCIA DEL VASOCONSTRIC--TOR NO PODRÁ REDUCIR SU TOXICIDAD. UNA INYECCION INTRAÓSEA SE HACE DENTRO DE TEJIDO ESPONJOSO ÓSEO MUY VASCULARIZADO Y POR ESO SE PARECE A LA INYECCION INTRAVASCULAR.

- E) DEBE SER SOLUBLE EN UN VEHÍCULO ADECUADO Y DE PREFERENCIA AGUA.
- F) SERÁ ESTABLE EN SOLUCION Y TENDRÁ AMPLIA FECHA DE CADUCIDAD.
- G) HA DE SER COMPATIBLE CON OTROS INGREDIENTES EN LA SOLUCION, COMO EL VASOCONSTRIC--TOR.
- H) DEBE SER FÁCILMENTE ESTERILIZABLE, LO QUE IMPLICA QUE NO DEBE DESCOMONERSE CON LA EBULLICION. ES MÁS VENTAJOSO SI LA SOLUCION ES AUTO-ESTERILIZABLE.
- I) NO HA DE FORMAR HÁBITO.

4.- ACCION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

A) ACCION SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

ESTAS ACCIONES POR LO GENERAL OCURREN SÓLO CON DÓISIS RELATIVAMENTE ALTAS, DE MANERA PRIMORDIAL SON DE TIPO QUI--NIDÍNICO SOBRE EL MIOCARDIO PARA PROVOCAR CAMBIOS EN LA --EXCITABILIDAD, CONDUCCION Y FUERZA DE CONTRACCION.

GRAN PARTE DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES PRODUCEN DILATACIÓN ARTERIOLAR.

LA PROCAÍNA, PROCAINAMIDA Y LIDOCAÍNA SE HAN USADO POR VÍA INTRAVENOSA POR SUS EFECTOS QUINIDÍNICOS PARA CONTROLAR LA ARRITMIASCARDIACAS.

b) ACCION SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

TODOS LOS ANESTÉSICOS LOCALES ESTIMULAN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PUEDEN PROVOCAR ANSIEDAD, INQUIETUD Y TEMBLORES. LOS TEMBLORES PUEDEN LLEGAR A CONVULSIONES CLÓNICAS QUE PUEDEN SER TRATADAS MEDIANTE SEDACIÓN CON DROGAS COMO LOS BARBITÚRICOS. SI SE ADMINISTRA UNA SOBREDÓSIS DEL ANESTÉSICO SOBREVIENE LA MUERTE, CON FRECUENCIA POR FALLA RESPIRATORIA Y, EN PARTE, PORQUE HA HABIDO ESTIMULACIÓN CENTRAL EXCESIVA QUE DIÓ COMO RESULTADO LA DEPRESIÓN DEL CENTRO RESPIRATORIO. POR OTRA PARTE LA RESPIRACIÓN NO SE PUEDE EFECTUAR SI LOS MÚSCULOS INTERCOSTALES Y EL DIAFRAGMA SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE CONVULSIÓN.

c) VASOCONSTRICTORES

LA ADICIÓN DE UN VASO CONSTRICTOR A UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA RESTRINGE EN FORMA TEMPORAL LA CIRCULACIÓN LOCAL EN LOS TEJIDOS Y RETARDA LA ELIMINACIÓN DEL ANESTÉSICO.

ESTO AUMENTA LA EFICACIA Y DURACIÓN DE LA ANESTESIA. OTRA VENTAJA DEL VASOCONSTRICTOR ES QUE REDUCE EL RIESGO DE ENVENENAMIENTO GENERALIZADO POR LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, YA QUE DISMINUYE LA VELOCIDAD DE ABSORCIÓN

EN LA CIRCULACIÓN PARA QUE SE DESINTOXIQUE CON MAYOR FACILIDAD POR LA ENZIMA APROPIADA.

UN EJEMPLO DE LA VARIACIÓN DE LOS EFECTOS DEL ANESTÉSICO EN LOS VASOS SANGUÍNEOS ES LA AFIRMACIÓN QUE LA -- PRILOCAÍNA CON SOLO 1,300 000 DE ADRENALINA PRODUCE BUENA VASOCONSTRICCIÓN COMO LA LIDOCAÍNA CON 1:80 000 DE ADRENALINA. DESDE EL PUNTO DE VISTA ODONTOLÓGICO, COMO PUEDE -- CONSIDERARSE POR LOS ANESTÉSICOS LOCALES DESCRITOS, LA -- COCAÍNA ES EL ÚNICO VASOCONSTRUCTOR POTENTE.

D) EFECTOS DE LA ADRENALINA Y LA NORADRENALINA EN EL CORAZÓN,

ES POSIBLE QUE OCURRA REACCIONES DESFAVORABLES A ESTOS VASOCONSTRICTORES SI LA DROGA SE INYECTA POR VÍA INTRAMUSCULAR EN FORMA ACCIDENTAL. LOS PACIENTES CON MAYOR -- PELIGRO, EN ESTE CASO, SON AQUELLOS CON PROBLEMAS CARDIACOS, DIABETES O TIROTOXICOSIS, O BAJO TRATAMIENTO CON DRUGAS QUE INCLUYEN AGENTES BLOQUEADORES DE LA NEURONA ADRENÉRGICA.

LOS EFECTOS DE ESTAS HORMONAS SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR SON MUY COMPLEJAS.

POR SU ACCIÓN DIRECTA, LA ADRENALINA AUMENTA LA FRECUENCIA CARDIACA Y TAMBIÉN LA FUERZA DE CONTRACCIÓN DEL MIOCARDIO. ESTAS ACCIONES CONJUNTAS PROVOCAN QUE EL PACIENTE ESTÉ CONCIENTE DE LOS LATIDOS DE SU CORAZÓN, POR LO QUE PUEDE QUEJARSE DE PALPITACIONES. EL GASTO CARDIACO AUMENTA, LO QUE CAUSA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN SISTÓLICA. LOS VASOS SANGUÍNEOS DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO (Y LOS

DEL CORAZÓN) SE DILATAN Y ESTO OCASIONA DISMINUCIÓN DE LA RESISTENCIA PERIFÉRICA Y POR LO TANTO CAÍDA DE LA PRESIÓN DIASTÓLICA.

LA NORADRENALINA CAUSA ELEVACIÓN DE LAS PRESIONES -- DIASTÓLICA Y SISTÓLICA, POR LO QUE OCURRE UN REFLEJO QUE DISMINUYE LA FRECUENCIA CARDIACA HAY EFECTOS MÍNIMOS SOBRE LA FUERZA DE CONTRACCIÓN MIOCÁRDICA Y EL GASTO CARDIACO. LOS VASOS DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO SE CONTRAEN Y SE PIENSA QUE HAY AUMENTO DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO, -- QUE LA CAUSA DE ESTO SEA POR VASODILATACIÓN CORONARIA A -- OTROS CAMBIOS CARDIOVASCULARES.

LA RESISTENCIA PERIFÉRICA TOTAL ESTÁ AUMENTADA

DE LAS CANTIDADES DE VASOCONSTRICTORES USADAS EN -- ANESTESIA SON MUY PEQUEÑAS Y A CAUSA DE LA ELEVADA ACCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES SE REQUIERE DE MUY POCAS SOLUCIONES; ADEMÁS CONSIDERANDO QUE EL CIRUJANO DENTISTA LE PREOCUPA EL SISTEMA CARDIOVASCULAR DE SU PACIENTE, PUEDE EMPLEAR UN ANESTÉSICO LOCAL SIN VASOCONSTRUCTOR, PERO DEBE RECORDAR QUE SE NECESITA UNA MAYOR CANTIDAD DE LA SOLUCIÓN Y SE REQUIERE PRECISIÓN EN LAS INYECCIONES. LA DURACIÓN EFICAZ DE LA ANESTESIA VARÍA CON LA DROGA QUE SE USA, PERO ES MÁS CORTA CON ANESTESIA DE INFILTRACIÓN. DEBE RECORDAR SE QUE SI LA ANESTESIA ES INADECUADA, EL PACIENTE ESTARÁ MÁS ANGUSTIADO QUE SI SE HUBIESE EMPLEADO UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA LOCAL DE UN VASOCONSTRUCTOR.

5.- CLASIFICACION DE LAS ANESTESIAS LOCALES

LA MAYORÍA DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES ESTÁN RELACIONADOS ESTRUCTURALMENTE CON LA COCAINA.

PARA LA ACTIVIDAD ANESTÉSICA ES ESENCIAL QUE EXISTA UN EQUILIBRIO ENTRE LAS PARTES HIPÓFILAS E HIDRÓFILAS DE LA MOLÉCULA. ADEMÁS, EN TODOS LOS ANESTÉSICOS LOCALES DE LOS TIPOS ESTER Y AMIDA, EL GRUPO CARBOXILO ESTÁ ACTIVADO POR LA CARGA POSITIVA PARCIAL SOBRE EL ÁTOMO DE CARBONO.

ESTO SE HACE POSIBLE MEDIANTE DOBLES ENLACES CONJUGADOS QUE PERMITEN DISLOCALIZAR HACIA EL OXÍGENO CARBÓNICO AL EXTREMO DEL ANILLO AROMÁTICO.

LA DURACIÓN DEL EFECTO DEPENDE DE LA VELOCIDAD DE HIDRÓLISIS POR ENZIMAS NO ESPECÍFICOS Y DE LA HIDROFÓLICA DE LOS COMPUESTOS; ASÍ, EN LA SERIE DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES, LA DURACIÓN DEL EFECTO AUMENTA PROGRESIVAMENTE EN LA SECUENCIA DE LA PROCAINA, LIDOCAINA, PRILOCAINA MEPIVACAINA, ETC.

PARA QUE SEAN EFECTIVOS DEBEN DISOCIARSE Y LA BASE LIBRE QUE ES ALTAMENTE SOLUBLE EN LÍQUIDOS DEBEN ESTAR EN CONTACTO CON LA FIBRA NERVIOSA.

LAS ANESTESIAS LOCALES PUEDEN AGRUPARSE EN TRES GRUPOS.

- A) DERIVADOS DE ÉSTERES
- B) DERIVADOS DE AMIDAS
- C) ANESTÉSICOS LOCALES VARIOS.

DEBEN DE ESTAR EN FORMA DE BASE LIBRE. PRÁCTICAMENTE TODOS SON LÍQUIDOS. POR ESTA RAZÓN LA MAYOR PARTE DE ESTOS FÁRMACOS SE EMPLEAN EN FORMA DE SALES (HIDROCLORURO, SULFATO NITRATO Y BORATO) QUE SE PRESENTAN GENERALMENTE EN SÓLIDO

CRISTALINOS O INODOROS SOLUBLES EN AGUA.

TODAS LAS SALES BLOQUEADORAS ACTÚAN POR LA COMBINACIÓN DE UNA BASE DÉBIL Y ÁCIDO FUERTE Y SON RÁPIDAMENTE - HIDROLIZADOS CUANTO TIENEN UN P.H. SUPERIOR A 7.0. UN 7.3 Ó 7.4, POR EJEMPLO, AUMENTA LA ALCALINIDAD DE LOS TEJIDOS Y LIBERA LA BASE ALCALOIDAL. ÉSTO, A SU VEZ, PERMITE LAS FIBRAS NERVIOSAS.

SI EL P.H. ES BAJO, INHIBE LA LIBERACIÓN DE LA ALCALINIDAD Y EVITA EL DESARROLLO DE UN BLOQUEADOR ADECUADO. - ÉSTO SUCEDE CUANDO PENETRA EL BLOQUEADOR EN ÁREAS INFECTADAS CON REACCIÓN TISULAR ÁCIDA (EL PUS TIENE UN P.H. DE 5.5)

POR LO TANTO LA ALCALINIDAD DETERMINA LA ACTIVIDAD - BLOQUEADORA DE LA SOLUCIÓN.

LA CONCENTRACIÓN EFICAZ DE UN BLOQUEADOR DEPENDE EN PARTE DEL NERVIIO ESCOGIDO. LOS NERVIOS MOTORES REQUIEREN UNA ALTA CONCENTRACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE SUS ACCIONES EN LOS NERVIOS SENSORIALES. LAS PERCEPCIONES DE CALOR Y FRÍO SON ABOLIDAS CON UNA MENOR CONCENTRACIÓN DE BLOQUEADORES QUE LOS QUE SE REQUIEREN PARA LA INTERRUPCIÓN DEL DOLOR Y LA PRESIÓN. EN GENERAL, LAS DROGAS CON LARGA DURACIÓN DE ACCIÓN SE DIFUNDEN MÁS LENTAMENTE QUE LOS DE ACCIÓN CORTA; POR LO TANTO, LA APARICIÓN DE ANESTESIA DEBIDO A LOS BLOQUEADORES DE LARGA ACCIÓN ES MÁS LENTA QUE LA DEBIDA A AGENTES DE CORTA ACCIÓN.

LA ESTRUCTURA QUÍMICA DEL BLOQUEADOR IDEAL HARÁ POSIBLE LA COMBINACIÓN DE ALTA POTENCIA Y POCA TOXICIDAD.

LAS ANESTESIAS LOCALES MÁS UTILIZADAS EN ODONTOLOGÍA SON LAS SIGUIENTES.

PROCAINA O NOVOCAINA.- SE EMPLEAN EN CONCENTRACIÓN QUE VARÍAN ENTRE 0.5 Y 2% PARA ANESTESIA POR INFILTRACIÓN

LA DOSIS MÁXIMA ES DE 1000 MG. PERÍODO DE LATENCIA: 5 MINUTOS.

DURACIÓN DEL BLOQUEO: DE 45 A 60 MINUTOS

LIDOCAINA

OTROS NOMBRES XILOCAINA.

ES COMPATIBLE CON LA ADRENALINA DOS VECES MÁS TÓXICA QUE LA PROCAINA PERO SU ACCIÓN ES MÁS RÁPIDA, MÁS INTENSA Y DE MAYOR DURACIÓN. POSEÉ ACCIÓN TÓPICA, TIENE LOS TEJIDOS UN PODER DE DIFUSIÓN 3-4 VECES MAYOR QUE LA PROCAINA Y ES CAPAZ DE PRODUCIR UN BLOQUEO EFECTIVO AUNQUE SE LE DEPOSITA SOLAMENTE EN LA PROXIMIDAD DE UN TRONCO NERVIOSO EN EL PLANO ADECUADO.

PERÍODO DE LATENCIA: 3-5 MINUTOS

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: DE 60 A 90 MINUTOS

PRILOCAINA (CITANEST)

ES TAN EFICAZ COMO LA LIDOCAINA PERO SU ACCIÓN ES MÁS DURADERA.

PUEDA DECIRSE QUE LA DURACIÓN DEL EFECTO DE LA PRILOCAINA SIN ADRENALINA ES IGUAL QUE LA XILOCAINA CUANDO ÉSTA SE ACOMPAÑA AL VASOPRESOR; EN ESTE SENTIDO, LOS EFECTOS ORGÁNICOS GENERALIZADOS SON MENORES EN DURACIÓN Y EN INTENSIDAD QUE LOS DE LA LIDOCAINA.

LA PRILOCAINA SE EMPLEA AL 1% POR INFILTRACIÓN AL 2% PARA EL BLOQUEO DE LA FLEXOS O TRONCOS NERVIOSOS.

MEPIVACAINA CARBOCAINA. ES EL TIPO DE AMIDA; SUS ACCIONES SON MUY SEMEJANTES A LOS DE LA LIDOCAINA PERO SU EFECTO ES MÁS PROLONGADO EN APROXIMADAMENTE UN 20%.- SU PERÍODO DE LATENCIA ES DE 5 A 15 MINUTOS.

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: DE UNA A TRES HORAS
DÓISIS: DE 5 A 10 MG. POR KILO DE PESO.

2

CAPITULO III

ACCIDENTES INMEDIATOS Y MEDIATOS DE LA ANESTESIA LOCAL.

DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ANESTESIA LOCAL, O --
DESPUÉS DE ELLA, PUEDEN OCURRIR UNA SERIE DE ACCIDENTES
INMEDIATOS O MEDIATOS.

LA CLASIFICACIÓN QUE SITUE NO PRETENDE SER ABSOLU-
TA PORQUE UNOS ACCIDENTES ENTRAN EN EL TERRENO DE LOS --
OTROS.

1.- ACCIDENTES INMEDIATOS

A) DOLOR: ES UNA SENSACIÓN PROVOCADA HABITUALMENTE POR AL
GÚN ESTÍMULO NOCIVO QUE AFECTA UN TEJIDO. ES UN --
SIGNO DOMINANTE O SECUNDARIO QUE PUEDE APARECER EN
CUALQUIER SEGMENTO DEL ORGANISMO Y SE ACOMPAÑA CASI
SIEMPRE DE SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS QUE NOS AYUDA
RÁN A DETERMINAR EL TEJIDO U ÓRGANO LESIONADO.

FISIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA: EL DOLOR ES UNA SENSACIÓN -
DESAGRADABLE QUE CONSTITUYE UNA SEÑAL DE ALARMA CON RES-
PECTO A LA INTEGRIDAD DEL ORGANISMO Y SE ACOMPAÑA DE REAC-
CIONES PARA ELIMINAR LAS CAUSAS QUE LO PRODUCEN.

REACCIONES DOLOROSAS: DEBE DISTINGUIRSE LA PERCEPCIÓN DO-
LOROSA Y LA REACCIÓN AL DOLOR QUE ACOMPAÑA A LO ANTERIOR.

ESTA REACCIÓN ANTE EL DOLOR POSEE COMPONENTES PSÍ--
QUICOS, SOMÁTICOS Y VISCERALES.

EL COMPONENTE PSÍQUICO, EMOCIONAL O EFECTIVO VARÍA DE UN INDIVIDUO A OTRO Y A UN MISMO INDIVIDUO; EL DOLOR ES UNA SENSACIÓN DESAGRADABLE QUE SE ACOMPAÑA DE ANSIEDAD, ALARMA O MIEDO ACERCA DE LA SALUD, PUDIENDO LLEGAR A SER INTOLERABLE.

EL COMPONENTE SOMÁTICO CONSISTE EN MOVIMIENTOS DEFENSIVOS DE RETIRADA, EVASIÓN, LUCHA, GRITOS O DEPRESIÓN.

EL COMPONENTE VISCERAL CONSISTE EN TAQUICARDIA, -- VASOCONSTRICCIÓN ARTERIAL, MIDRIASIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, NAUSEAS, VÓMITOS Y SUDORACIÓN.

TIPOS DE DOLOR: TOMANDO EN CUENTA LAS ESTRUCTURAS QUE -- PUEDEN DAR ORIGEN AL DOLOR HAY TRES TIPOS.

A) DOLOR SUPERFICIAL SOMÁTICO CUTÁNEO QUE NACE EN LA PIEL Y SUS ESTÍMULOS SON EL CALOR O FRÍO INTENSO, LA INFLAMACIÓN Y OTROS FACTORES LESIONANTES. EL DOLOR ES VIVO, BIEN LOCALIZADO Y DA ORIGEN A REACCIONES CONSISTENTES EN AUMENTO DE ACTIVIDAD MUSCULAR Y DESCARGA SIMPÁTICO ADRENAL.

B) DOLOR PROFUNDO SOMÁTICO. NACE EN LOS MÚSCULOS, APONEUROSIS, TENDONES, ARTICULACIONES Y PERIOSTIO. SUS ESTÍMULOS SON SEMEJANTES A LOS DEL CASO ANTERIOR Y ADEMÁS, CONTRACCIÓN MUSCULAR. EN CONDICIONES DE ISQUEMIA -- ES UN DOLOR SORDO PERO BIEN LOCALIZADO QUE DA NACIMIENTO A REACCIONES CONSISTENTES A QUIETUD ACOMPAÑADO DE CONTRACATURAS MUSCULARES QUE FIJA LA REACCIÓN DOLOROSA Y MANIFESTACIONES VISCERALES COMO BRADICARDIA Y SUDORACIÓN.

c) DOLOR PROFUNDO Y VISCERAL. SE ORIGINA EN LOS ÓRGANOS INTERNO Y SUS ESTÍMULOS SON DIFERENTES A LOS DEL DOLOR ARTIFICIAL. LOS PRINCIPALES SON LA DISTENCIÓN O DILATACIÓN BRUSCA, EL ESPASMO O CONTRACCIÓN MUSCULAR. EL DOLOR ES VAGO, SORDO, SIN LOCALIZACIÓN PRECISA Y SE ACOMPAÑA DE REACCIONES DE QUIETUD CON CONTRACCIÓN MUSCULAR - DE INMOVILIZACIÓN, BRADICARDIA, HIPOTENSIÓN, SUDORES, -- NÁUSEAS Y AÚN VÓMITOS.

b) HEMATOMA. ES UN BULTO O PSEUDOTUMOR CAUSADO POR UNA COLECCIÓN DE SANGRE EN UN TEJIDO. NORMALMENTE PROVIENE DE LA RUPTURA DE ALGÚN VASO SANGUÍNEO DE CIERTO GROSOR; ESTA SANGRE ASÍ EXTRAVASADA SE COAGULA EN FORMA RÁPIDA Y QUEDA ENCAPSULADA POR TEJIDO CONECTIVO, ESTE ACCIDENTE ES COMÚN EN LAS INYECCIONES A NIVEL DE LOS AGUJEROS INFRAORBITARIO O MENTONIANO, SOBRE TODO SI SE INTRODUCE LA AGUJA EN EL CONDUCTO OSEO. EL DERRAME SANGUÍNEO ES INSTANTÁNEO Y TARDA VARIOS DÍAS PARA SU DISOLUCIÓN.

TRATAMIENTO.- CONSISTE EN LA APLICACIÓN DE BOLSA CON HIELO SOBRE EL SITIO DE LA INYECCIÓN.

c) PARALISIS FACIAL. SE CARACTERIZA POR LA PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD VOLUNTARIA EN UN ÁREA ORGÁNICA MÁS O MENOS EXTENSA POR LESIÓN DEL MECANISMO NERVIOSO MUSCULAR QUE LO GOBIERNA. ESTE ACCIDENTE OCURRE EN LA ANESTESIA TRONCULAR DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR CUANDO SE HA LLEVADO LA AGUJA POR DETRÁS DEL BORDE PAROTIDEO DEL HUESO Y SE INYECTA LA SOLUCIÓN.

SÍNTOMAS.- CAIDA DEL PÁRPADO E INCAPACIDAD DE OCLU

SIÓN Y PROYECCIÓN HACIA ARRIBA DEL GLOBO OCULAR, CAIDA -
Y DESVIACIÓN DE LOS LABIOS.

TRATAMIENTO.- NO EXISTE. LOS TRASTORNOS DESAPARE-
CEN EN HORAS.

D) IZQUEMIA DE PIEL EN CARA. ES UNA RESTRICCIÓN -
LOCAL DEL RIEGO SANGUÍNEO EN LA CARA, DE CARÁCTER TEMPO-
RAL O EN CIERTOS DE ÍNDOLE PERMANENTE. ES MOTIVADA PRIN-
CIPALMENTE POR UN VASOCONSTRUCTOR DE LOS VASOS QUE LA --
IRRIGAN.

EN ALGUNOS CASOS, A RAÍZ DE CUALQUIER ANESTESIA, SE
NOTA SOBRE LA PIEL DE LA CARA UNA INTENSA PALIDEZ DEBIDO
A LA IZQUEMIA. ÉSTA SE ORIGINA POR LA PENETRACIÓN Y TRANS-
PORTE DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA CON ADRENALINA EN LA LUZ
DE UNA VENA. EN ESTE SENTIDO LA ADRENALINA OCASIONA VASO-
CONSTRICCIÓN IZQUEMIANTE.

TRATAMIENTO.- NO SE REQUIERE NINGUNO

E) SINCOPE. ES LA SUSPENSIÓN REPENTINA Y MOMENTÁNEA
DE LA ACTIVIDAD DEL CORAZÓN CON PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO.
EL PACIENTE REFIERE MAREO, DEBILIDAD, NÁUSEAS Y LA PIEL -
CON SIGNOS DE PALIDEZ, SUDOROSA Y FRÍA.

CAUSAS PRÉDISPONENTES: DEBILIDAD, FATIGA, INANICIÓN
Y HEMORRAGIA. POR LO GENERAL ES ORIGINADA POR UN SÚBITO -
REFLEJO EMOTIVO, DE CORTA DURACIÓN Y ES DIFERENTE AL SHOCK.

TRATAMIENTO.- COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN SUPI-
NA, CON LA CABEZA MÁS BAJA QUE EL RESTO DEL CUERPO. MANTE-

NER VÍA AÉREA PERMEABLE Y ADMINISTRAR OXÍGENO.

SE RECOMIENDA QUE A LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ATAQUES DE SÍNCOPE SE LES ADMINISTRE ALGÚN MEDICAMENTO PREVIO QUE LES ALIVIE LA ANSIEDAD.

F) LIPOTIMIA. SE MANIFIESTA POR LA PÉRDIDA TEMPORAL DE LA CONCIENCIA.

CUANDO EN LUGAR DE LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA SOLO EXISTE VISIÓN BORROSA O TORPEZA MENTAL, SE CONSTITUYE LA LIPOTIMIA O DESMAYO QUE CASI SIEMPRE ES ORTOSTÁTICA. SE LE CONOCE TAMBIÉN COMO UNA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA.

SÍNTOMAS: APARECE BRÚSCAMENTE. HAY PALIDEZ GENERALIZADA, LA RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN SE DEBILITA, HAY -- SENSACIÓN DE MAREO, NÁUSEAS, SUDORACIÓN, PULSO DÉBIL, -- SENSACIÓN DE ANGUSTIA Y, CON MÁS FRECUENCIA, LA PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO. EN LA EXTRACCIÓN SE PUEDE PRESENTAR -- SOBRE TODO EN EL CURSO DE LA ANESTESIA LOCAL, ESTADOS -- EMOTIVOS QUE PUEDEN LLEGAR AL SÍNCOPE O AL SHOCK, SI EL TIEMPO ES PROLONGADO Y NO SE ATIENDE INMEDIATAMENTE.

TRATAMIENTO.- TAN PRONTO COMO APAREZCAN LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DEBE FACILITARSE LA CIRCULACIÓN PERIFÉRICA, -- SENTAR CÓMODAMENTE AL PACIENTE Y AFLOJAR SUS PRENDAS.

INMEDIATAMENTE SE RECLINARÁ EL RESPALDO DEL SILLÓN DENTAL COLOCANDO AL PACIENTE EN POSICIÓN DE TRENDELEMBURG PARA QUE LLEGUE MÁS RÁPIDO LA SANGRE ARTERIAL DEL CEREBRO, QUE HAYA BUENA VENTILACIÓN, GOLPEAR LA CARA Y CUELLO CON -- UN PAÑO HÚMEDO HACER MASAJE PRESTERNAL, ADMINISTRAR OXÍGENO Y ANALGÉSICO SI ES NECESARIO.

g) INYECCIÓN DE LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS EN ÓRGANOS VECINOS.

ES UN ACCIDENTE NO MUY COMÚN. EL LÍQUIDO PUEDE INYECTARSE EN LAS FOSAS NASALES DURANTE LA ANESTESIA DEL NER-- NERVIIO MAXILAR SUPERIOR; NO ORIGINA INCONVENIENTES. LA INYECCIÓN EN LA ÓRBITA, DURANTE LA ANESTESIA DE LOS NER-- NERVIOS DENTARIOS ANTERIORES O MAXILAR SUPERIOR, PUEDE OCA-- OCA-- SIONAR DIPLOPIA (VISIÓN DOBLE), EXOFORIA (DESVIACIONES OC-- OC-- CULARES HACIA AFUERA O ADENTRO) QUE DURAN LO QUE EL EFEC-- EFEC-- TO ANESTÉSICO. NO REQUIERE NINGÚN TRATAMIENTO. LA INYEC-- INYEC-- CIÓN A TRAVÉS DEL AGUJERO OVAL EN LA CAVIDAD CRANEANA, EN LA ANESTESIA DEL TRIGÉMINO, ES UN ACCIDENTE SERIO.

2.- ACCIDENTES MEDIATOS.

A) PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA. DESPUÉS DE LA IN-- IN-- YECCIÓN DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR LA ANESTESIA PUEDE -- P-- P-- ROLONGARSE DÍAS, SEMANAS Y MESES.

ESTA COMPLICACIÓN SE DEBE, CUANDO NO ES DE ORIGEN QUIRÚRGICO, AL DESGARRE DEL NERVIIO POR AGUJAS DESPUNTADAS O A LA INYECCIÓN DEL ALCOHOL JUNTO CON LA NOVOCAINA.

TRATAMIENTO: CON EL TIEMPO EL NERVIIO SE REGENERA -- R-- R-- LENTAMENTE Y DESPUÉS DE UN TIEMPO VARIABLE SE RECUPERA LA SENSIBILIDAD.

B) INFECCIÓN EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN: LAS INYEC-- INYEC-- CIONES EN LA MUCOSA BUCAL PUEDEN ACOMPAÑARSE DE PROCESOS INFECCIOSOS POR FALTA DE ESTERILIZACIÓN DE LA AGUJA. EN OCASIONES, POR PUNCIONES MÚLTIPLES, SE ORIGINAN ZONAS DO-- DO--

LOROSAS E INFLAMADAS.

LA INYECCIÓN SÉPTICA A NIVEL DE LA ESPINA SPIX OCA
SIONA TRANSTORNOS MÁS SERIOS, ABSCESOS Y FLEMONES, ACOMPA
ÑADOS DE FIEBRE, TRISMOS Y DOLOR.

TRATAMIENTO: APLICACIÓN DE CALOR, ANTIBIÓTICOS, --
ABERTURA QUIRÚRGICA DE LOS ABSCESOS.

CAPITULO IV

ANATOMIA DEL TRIGEMINO EN RELACION CON LA ANESTESIA LOCAL

EL TRIGEMINO ES UN NERVIIO MIXTO QUE TRASMITE LA SENSIBILIDAD DE LA CARA Y FOSAS NASALES Y LLEVA LAS INCITACIONES MOTORAS A LOS MÚSCULOS MASTICADORES.

ORIGEN REAL.- LAS FIBRAS SENSITIVAS TIENEN SU ORIGEN EN EL GANGLIO DE GASSER DE DONDE PARTE LA RAÍZ SENSITIVA Y MOTORA DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES, QUE ES EL PRINCIPAL ACCESORIO.

ORIGEN APARENTE.- EN LA PARTE LATERAL DE LA PROTUBERANCIA ANULAR TIENE DOS RAMAS QUE SON LAS SENSITIVA Y LA MOTORA. LA RAMA SENSITIVA INERVA TODOS LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN, MENOS EL BUCINADOR, QUE SE CONSIDERA EL MÚSCULO DE LA PRESIÓN FACIAL INERVADA POR EL NERVIIO FACIAL.

TANTO EL NÚCLEO SENSITIVO COMO EL MOTOR DESCANSA CERCA DE LA PORCIÓN MEDIA DE LA PROTUBERANCIA.

LAS FIBRAS DE LA RAÍZ MOTORA VAN HACIA ADELANTE Y LATERALMENTE EN LA FOSA CRANEAL POSTERIOR ADEMÁS CORREN POR ABAJO DEL GANGLIO DE GASSER PARA ALCANZAR EL FORAMEN OVAL POR DONDE PASAN ANTES DE UNIRSE A LA RAMA MAXILAR INFERIOR.

LA RAMA SENSITIVA CURSA HACIA ADELANTE Y LATERAL HACIA LA FOSA CRANEAL MEDIA. AQUÍ LLEGA EL GANGLIO DE GASSER QUE SE LOCALIZA EN EL APEX DE LA PORCIÓN PETROSA DEL

HUESO TEMPORAL Y DESCANSA EN LA CAVIDAD DE MECKEL QUE ES UNA PROLONGACIÓN DE LA DURA MADRE DE LA FOSA CRANEAL POSTERIOR.

LAS TRES RAMAS DEL NERVIO TRIGÉMINO SON:

- A) RAMA DEL NERVIO OFTÁLMICO
- B) RAMA DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR
- C) RAMA DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR

LA RAMA DEL NERVIO OFTÁLMICO ES TOTALMENTE SENSITIVO. A SU VEZ SE DIVIDE EN TRES RAMAS PRINCIPALES QUE PASAN -- HACIA LA ÓRBITA A TRAVÉS DE LA FISURA ORBITAL SUPERIOR Y ÉSTAS SON: EL NERVIO LAGRIMAL, EL MEDIO NERVIO FRONTAL Y EL NERVIO NASOCILIAR.

EL PRIMERO INERVA LA GLÁNDULA DEL MISMO NOMBRE CUYAS FIBRAS SON DE NATURALEZA PARASIMPÁTICA; Y ÉSTAS LLEGAN AL NERVIO LAGRIMAL POR EL GANGLIO ESFENOPALATINO QUE, A SU -- VEZ INERVA PARTE DEL PÁRPADO SUPERIOR Y PARTE DE LA CON-- JUNTIVA.

EL SEGUNDO, INERVA LA FRENTE, LA MITAD ANTERIOR DEL CUERO CABELLUDO, LA PIEL DE LA NARIZ, LA PIEL CONJUNTIVA DEL PÁRPADO SUPERIOR Y LA MUCOSA QUE RECUBRE LOS SENOS - FRONTALES.

Y POR ÚLTIMO, EL NERVIO NASOCILIAR INERVA LA CÓRNEA Y LA ESCLERÓTICA DEL OJO Y LA PARTE SUPERIOR Y ANTERIOR DEL TABIQUE NASAL.

LA RAMA DEL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR TAMBIÉN ES TOTALMENTE SENSITIVA. INERVA TODO EL MAXILAR SUPERIOR, DIENTES, ENCIAS, SENO MAXILAR Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS DE LOS PALADARES BLANDO Y DURO, LA CAVIDAD NASAL, LA NASOFARINGE, LA PIEL DEL LABIO SUPERIOR Y LA PORCIÓN SUPERIOR DE LAS MEJILLAS, EL PÁRPADO INFERIOR Y LA PORCIÓN ADYACENTE DE LA NARIZ, LA PIEL SOBRE LA PARTE ANTERIOR DE LA ZONA TEMPORAL Y LA QUE SE ENCUENTRA SOBRE EL ARCO CIGOMÁTICO.

EL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR, POR OTRA PARTE, CURSA - DESDE EL GANGLIO DE GASSER, HACIA ADELANTE EN LA PARED LATERAL DE LOS SENOS CAVERNOSOS Y PASA A TRAVÉS DEL AGUJERO O FORAMEN OVAL.

EN ESTE PUNTO SE ENCUENTRA SUSPENDIDO EL GANGLIO ESFENOPALATINO. A TRAVÉS DE ESTE GANGLIO PASAN LAS RAMAS A LA ÓRBITA Y A LOS NERVIOS ESFENOPALATINOS CORTOS, ESFENOPALATINOS LARGOS, EL PALATINO MAYOR AL PALATINO MENOR Y A LOS FARINGEOS. LOS NERVIOS ESFENOPALATINOS CORTOS LLEGAN A LA NARIZ POR EL FORAMEN ESFENOPALATINO E INERVAN LA PARTE SUPERIOR DE LA NARIZ.

LOS NERVIOS ESFENOPALATINOS (NASOPALATINOS) LARGOS - PASAN A LO LARGO DEL TABIQUE Y LO INERVAN. ENSEGUIDA PASAN A LA CAVIDAD NASAL Y POSTERIORMENTE, A TRAVÉS DEL CONDUCTO INCISIVO, INERVA EL MUCOPERIÓSTIO, LA ENCÍA Y EL PROCESO ALVEOLAR DE LA PARTE ANTERIOR AL PALADAR.

EL NERVIIO PALATINO MAYOR LLEGA AL PALADAR AL PASAR - POR EL FORAMEN PALATINO MAYOR QUE SE ENCUENTRA SITUADO -- ENTRE EL SEGUNDO Y TERCERO MOLARES, INERVA EL MUCOPERIÓSTIO Y LA ENCÍA DEL PALADAR DURO DESDE LA PARTE POSTERIOR

DEL CANINO Y, EN OCASIONES, PUEDE INERVAR LAS RAICES PALATINAS DEL PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES SUPERIORES.

LOS NERVIOS PALATINOS MENORES ATRAVIESAN LOS AGUJEROS PALATINOS MENORES DEL PALADAR DURO PARA INERVAR LA MUCOSA DEL PALADAR BLANDO Y LA ÚVULA. LOS NERVIOS PALATINOS PROPORCIONAN LA INERVACIÓN SENSITIVA A LA CUBIERTA MUCOSA -- DEL PALADAR DURO Y BLANDO Y PROPAGAN LAS FIBRAS SECRETORIAS Y GUSTATIVAS A ESTA ZONA.

LA PEQUEÑA RAMA FARÍNGEA PASA POR EL GANGLIO PARA ALCANZAR LA NASOFARINGE.

EL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR, ADEMÁS, DA RAMAS QUE SON: EL NERVIIO CIGOMÁTICO Y LOS NERVIOS DENTALES POSTERIORES -- SUPERIORES.

EL NERVIIO CIGOMÁTICO PASA A TRAVÉS DE LA FISURA ORBITAL INFERIOR. AQUÍ SE DIVIDE EN UNA RAMA TEMPORAL QUE -- INERVA LA PIEL DE LA MISMA REGIÓN Y OTRA RAMA FACIAL QUE INERVA LA PIEL SOBRE EL ARCO O HUESO CIGOMÁTICO. LAS FIBRAS SECRETORAS PASAN JUNTO CON EL NERVIIO CIGOMÁTICO POR EL GANGLIO ESFENOPALATINO.

LOS NERVIOS DENTALES POSTERIORES SUPERIORES VARÍAN -- EN NÚMERO Y CURSAN HACIA ABAJO EN LA CARA POSTERIOR DEL -- MAXILAR SUPERIOR Y SE ADENTRAN EN ÉL APROXIMADAMENTE 1 CM. ARRIBA Y ATRÁS DEL TERCER MOLAR. SIN EMBARGO, ANTES DE ESTO DAN RAMAS A LA ENCÍA BUCAL DE LOS MOLARES SUPERIO-- RES. DESPUÉS DE ENTRAR EN EL HUESO DAN RAMAS QUE INER-- VAN TODOS LOS MOLARES SUPERIORES CON EXCEPCIÓN DE LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL PRIMER MOLAR QUE, EN OCASIONES, PUEDE SER

INERVADO POR EL NERVIIO DENTAL SUPERIOR MEDIO. ESTE NER- - VIO, QUE ESTÁ PRESENTE APROXIMADAMENTE EN 50% DE LOS PACIEN- - TES, SE COMBINA CON LOS NERVIOS DENTALES POSTERIOSUPERIO- - RES Y ANTERIORES Y FORMA EL PLEXO QUE EN OCASIONES SE LLA- - MA ASA NERVIOSA EXTERNA.

EL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR ATRAVIESA AHORA LA FISURA SUBORBITAL PARA LLEGAR AL AGUJERO SUBORBITARIO DONDE DES- - CANSA FUERA DEL PERIOSTIO ORBITAL; ES DECIR, FUERA DE LA ÓRBITA. AQUÍ SE CONOCE COMO NERVIIO INFRAORBITARIO Y LUEGO PASA HACIA EL CONDUCTO INFRAORBITARIO. AQUÍ ES DONDE DA LA RAMA DEL NERVIIO DENTAL SUPERIOR MEDIO QUE, SI ESTÁ PRE- - SENTE, CURSA ABAJO EN LA PARED LATERAL DEL SENO MAXILAR, AL QUE DA ALGUNAS RAMAS. INERVA AMBOS PREMOLARES AL IGUAL QUE LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL PRIMER MOLAR. CUANDO ESTÁ AU- - SENTE LOS INERVAN LAS FIBRAS DEL NERVIIO DENTAL ANTEROSUPE- - RIOR.

EL NERVIIO DENTAL ANTEROSUPERIOR SE RAMIFICA APROXIMA- - DAMENTE 5MM. ANTES DEL EXTREMO EXTERNO DEL CONDUCTO INFRA- - ORBITARIO E INERVA LOS INCISIVOS Y CANINOS AL IGUAL QUE - - LA PARTE ANTERIOR DEL SENO MAXILAR Y LA NARIZ. EL NERVIIO INFRAORBITARIO SALE DE LA PARTE FRONTAL DEL MAXILAR SUPE- - RIOR POR EL AGUJERO INFRAORBITARIO. EN ESTE PUNTO SE PUE- - DE OBTENER UN BLOQUEO NERVIOSO INFRAORBITARIO, PUES EL LI- - QUIDO SE DIFUNDE HACIA ATRÁS POR EL CONDUCTO PARA LLEGAR AL NERVIIO DENTAL ANTEROSUPERIOR. AHORA, EL NERVIIO INFRA- - ORBITARIO SE DIVIDE EN SUS RAMAS ORBITALES QUE SON: EL - - PALPEBRAL, LAS RAMAS NASALES Y LAS RAMAS LABIALES.

EL PALPEBRAL CURSA POR LA PIEL DEL PÁRPADO INFERIOR Y CONJUNTIVA ASOCIADA.

LAS RAMAS NASALES LLEGAN A LA PIEL DE LOS LADOS DE LA NARIZ;

LAS RAMAS LABIALES LLEGAN A LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS DEL LABIO SUPERIOR, ENCÍA LABIAL Y VESTÍBULO NASAL.

LA MANDIBULA ES LA TERCERA RAMA DEL NERVIU TRIGÉMINO. ES SENSITIVA Y MOTORA E INERVA TODOS LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN. LA PARTE SENSITIVA INERVA TODA LA MANDIBULA QUE INCLUYE SUS DIENTES Y ENCÍAS ASOCIADAS, PIEL DE LA BARBILLA, PARTE INFERIOR DE LA CARA, LABIO INFERIOR Y CARRILLO, AL IGUAL QUE LA MEMBRANA MUCOSA DE ESTAS PARTES, Y LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE LA LENGUA A EXCEPCIÓN DE LAS PAPILAS CALCIFORMES.

LA PARTE SENSITIVA DEL NERVIU SALE DEL GANGLIO DE GASSER EN SU BORDE POSTEROLATERAL Y LLEGA AL CRÁNEO A TRAVÉS DEL AGUJERO OVAL. DESPUÉS SE UNE A LA RAÍZ MOTORA MÁS PEQUEÑA QUE CURSA DEBAJO DEL GANGLIO. AL DEJAR EL CRÁNEO DESCANSA SOBRE EL MÚSCULO TENSOR DEL PALADAR Y ES CUBIERTO POR EL MÚSCULO PTIRIOGOIDEO EXTERNO. CASI AL HABER PASADO YA POR EL AGUJERO OVAL DA UNA RAMA QUE INERVA EL PTIRIOGOIDEO INTERNO. ESTE NERVIU SIGUE SU CURSO HACIA EL GANGLIO ÓTICO, AL CUAL RODEA Y DESPUÉS INERVA EL TENSOR DEL PALADAR Y EL TENSOR DEL TÍMPANO. POSTERIORMENTE LA MANDIBULA INFERIOR SE DIVIDE EN DOS RAMAS: UNA MAYOR POSTERIOR Y UNA MÁS PEQUEÑA ANTERIOR.

EL NERVIU DE LA RAMA ANTERIOR DE LA MANDÍBULA ESTÁ -

CONSIDERADO COMO MOTOR PERO TIENE UN COMPUESTO SENSITIVO. INICIALMENTE SE INERVA PARA DAR FIBRAS MOTORAS.

- A) EL PTIRIGOIDEO EXTERNO
- B) EL MASETERO
- C) EL TEMPORAL

EL NERVIO BUCAL CURSA HACIA ABAJO ENTRE LAS DOS SUPERFICIES DEL PTIRIGOIDEO EXTERNO HASTA LLEGAR AL BORDE ANTERIOR DEL MASETERO, DETRÁS Y CASI AL MISMO NIVEL OCLUSIVO - DE LOS TERCEROS MOLARES CON LA BOCA CERRADA.

LA RAMA POSTERIOR DEL NERVIO MANDIBULAR, EN LO FUNDAMENTAL, ES SENSITIVO Y CURSA HACIA ABAJO AL NIVEL MEDIO -- DEL PTIRIGOIDEO EXTERNO DONDE DA TRES RAMAS:

- A) NERVIO LINGUAL
- B) NERVIO DENTAL INFERIOR
- C) NERVIO AURICULOTEMPORAL

EL NERVIO LINGUAL, PASA HACIA ABAJO AL PTIRIGOIDEO EXTERNO, EN LA SUPERFICIE DEL PTIRIGOIDEO INTERNO. AQUÍ SE UNE CON LA CUERDA TEMPÁNICA QUE TRASMITE EL SENTIDO DEL -- GUSTO. SE ORIGINA DEL NERVIO FACIAL DEL CUAL SE DERIVA SU RAMA EN EL HUESO TEMPORAL.

EL NERVIO LINGUAL CURSA HACIA ABAJO Y ADELANTE, HACIA LA MEMBRANA MUCOSA DE LA PARTE INTERNA DEL TERCER MOLAR.

EL NERVIO LINGUAL CONTINÚA HACIA ABAJO Y ADELANTE Y - SE DIVIDE EN RAMAS QUE INERVAN LA MEMBRANA MUCOSA DEL PISO

DE LA BOCA, LA LÍNEA DE LA CARA INTERNA DE LOS DIENTES Y LAS DOS ANTERIORES DE LA LENGUA.

EL NERVI^O DENTAL INFERIOR INERVA PROFUNDO Y HACIA ABAJO DEL PTIRIGOIDEO EXTERNO AQUÍ SE SEPARA DEL PTIRIGOIDEO INTERNO POR EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR PARA LLEGAR AL FORAMEN MANDIBULAR.

ANTES DE INTRODUCIRSE EN EL FORAMEN DE UNA RAMA MILOHIOIDEO QUE PENETRA EL LIGAMENTO ESFENOMANDIBULAR Y CURSA HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE POR EL PTIRIGOIDEO INTERNO PARA PROPORCIONAR LAS FIBRAS MOTORAS DEL MÚSCULO MILOHIOIDEO Y AL VIENTRE ANTERIOR DEL DIGÁSTRICO.

EL NERVI^O DENTAL INFERIOR PASA A TRAVÉS DEL CONDUCTO MENTONIANO PARA INERVAR TODOS LOS DIENTES DE ESE LADO.

EN EL AGUJERO MENTONIANO, QUE SE LOCALIZA ABAJO DEL ÁPICE DEL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR, EL NERVI^O SE DIVIDE EN DOS RAMAS. EL NERVI^O INCISIVO Y EL NERVI^O MENTONIONE^O.

EL NERVI^O INCISIVO INERVA EL PRIMER PREMOLAR Y LOS CANINOS E INCISIVOS.

EL NERVI^O MENTONIANO, LLAMADO ASÍ PORQUE EMERGE DEL AGUJERO MENTONIANO, INERVA LA MEMBRANA MUCOSA Y LA PIEL DEL LABIO INFERIOR, LA BARBILLA Y LA ENCLÍA BUCAL Y LABIAL ASOCIADA CON EL PRIMER PREMOLAR INFERIOR, LOS CANINOS E INCISIVOS.

EL NERVI^O ARTÍCULOTEMPORAL. ESTE NERVI^O ES IMPORTANTE POR QUE INERVA LA MAYOR PARTE DE LAS GLÁNDULAS SALIVAS.

LES. SE ORIGINA DE DOS RAICES QUE ABRAZAN LA MITAD DE LA ARTERIOR MENINGEA, SE UNEN Y SE SITÚAN MEDIALES Y DETRÁS DEL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA PARA INERVAR LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR Y LA GLÁNDULA PARÓTIDA. DE ALLÍ - CURSA HACIA ARRIBA EN LA SUËSTANCIA DE LA GLÁNDULA HASTA EL BORDE SUPERIOR. AQUÍ SE DIVIDE PARA INERVAR LA PIEL - DE LA MITAD SUPERIOR DEL PABELLÓN EXTERNO DEL OÍDO Y LA MITAD ANTERIOR DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO POR SU RAMA AURICULAR.

CAPITULO V

S H O C K

1.- DEFINICIÓN.- CONSISTE EN UNA PERFUSIÓN INADECUADA GENERAL Y DURADERA A NIVEL DE LOS TEJIDOS DEBIDO A UNA DESPROPORCIÓN ENTRE EL VOLUMEN CIRCULANTE EFECTIVO Y LA CAPACIDAD DEL LECHO VASCULAR.

PARA QUE LA CIRCULACIÓN SE EFECTÚE NORMALMENTE Y CUMPLA SUS FINALIDADES ES NECESARIO QUE EXISTA:

- A) UN VOLUMEN SANGUÍNEO CIRCULANTE ADECUADO AL LLENADO NORMAL DE LOS VASOS DEL SISTEMA ARTERIAL Y VENOSO Y LA CONSTITUCIÓN DE UN BUEN RETORNO DEL CORAZÓN.
- B) UNA BOMBA CARDIACA CON SUFICIENTE ENERGÍA COMO PARA BOMBEAR A PRESIÓN HACIA LOS TEJIDOS LA SANGRE - QUE A ELLA RETORNA.
- C) UN RETORNO VASCULAR QUE FUNCIONA CORRECTAMENTE DE MODO QUE SE REALICE LA DISTRIBUCIÓN DE LA SANGRE - A LOS TEJIDOS DE ACUERDO A SUS NECESIDADES.

2.- FISIOPATOLOGÍA DEL SHOCK.

NORMALMENTE LOS TEJIDOS SE NUTREN GRACIAS A QUE EL CORAZÓN RESPONDE A SUS NECESIDADES EXPULSANDO EN CADA MOMENTO LA CANTIDAD DE SANGRE NECESARIA. PARA QUE SE REALICE, EL BOMBEO CARDIACO DEBE SER SUFICIENTE Y LAS VENAS PUEDAN ACARREAR HACIA EL CORAZÓN AQUELLA CANTIDAD DE SANGRE. ÉSTO

EXIGE, A SU VEZ, QUE EL VOLUMEN SANGUÍNEO SEA NORMAL Y QUE EL LECHO VASCULAR PERIFÉRICO ESTÉ LO SUFICIENTEMENTE CONSTREÑIDO PARA EVITAR UNA REDUCCIÓN DE LA DIFERENCIA ARTERIOVENOSA.

QUE NO EXISTA NINGUA OBSTRUCCIÓN IMPORTANTE EN LOS VASOS DE ENTRADA O SALIDA DEL CORAZÓN.

3.- TIPOS DE SHOCK Y SU TRATAMIENTO.

LOS SHOCKS MÁS COMUNES SON:

- A) SHOCK HIPOVOLÉMICO
- B) SHOCK ANAFILÁCTICO
- C) SHOCK CARDIOGÉNICO

CUADRO CLÍNICO DEL SHOCK.- EL SHOCK SE MANIFIESTA POR LA DEBILIDAD CIRCULATORIA, SUELE TENER UN COMIENZO AGUDO Y DRAMÁTICO; SOBRE TODO CUANDO EL SHOCK ES SINTOMÁTICO DE -- UNA HEMORRAGIA AGUDA PUEDE SER CAUSADA POR UNA CRISIS ANAFILÁCTICA POR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, POR INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA O POR UNA SITUACIÓN POST TRANSFUNCIONAL.

EL PACIENTE SE QUEJA DE FRÍO Y SED INSACIABLE. ESTÁ EXITADO, SU TEMPERATURA CUTÁNEA ES INFERIOR A LA NORMAL Y TIENE LA PIEL FRÍA Y CUBIERTA DE SUDOR, HAY PALIDEZ Y SI EL SHOCK ES GRAVE, LAS EXTREMIDADES PRESENTAN CIANOSIS.

EL PULSO ES RÁPIDO, FÁCILMENTE DEPRIMIBLE Y CON FRECUENCIA NO HALLABLE. LA TENSIÓN ARTERIAL ES BAJA.

LA HIPOTENSIÓN SE ACOMPAÑA DE LOS SIGNOS DE PERFU--

SIÓN SANGUÍNEA, CAPILAR ARTERIAL, SUDOR, ANURIA, DISNEA, TAQUICARDIA.

SHOCK HIPOVOLEMICO.- ES AQUEL QUE SE INSTALA COMO - CONSECUENCIA DE LA REDUCCIÓN DEL VOLÚMEN SANGUINEO. LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES SON LOS TRAUMATISMOS, QUEMADURAS Y OPERACIONES QUIRÚRGICAS, O BIEN POR DESHIDRATACIÓN.

FORMAS ETIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DEL SHOCK HIPOVOLEMICO

- A) EL SHOCK POST HEMORRÁGICO
- B) EL SHOCK PLASMORRÁGICO
- C) EL SHOCK DE LOS DESHIDRATADOS

EL SHOCK POST HEMORRÁGICO SE ESTABLECE CUANDO EL - - ADULTO PIERDE MÁS DEL 20% DE SU VOLUMEN TOTAL.

SHOCK PLASMORRÁGICO.- ES EL CAUSADO POR PÉRDIDA DE - PLASMA,

DETERMINA LA REDUCCIÓN DE LA VOLEMIA CON HEMOCONCENTRACIÓN DE HEMATIES Y HEMOGLOBINA PERO NO DE PROTEÍNAS DE PLASMA,

ESTAS SE PIERDEN POR HIPERSENSIBILIDAD CAPILAR EN SUJETOS AFECTADOS POR QUEMADURAS EXTERNAS, TRAUMATIZADOS.

SHOCK POR DESHIDRATACIÓN Y PÉRDIDA DE ELECTROLITOS,

TIENE UNA INVASIÓN LENTA EN RELACIÓN CON LA CAUSA -- (VÓMITOS, DIARREAS) HERIDAS AMPLIAS, OBSTRUCCIÓN ENTERAL Y RETENCIÓN DE LÍQUIDOS.

TRATAMIENTO DE SHOCK HIPOVOLEMICO

ES NECESARIO ADMINISTRAR LA CANTIDAD DE SANGRE SUFICIENTE PARA RESTABLECER Y MANTENER EL VOLUMEN DE SANGRE.

SE DEBE ADMINISTRAR LO MÁS PRONTO POSIBLE.

PARA EL TRATAMIENTO NO SE DEBE GUIAR POR LAS CANTIDADES ADMINISTRADAS, NI POR LAS PÉRDIDAS, SINO POR LA RESPUESTA DEL PACIENTE O SU PRESIÓN ARTERIAL Y A LA RECUPERACIÓN DEL COLOR Y LA TEMPERATURA NORMAL DE LA PIEL.

SHOCK ANAFILACTICO.- ES EL TIPO DE SHOCK QUE SE PUEDE PRESENTAR EN EL CONSULTORIO DENTAL. SE MANIFIESTA POR UN ESTADO ALÉRGICO EN EL CUAL EL GASTO CARDIACO Y LA PRESIÓN ARTERIAL CAE EN FORMA SÚBITA.

LO PROVOCAN EN PACIENTES PREVIAMENTE SENSIBILIZADOS A LOS SUEROS ANTIDIFTÉRICOS, ANTITETÁNICO, LA PENICILINA, LA PROCAINA Y EN OCASIONES LOS BARBITÚRICOS.

LA MAYOR PARTE DE LAS REACCIÓN ANAFILÁCTOIDES GRAVES OCURREN EN POCOS SEGUNDOS.

EL CUADRO CLÍNICO ES EL RESULTADO DE LA COMPLICACIÓN DE TODOS LOS TEJIDOS CORPORALES CON MANIFESTACIONES DE SHOCK.

SE DIAGNOSTICA PORQUE BRÚSCAMENTE DESPUÉS DE ADMINISTRAR ESTOS FÁRMACOS APARECE UN ESTADO ALARMANTE DE URTICARIA DISNEA, CIANOSIS E HIPOTERMIA CON SUDOR, FRÍO, APATÍA O ANGUSTIA INTENSA.

LA MUERTE PUEDE OCURRIR EN CUESTIÓN DE MOMENTOS.

EL RECOBOR PUEDE SER ESPONTÁNEO O POR TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO DEL SHOCK ANAFILACTICO.- AL INICIAR LA TERAPÉUTICA DE CUALQUIER TIPO DE SHOCK HABRÁ QUE ATENDER SU ETIOPATOGENEA CON EL FIN DE TOMAR LAS MEDIDAS ANTICAU- SALES. TOMANDO EN CUENTA LA GRAVEDAD DEL CASO DEBE CONTROLARSE Y VIGILAR LA PRESIÓN ARTERIAL, LA FRECUENCIA DEL -- PULSO (COLOR Y TEMPERATURA DE LAS MANOS Y PIES) Y EL ESTA DO RESPIRATORIO.

EL TRATAMIENTO COMPRENDE:

- A) MEDIDAS GENERALES
- B) ADMINISTRACIÓN DE DROGAS

MEDIDAS GENERALES.- ES POSICIÓN SUPINA CON LA CABEZA MÁS BAJA, LOS PIES EN TANTO ELEVADOS A MANERA DE PODER AD MINISTRAR LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

TERAPIA CON DROGAS.- LA ADRENALINA AL 1.1000 ES EL - AGENTE AISLADO MÁS IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO DE LA ANA FILAXIA. DEBE ADMINISTRARSE POR VÍA SUBCUTÁNEA O INTRA-- MUSCULAR INMEDIATAMENTE AL PRIMER SIGNO DE REACCIÓN SISTÉ MICA, ALÉRGICA O IDIOSINCRÁSICA. LA DÓISIS ES DE 0,3 ML PA RA ADULTOS 00,01 ML KG. DE PESO PARA NIÑOS, PUDIENDO REPE- TIRSE A LOS DIEZ MINUTOS SI ES NECESARIO.

ALGUNAS VECES SE UTILIZAN DÓISIS MÁS PEQUEÑAS PARA PA CIENTES DE EDAD AVANZADA.

EN EL CASO DE UN SHOCK PROLONGADO, CON PULSO, FILIFORME Y UNA PRESIÓN SISTÓLICA DEBE INSTALARSE UNA VIA INTRAVENOSA CON SOLUCIÓN GLUCOSADA AL 5% HASTA QUE EL PACIENTE MEJORE, MANTENERSE A UN GOTEO DE 60 POR MINUTO -- POSTERIORMENTE A 30 GOTAS SEGÚN EL CASO LO AMERITE.

TAMBIÉN SE PUEDEN ADMINISTRAR ANTIHISTAMINICOS POR VIA INTRAVENOSA CLORFENIRAMINA DE 10 A 20 MG, O BENADRYL DE 25 A 50 MGS.

SE RECOMIENDA TAMBIÉN LOS CORTICOSTEROIDES COMO LA DEXAMETAZONA 8 MG, POR VIA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA.

EL OXIGENO BAJO PRESIÓN DEBERÁ ADMINISTRARSE CON RESPIRACIÓN AYUDADA.

CUANDO EL SHOCK PERSISTE ES RECOMENDABLE TRASLADAR AL PACIENTE A UN CENTRO HOSPITALARIO.

CAPITULO VI

PARO CARDIO RESPIRATORIO

1.- INTRODUCCION.- EL CESE REPENTINO DE LA RESPIRACIÓN CON DESAPARICIÓN DEL PULSO ES UNA SITUACIÓN PELIGROSA.

PUEDE SUCEDER EN CUALQUIER PARTE Y EN CUALQUIER MOMENTO: EN EL TRABAJO, EN LA CASA, EN LA CALLE Y, EN OCASIONES, EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

LAS CAUSAS SON VARIAS E INCLUYEN LAS REACCIONES A LAS DROGAS, A LA ANESTESIA, LA ASFIXIA, ETC.

2.- DEFINICION.- EL PARO CARDIACO SE DEFINE COMO EL CESE SÚBITO E INESPERADO DEL VOLUMEN CARDIACO EFECTIVO QUE MANTIENE LAS NECESIDADES METABÓLICAS DE LOS ÓRGANOS VITALES DEL ORGANISMO.

ESTE ACCIDENTE ES FATAL INDEPENDIEMENTE DE LA CAUSA QUE LA PRODUCE Y CONDUCE INEVITABLEMENTE A UN DAÑO CEREBRAL IRREVERSIBLE A MENOS QUE SE PROCEDA A UNA REANIMACIÓN EFECTIVA EN LOS DOS O TRES MINUTOS DEL COLAPSO.

3.- FISIOPATOLOGIA.- PROVIENE DE UNA ANOXIA CEREBRAL INTERNA, IRREVERSIBLE Y BRUSCA.

LOS MECANISMOS QUE LA ORIGINAN PUEDEN SER SEMEJANTES A LOS DEL SÍNCOPE O AL SHOCK PERO MÁS RÁPIDO E INTENSO.

LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES SON:

A) LESIÓN LOCAL TRAUMÁTICA VASCULAR METABÓLICA DEL

CEREBRO.

- B) HEMORRAGIA INTERNA CON ANOXIA BULBAR
- C) EMBOLIA PULMONAR CON OBSTRUCCIÓN DEL CURSO SANGUÍNEO.
- D) ASISTOLIA VENTRICULAR

4.- ETIOLOGIA.- LAS CAUSAS MÁS COMUNES DEL PARO CARDIACO SON REACCIONES ALÉRGICAS A UN MEDICAMENTO, SUSCEPTIBILIDAD A LA ANESTESIA, ATAQUE CARDIACO, AHOGAMIENTO, CHOQUE ELÉCTRICO Y ASFIXIA.

5.- SINTOMATOLOGIA.- LA DETERMINACIÓN DE UN PARO CARDIACO RADICA EN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE UN PULSO. PERO CUANDO UN PACIENTE PIERDA LA CONCIENCIA Y NO TENGA PALPABLE EL PULSO CAROTÍDEO (RADIAL, FEMORAL) DEBE SUPONERSE QUE EL CORAZÓN HA DEJADO DE LATIR.

UNA DE LAS FORMAS PARA SABER SI EL PACIENTE HA DEJADO DE RESPIRAR ES COLOCAR UNA MANO BAJO LA NARIZ O EL CARRILLO SOBRE LA BOCA DEL PACIENTE CON EL PROPÓSITO DE SENTIR LA RESPIRACIÓN DE AIRE CÁLIDO. TAMBIÉN SE PUEDE OBSERVAR LA PARED TORÁCICA,

EN UN TÉRMINO DE 45 SEGUNDOS COMIENZAN A DILATARSE LAS PUPILAS, PÉRDIDAS DE LA CONCIENCIA, AGITACIÓN SECUNDARIA A HIPOXIA CEREBRAL.

HIPOTENSIÓN ARTERIAL, ARRITMIAS CARDIACAS, ACIDOSIS METABÓLICA.

6.- TRATAMIENTO.- FRENTE A UN ACCIDENTE DE ESTA ÍNDOLE SE DEBE PROCEDER CON RAPIDEZ Y TRANQUILIDAD.

ES IMPRESCINDIBLE DIFERENCIAR ENTRE PARO CARDIACO Y OTRAS FORMAS DE PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO CON SÍNCOPE Y LIPO TIMIA.

SE DETERMINARÁ LA FALTA DE REACCIÓN DEL PACIENTE AGITÁNDOLE EL HOMBRO Y PREGUNTÁNDOLE EN VOZ ALTA SI SE ENCUENTRA BIEN.

A) SE OBSERVARÁ EL PULSO Y LA RESPIRACIÓN AUSENTES, LAS PUPILAS COMENZARÁN A DILATARSE E INMEDIATAMENTE SE RESTABLECERÁ LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA Y VENTILACIÓN DEL PACIENTE.

LA AUSENCIA DE LA RESPIRACIÓN Y DEL LATIDO CARDIACO SON SIGNOS DE "MUERTE CLÍNICA". SI TRANSCURREN DE 4-6 MINUTOS Y EL PULSO Y LA RESPIRACIÓN NO SE RECUPERAN EL NÚMERO DE CÉLULAS NERVIOSAS QUE SE DETERIOREN ES TAL QUE PRODUCE LA MUERTE BIOLÓGICA.

B) EL SILLÓN DENTAL SE COLOCARÁ DE MODO QUE EL PACIENTE ESTÉ EN DECÚBITO DORSAL CON LOS PIES EN TANTO ELEVADOS.

C) VENTILACIÓN ARTIFICIAL.- CONSISTE EN DESPEJAR LAS VÍAS RESPIRATORIAS PARA ESTO SE EXTRAERÁ DE LA CAVIDAD BUCAL CUALQUIER OBSTRUCCIÓN COMO PRÓTESIS.

LA CABEZA DEL PACIENTE DEBERÁ INCLINARSE HACIA ATRAS, SE COLOCARÁ UNA MANO SOBRE SU FRENTE Y OTRA POR ABAJO DE SU CUELLO PARA QUE ÉSTE SEA LEVANTADO CON UNA MANO MIENTRAS SE

INCLINA LA CABEZA HACIA ATRÁS CON LA OTRA Y SE ABRIRÁ EL -
CANAL RESPIRATORIO ELEVANDO LA MANDÍBULA PARA QUE LA LEN--
GUA SE SEPARA DE LA PARED POSTERIOR DE LA LARINGE Y PERMITA
EL PASO DE AIRE.

CUANDO EL PACIENTE NO ES CAPAZ DE RESPIRAR POR SI SO-
LO SE PROCEDERÁ A LLENAR DE AIRE SUS PULMONES MEDIANTE LA -
RESPIRACIÓN DE BOCA A BOCA. PARA ESTO SE CUBRIRÁ LA BOCA -
DEL PACIENTE Y SE SOPLARÁ CON INTENSIDAD EN EL ADULTO Y SUA-
VEMENTE EN EL NIÑO.

LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL DEBERÁ EFECTUARSE ALREDEDOR
DE 12 VECES POR MINUTO.

D) CIRCULACIÓN ARTIFICIAL.- DESPUÉS QUE SEA HA ESTA-
BLECIDO UNA VÍA AÉREA APROPIADA Y SE HA INICIADO LA RESPI-
RACIÓN SE DIRIGE LA ATENCIÓN A LA CIRCULACIÓN. LA CIRCULA-
CIÓN Y LA VENTILACIÓN VAN DE LA MANO.

PARA VOLVER A ESTABLECER LA CIRCULACIÓN EN ESTA SI-
TUACIÓN ES NECESARIO QUE SE PROPORCIONE EN FORMA ARTIFICIAL
LA ACCIÓN DE BOMBA DEL CORAZÓN. ESTE SE LLEVA A CABO ME--
DIANTE EL MASAJE CARDIACO. ESTE PROCEDIMIENTO CONSISTE EN
COMPRIMIR EL CORAZÓN A TRAVÉS DE LA PARTE ANTERIOR DEL ES-
TERNÓN. AL COMPRIMIRLO PUEDE ESTABLECERSE UNA ACCIÓN DE -
BOMBA CARDIACA Y MANTENER LA CIRCULACIÓN ARTIFICIAL DEBIDO
A QUE EL ESTERNÓN SE ADHIERE A LAS COSTILLAS MEDIANTE EL -
CARTÍLAGO QUE LE DA CIERTA ELASTICIDAD.

SI EL PACIENTE PERMANECE EN EL SILLÓN DENTAL ES NECE-
SARIO QUE SE COLOQUE UNA TABLA DE MANERA QUE LA PRESIÓN --
APLICADA A LA PARED TORÁCICA SE COMUNIQUE AL CORAZÓN.

PARA LLEVAR A CABO EL MASAJE CARDIACO EN FORMA CORRECTA SE COLOCARÁN LAS YEMAS DE LOS DEDOS EN EL EXTREMO INFERIOR DEL ESTERNÓN.

LOS DEDOS DEL ODONTÓLOGO DEBEN ESTAR PARALELOS A LAS COSTILLAS SIN TOCARLAS. SE LIMITARÁ LA PRESIÓN A LA PARTE INFERIOR DEL ESTERNÓN PARA OBTENER LA COMPRESIÓN MÁXIMA Y REDUCIR EL PELIGRO DE FRACTURAR COSTILLAS Y LESIONAR LOS ÓRGANOS INTERNOS. ESTE PROCEDIMIENTO SE REPITE CON UNA FRECUENCIA DE 60 COMPRESIONES POR MINUTO, CON EL OBJETO DE HACER CIRCULAR AL ENCÉFALO UN VOLUMEN SUFICIENTE DE SANGRE.

DESPUÉS DE EJECUTAR LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL Y EL MASAJE CARDIACO ES IMPORTANTE DETERMINAR SI LOS ESFUERZOS HAN SIDO EFECTIVOS. AL RESPECTO DEBERÁ OBSERVARSE EL COLOR DEL PACIENTE Y EL PULSO PALPABLE EN CADA COMPRESIÓN. SI NO SE OBTIENE LA REANUDACIÓN DEL PULSO LOS ÓRGANOS NO ESTÁN SIENDO BIEN VENTILADOS POR LA CIRCULACIÓN ARTIFICIAL. A VECES, EL PACIENTE PUEDE COMENZAR A RESPIRAR Y MOVERSE. ESTO SIGNIFICA QUE HAY SUFICIENTE SANGRE CIRCULANTE HACIA EL ENCÉFALO PARA MANTENER VIABILIDAD.

e) VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES.- EN OCASIONES SE REQUIEREN VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES.

CUANDO RESULTE DIFÍCIL ABRIR LA BOCA AL PACIENTE, ES CONVENIENTE INTRODUCIR UNA VÍA AÉREA FARÍNGEA PARA QUE ESTIMULE EL VÓMITO EN EL PACIENTE INCONCIENTE.

LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES SÓLO SE DEBEN UTILIZAR CUANDO RESULTA DIFÍCIL MANTENER PERMEABLE LA VÍA AÉREA DEL PACIENTE PORQUE, EN CASO CONTRARIO LA CANALIZACIÓN INNECESARIA PUEDE PROVOCAR ESPASMOLARÍNGEO Y RETARDAR LA VENTILACIÓN.

SE TENDRÁN A LA MANO VÍAS AÉREAS OROFARÍNGEAS DE DISTINTOS TAMAÑOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE.

INSTALAR UNA VÍA INTRAVENOSA PARA GOTEO CONTÍNUO CON SOLUCIÓN GLUCOSADA AL 5% EN AGUA O SOLUCIÓN DE RINGER.

ADMINISTRAR POR VÍA INTRAVENOSA UNA AMPOLLETA DE 50 MG. DE BICARBONATO DE SODIO.

EN ALGUNOS CASOS PUEDEN SURGIR CONVULSIONES DESPUÉS DE LA REANIMACIÓN Y PROVOCAR COMPLICACIONES ANÓXICAS DEL CEREBRO. ANTE ESTO SE ADMINISTRARÁ UN ANTICOMPULSIVO COMO EL VALIUM INTRAVENOSO. SOLO SE ADMINISTRARÁ SI EL CASO LO AMERITA.

ANTE UNA SITUACIÓN GRAVE ES CONVENIENTE TRASLADAR AL PACIENTE LO MÁS PRONTO POSIBLE A UN CENTRO HOSPITALARIO.

7.- ANGINA DE PECHO.- ES UNA AFECCIÓN GRAVE DEL CORAZÓN - CAUSADA POR INSUFICIENCIA TEMPORAL DE LA CIRCULACIÓN CORONARIA.

ETIOLOGÍA.- LA IRRIGACIÓN DEL CORAZÓN CORRESPONDE A LAS ARTERIAS CORONARIAS. ÉSTAS SE ORIGINAN EN LA AHORTA Y CUANDO SE ESTRECHAN POR LA FORMACIÓN DE DEPÓSITOS GRASOS EN EL INTERIOR DE SUS PAREDES PRODUCEN ARTERIOESCLEROSIS.

SINTOMATOLOGÍA.- EN LA ZONA PRECORDIAL APARECE UN DOLOR QUEMANTE INTENSO, GENERALMENTE PROPAGADO AL BRAZO IZQUIERDO, Y EL PACIENTE TIENE LA SENSACIÓN DE UNA MUERTE INMINENTE.

EL TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO EN EL CONSULTORIO DENTAL CONSISTE EN:

- A) RECONOCIMIENTO DEL TIPO DE DOLOR Y PRECISAR LAS - CARACTERÍSTICAS DE ESTE PADECIMIENTO.
- B) SUSPENDER TODO TRATAMIENTO EN PROGRESO.
- C) SUMINISTRAR OXÍGENO MEDIANTE MÁSCARA.
- D) ADMINISTRAR NITROGLICERINA POR VÍA SUBLINGUAL
- E) DAR DE ALTA AL PACIENTE CUANDO HAYA CESADO EL DOLOR Y PROGRAMARLO PARA OTRO DÍA.

CUANDO SE SABE QUE UN PACIENTE SUFRE DE ANGINA DE PECHO DEBERÁN TOMARSE CIERTAS MEDIDAS.

- A) PRESCRIBIR UN TRANQUILIZADOR ANTES DE LA CITA.
- B) PROHIBIRLE FUMAR LAS 48 HORAS PREVIAS A LA CITA. EL TABAQUISMO, COMO SE SABE, DIFICULTA LA OXIGENACIÓN ADECUADA DE LA SANGRE.
- C) PROGRAMAR LA CITA A MEDIA MAÑANA O A MEDIA TARDE, PUES LOS ALIMENTOS ABUNDANTES PUEDEN PRODUCIR UN ATAQUE DE ANGINA DE PECHO.
- D) ADMINISTRAR NITROGLICERINA POCO ANTES DE INICIAR LA INTERVENCIÓN.

8.- IMPORTANCIA DE LOS SIGNOS VITALES.

ES DE IMPORTANCIA QUE EL ODONTÓLOGO TENGA EL CONOCIMIENTO DE LA TOMA DE LOS SIGNOS VITALES COMO SON: PULSO, - RESPIRACIÓN, PRESIÓN ARTERIAL Y TEMPERATURA.

RESPIRACION.- SON LAS MANIOBRAS QUE SE SIGUEN PARA - CONOCER LAS VARIACIONES DE LA RESPIRACIÓN. LAS CIFRAS NORMALES EN EL ADULTO SON DE 20-24 RESPIRACIONES POR MINUTO.

PULSO.- SON LAS MANIOBRAS QUE SE SIGUEN PARA PERCI-

BIR LA FRECUENCIA DE LOS LATIDOS DEL CORAZÓN, ASÍ COMO EL RITMO, LA AMPLITUD Y LA TENSIÓN.

EL OBJETIVO PRINCIPAL ES CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS Y VARIACIONES DEL PULSO.

EL PULSO ARTERIAL SE PUEDE TOMAR EN CUALQUIER SITIO DONDE TRANSCURRA UNA ARTERIA SUPERFICIAL COMO SON: ARTERIA CARÓTIDA, ARTERIA HUMERAL Y ARTERIA RADIAL.

EN CASOS DE EMERGENCIA LA ARTERIA CARÓTIDA REVISTE - MAYOR IMPORTANCIA PORQUE ES MÁS PROBABLE QUE SE DETECTEN - EN ELLA LOS PULSOS DÉBILES.

PARA EVALUAR EL PULSO SE OBSERVARÁ LA FRECUENCIA Y SU RITMO.

SUS CIFRAS NORMALES VARÍAN ENTRE 70-90 PULSACIONES - POR MINUTO, EN UN PACIENTE ADULTO.

PRESION ARTERIAL.- SON LAS MANIOBRAS QUE SE EFECTÚAN PARA CONOCER LA FUERZA QUE EJERCE LA SANGRE SOBRE LAS PAREDES - DE LAS ARTERIAS DEPENDIENDO DE LA FUERZA DE LA CONTRACCIÓN CARDIACA.

SU OBJETIVO PRINCIPAL ES CONOCER LAS VARIANTES Y REGISTRARLAS.

- a) SISTOLICA.- CUANDO EL CORAZÓN SE CONTRAE E IMPULSA LA SANGRE DENTRO DE LA ARTERIA.
- b) DISTOLICA.- MOMENTO EN QUE EL CORAZÓN SE DILATA.
- c) DIFERENCIAL.- ES EL VALOR QUE EXISTE ENTRE LAS 2 CIFRAS ANTERIORES.

LAS CIFRAS NORMALES EN UN PACIENTE ADULTO SON DE 110/70 120/80.

TEMPERATURA.- SON LAS MANIOBRAS PARA LOS CUALES SE MIDE LA TEMPERATURA DEL ORGANISMO. EL OBJETIVO PRINCIPAL ES CONOCER Y VALORAR ESTE SIGNO COMO AYUDA PARA DETERMINAR EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

LA TEMPERATURA NORMAL EN EL PACIENTE ADULTO ES DE -- 36,5 - 37°C.

9.- EQUIPO DE EMERGENCIA

TODO CONSULTORIO DENTAL DEBE ESTAR EQUIPADO CON UN CARRO DE URGENCIAS EN EL QUE SE TRANSPORTEN TODOS LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA ATENDER CUALQUIER TIPO DE URGENCIAS.

- 1.- MASCARILLAS DE OXÍGENO Y TANQUE CON UNA BOLSA PARA APLICAR LA PRESIÓN POSITIVA.
- 2.- ESFIGNOMANÓMETRO Y ESTETOSCOPIO
- 3.- SOLUCIÓN AMONIACAL
- 4.- EQUIPO PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
- 5.- UN FRASCO DE 500 ML. DE SOLUCIÓN DE DEXTROSA AL 5% PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
- 6.- CÁNULAS BUCOFARÍNGEAS DE DIVERSOS TAMAÑOS
- 7.- APARATO PORTATIL DE SUCCIÓN
- 8.- JERINGAS Y AGUJAS DE DIVERSOS TAMAÑOS
- 9.- TORUNDAS CON ALCOHOL
- 10.- TORNIQUETE

11.- TELA ADHESIVA

12.- MEDICAMENTOS APROPIADOS.

CAPITULO VII

H E M O R R A G I A S .

1.- DEFINICION. Es LA SALIDA DE SANGRE DEL APARATO VASCULAR POR ROTURA ACCIDENTAL O ESPONTÁNEA DE UN VASO.

EXTRAVASACIÓN DE SANGRE DEBIDO A CAUSAS TRAUMÁTICAS O ESPONTÁNEAS, POR FRAGILIDAD Y RUPTURA DE LAS PAREDES CAPILARES.

2.- CLASIFICACION DE LAS HEMORRAGIAS.

EXISTEN 3 TIPOS DE HEMORRAGIAS:

- A) ARTERIAL
- B) VENOSA
- C) CAPILAR

LA SANGRE ARTERIAL ES DE COLOR ROJO INTENSO, POCO - ESPESO Y EXPULSADO POR PULSACIONES.

LA SANGRE VENOSA ES ROJO OSCURO, CON FLUJO CONSTANTE QUE MUCHAS VECES PUEDE SER CONTROLADA POR LA APLICACIÓN DE TAPONES DE PRESIÓN.

LA SANGRE CAPILAR O NAPA PRESENTA CARACTERÍSTICAS SIMILARES A LA VENOSA PERO DE MENOR INTENSIDAD.

LAS HEMORRAGIAS PUEDEN SER EXTERNAS O INTERNAS SEGÚN LA SANGRE FLUYA HACIA EL EXTERIOR O SE DERRAME EN EL INTERIOR DE LOS ÓRGANOS DE LOS TEJIDOS.

LAS HEMORRAGIAS SE DIVIDEN EN:

A) HEMORRAGIA INMEDIATA

B) HEMORRAGIA MEDIATA

LA HEMORRAGIA INMEDIATA SE DEBE A RAZONES LOCALES Y, CON FRECUENCIA, SE DEBE A LA FALTA DE COAGULACIÓN DE LA -- SANGRE. LA NO FORMACIÓN DE COÁGULO PUEDE SER POR EL VASO-CONSTRUCTOR DEL ANESTÉSICO O BIEN POR FOCOS DE OSTEITIS, - POLIPOS GINGIVALES, GINGIVITIS Y ESQUIRLAS ÓSEAS QUE PERMA NECEN EN EL ALVÉOLO.

LA HEMORRAGIA MEDIATA APARECE ALGUNAS HORAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN Y PUEDE DEBERSE A LA CAIDA DEL COÁGULO - LUEGO DE UN ESFUERZO DEL PACIENTE O POR HABER CESADO LA -- ACCIÓN VASOCONSTRICTORA DEL ANESTÉSICO.

TAMBIÉN PUEDE OBEDECER A ALTERACIONES GENERALES COMO LA HEMOFILIA, ANEMIA O DIABETES MELLITUS.

3.- ETIOLOGIA DE LAS HEMORRAGIAS .

HEMORRAGIAS DEBIDO A FACTORES LOCALES.

LA GINGIVITIS MARGINAL DEBIDO A CÁLCULOS O RESTOS SO BRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES. LOS PROPIOS DIENTES RU- GOSOS O ROTOS Y LAS RESTAURACIONES MAL PREPARADAS PUEDEN - PRODUCIR SANGRADO CON EL MENOR TRAUMATISMO. EL PROPIO SAN GRADO, O UN CEPILLO DE DIENTES TEÑIDO DE SANGRE, SON SIG-- NOS QUE DEBEN HACER PENSAR EN ENCÍA HIPERÉMICA. EN AUSEN- CIA DE GINGIVITIS MARGINAL PUEDE OBSERVARSE A VECES UN SAN GRADO MÍNIMO A PARTIR DEL ESPACIO PERIDENTARIO EN CASO DE TRAUMATISMO DE OCLUSIÓN O DE DIENTES EXPUESTOS A UN DESPLA

ZAMIENTO ORTODÓNTICO RÁPIDO.

HEMORRAGIA POSQUIRURGICA

LA HEMORRAGIA POS-QUIRÚRGICA O POS-TRAUMÁTICA PUEDE SER MUY ABUNDANTE. SE SUPONE QUE EL ODONTÓLOGO DEBE HABER REALIZADO UN INTERROGATORIO CUIDADOSO ANTES DE EMPRENDER MANIOBRAS QUE PUEDAN DAR LUGAR A PÉRDIDA DE SANGRE. - EL PACIENTE QUE SANGRE EN FORMA ANORMAL POR PRIMERA VEZ, A PESAR DE HABERSE SOMETIDO A MANIOBRAS QUIRÚRGICAS PREVIAS DE LA CAVIDAD BUCAL, REPRESENTA CASI SEGURAMENTE UN CASO DE SANGRADO LOCAL, AUNQUE EN RARAS OCASIONES PUEDE TRATARSE DE UN DIÁTESIS HEMORRÁGICA ADQUIRIDA; PERO ES CASI SEGURO QUE PUEDE DESCARTARSE UN DEFECTO HEREDITARIO DE COAGULACIÓN. MUCHAS VECES LA SIMPLE COMPRESIÓN DE LAS PLACAS ÓSEAS BUCAL Y LINGUAL, A NIVEL DEL ALVEÓLO VACÍO, BASTAN PARA DETECTAR LA HEMORRAGIA. A VECES PUEDE SER NECESARIO DEBRIDAR EL ALVÉOLO, QUITANDO SUSTANCIAS EXTRAÑAS, HUESO NECRÓTICO, O UN COÁGULO INFECTADO, DEJANDO QUE SE FORME OTRO COÁGULO.

HEMORRAGIA PRODUCIDA POR MALFORMACIONES CONGENITAS

- A) TELANGIECTASIA
- B) HEMANGIOMAS

LA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA ES UNA ENFERMEDAD RARA, PERO CUALQUIER ODONTÓLOGO QUE SE ENCUENTRE CON ELLA DEBE PODERLA DIAGNOSTICAR.

ESTA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR ANGIOMAS MÚLTIPLES LOCALIZADOS EN LA REGIÓN PERIBUCAL; MEJILLAS DEDOS, ORIFICIOS NAALES Y OREJAS. TAMBIÉN PUEDEN PRESENTARSE -

LAS LESIONES CARACTERÍSTICAS EN LA CONJUNTIVA, LABIOS Y - LENGUA.

LAS LESIONES PUEDEN EXISTIR DESDE LA INFANCIA PERO, - EN GENERAL, APARECEN EN EL MOMENTO DE LA PUBERTAD Y SE A--GRAVAN CON EL TIEMPO. A MENUDO DAN LUGAR A HEMORRAGIAS -- PROFUSAS A CONSECUENCIA DE TRAUMATISMOS. LA HEMORRAGIA GE--NERALMENTE ES ESPONTÁNEA. LAS LESIONES BUCALES NO SANGRAN FRECUENTEMENTE PERO LA HEMORRAGIA PUEDE PRESENTARSE SIN --NINGUNA LESIÓN O IRRITACIÓN CONOCIDA. SE OBSERVA HEMORRA--GIA BUCAL INTENSA VARIAS VECES AL DÍA DURANTE VARIAS SEMA--NAS. EN OCASIONES BROTA SANGRE CON SÓLO TOCAR LAS ZONAS - AFECTADAS CON UN ALGODÓN.

HEMANGIOMAS. SE TRATA DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS, - MAYORES QUE LAS LESIONES DE LA TALANGIECTASIA Y HASTA DE UN CM. DE DIÁMETRO QUE TIENDEN A DISMINUIR EN EL MOMENTO - DE LA PUBERTAD. LOS HEMANGIOMAS GRANDES PERSISTEN DURANTE TODA LA VIDA. HISTOLÓGICAMENTE LOS HEMANGIOMAS PUEDEN SER DE ORIGEN CAPILAR O CAVERNOSO.

EL TAMAÑO DE LA LESIÓN ES VARIABLE Y A VECES SE TRATA DE SIMPLES MOLÉCULAS. EL OTRO EXTREMO DEL ASPECTO CORRES--PONDE A LESIONES PENDUNCULADAS. POR OTRA PARTE, LAS LESIO--NES MACULARES SANGRAN MÁS RÁPIDAMENTE. SE ENCUENTRAN HEMA--GIOMAS EN CUALQUIER PUNTO DE LA CAVIDAD BUCAL: LEBIOS, EN--CÍAS, LENGUA O MUCOSA.

LA TERAPÉUTICA PUEDE RECURRIR A AGENTES ESCLEROSANTES COMO AZÚCAR INVERTIDA O MORRUATO DE SODIO QUE SE INYECTA - DIRECTAMENTE EN LA LESIÓN. TAMBIÉN ES POSIBLE LA EXTIRPA--CIÓN QUIRÚRGICA COMPLETA, PERO A VECES ES DIFÍCIL ESTABLE--CER EL TAMAÑO DE LA LESIÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN Y LAS LESIONES PROFUNDAS Y EXTENSAS PUEDEN SIGNIFICAR UNA HEMO--

RRAGIA DURANTE LA MANIOBRA.

4.- HEMORRAGIA POR DEFICIENCIA O DISFUNCION DE FACTORES DE LA COAGULACION.

HEMOFILIA A.- LA MAYOR PARTE DE PACIENTES CONOCIDOS CON DEFICIENCIA HEREDITARIA DE FACTORES DE COAGULACIÓN - CORRESPONDEN A LA HEMOFILIA A (DEFICIENCIA DE FACTOR VIII)

LA ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND PODRÍA CONSTITUIR - LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA HEREDITARIA MÁS COMÚN, PERO SIGUE SIENDO UNO DE LOS ESTADOS DE ESTE TIPO QUE SE DIAGNOSTICA RARA VEZ Y SE CONOCEN MUY POCOS PACIENTES CON ESTOS TRASTORNOS.

LA HEMOFILIA A ES DIEZ VECES MÁS COMÚN QUE LA DEFICIENCIA DEL FACTOR DE COAGULACIÓN QUE LE SIGUE EN FRECUENCIA Y QUE ES LA HEMOFILIA B (DEFICIENCIA DEL FACTOR - IX)

LA HEMOFILIA A SUELE AFECTAR AL SEXO MASCULINO. SE HEREDA COMO RASGO RECESIVO LIGADO AL SEXO, O SEA UNIDO AL CROMOSOMA X. SUELE HABER ANTECEDENTES FAMILIARES AUNQUE EL 25% DE LOS CASOS PODRÍAN CONSTITUIR MUTUACIONES - ESPONTÁNEAS.

LA HEMORRAGIA ESPONTÁNEA SUELE PRESENTARSE COMO HEMATOMATOSIS EN ARTICULACIONES GRANDES (CADERA, RODILLA, TOBILLO) Y LA HEMORRAGIA BUCAL ESPONTÁNEAMENTE ES RARA. LOS PACIENTES CON HEMOFILIA A SANGRAN EXCESIVAMENTE EN CASO DE TRAUMATISMOS DE LA BOCA COMO HERIDAS DE LA LENGUA O - EXTRACCIONES DENTARIAS.

HEMOFILIA B.- SE DEBE A UNA DEFICIENCIA DEL FACTOR IX DE COAGULACIÓN. TAMBIÉN SE CONOCE COMO DEFICIENCIA CTP (COMPONENTE DE TROMBOPLASTINA DEL PLASMA O ENFERMEDAD DE CHRISTMAS).

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SON IDÉNTICAS A LAS DE LA HEMOFILIA A Y EL TIPO DE HERENCIA ES EL MISMO. ES UNA CARACTERÍSTICA RECESIVA LIGADA AL SEXO SOBRE EL CROMOSOMA X. HAY MUTACIONES ESPONTÁNEAS EN CASI EL 15% DE LOS CASOS (CONTRA 25% EN LA HEMOFILIA A).

EN EL LABORATORIO SE PUEDEN DISTINGUIR LAS DOS VARIETADES POR LAS MODIFICACIONES DEL TIEMPO DE CONSUMO DE PROTHROMBINA O DEL TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA.

UNA DIFERENCIA ENTRE LOS FACTORES IX Y VIII ES QUE EL SEGUNDO ES MENOS ESTABLE DURANTE EL ALMACENAMIENTO EN EL PLASMA, EN TANTO QUE EL PRIMERO ES RELATIVAMENTE ESTABLE. NO HAY FACTOR VIII EN EL SUERO PERO SI FACTOR IX; LA DEFICIENCIA DE VITAMINA K NO MODIFICA LAS CIFRAS PLASMÁTICAS DEL FACTOR IX Y VIII, PERO REDUCE LOS NIVELES DEL FACTOR IX.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON HEMOFILIA A o B.

EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON HEMOFILIA DEBE REPRESENTAR UN ESFUERZO CONJUNTO POR PARTE DEL ODONTÓLOGO Y EL MÉDICO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE Y DEBE LLEVARSE A CABO EN EL HOSPITAL.

DESPUÉS DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA BOCA COLOCAR SOLUCIÓN CELULOSA OXIDADA SATURADA CON SOLUCIÓN DE NaHCO_3 Y TROMBINA BOVINA. ÉSTA SE COLOCA EN CA

DA UNO DE LOS ALVÉOLOS RADICULARES PREVIAMENTE LIMPIADOS Y SECADOS CON UNA GASA ESTÉRIL. ES NECESARIA UNA CANTIDAD MÍNIMA DE FIBRINA PARA QUE LA SANGRE QUEDE PARCIALMENTE COAGULADA. DESPUÉS DE ESTA MANIOBRA SE PROTEGE EL ALVÉOLO DENTAL CON SISTEMAS MECÁNICOS PARA QUE NO SE ALTERE EL COÁGULO Y NO PROVOQUE UN NUEVO SANGRADO.

5.- DISCRASIAS SANGUINEAS.- CONDICIÓN PATOLÓGICA DE LA SANGRE, REFERIDA ESPECIALMENTE A LOS GLÓBULOS SANGUÍNEOS.

MERMA EN LA CAPACIDAD DE LA SANGRE PARA COAGULAR, - CAPACIDAD DISMINUÍDA PARA FORMAR COÁGULOS.

DISCRASIAS SANGUINEAS

- A) ANEMIA
- B) TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN
- C) TROMBOCITOPENIA.

ANEMIA.- SE DEFINE COMO LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE TRANSPORTE DE OXÍGENO POR PARTE DE LA SANGRE DEBIDO, CON MUCHA FRECUENCIA, A LA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE GLÓBULOS ROJOS CIRCULANTES.

ETIOLOGIA.- SON VARIOS LOS PROCESOS PATOLÓGICOS QUE PUEDEN ORIGINAR UNA ANEMIA.

UNA CLASIFICACIÓN ÚTIL DE LOS TIPOS DE ANEMIA ES LA BASADA EN LA ACTIVIDAD DE LA MÉDULA ÓSEA.

- A) HEMORRAGIA AGUDA
- B) LAS REACCIONES POST TRANSFUSIONALES

- c) SEPTICEMIAS
- d) QUEMADURAS
- e) ANEMIAS HEMOLÍTICAS CONGÉNITAS

LOS GLÓBULOS ROJOS SE PIERDEN O DESTRUYEN UNA VEZ LIBERADOS POR LA MÉDULA. ÉSTA, A SU VEZ, RESPONDE A LA MAYOR NECESIDAD DE ERITROCITOS Y POR ELLO SE PRODUCE SU HIPERPLASIA Y LIBERA TAMBIÉN UN NÚMERO MAYOR DE RETICULOCITOS EN LA SANGRE PERIFÉRICA.

ESTADOS TALES COMO LA ANEMIA PERNICIOSA, LA CARENCIA DE HIERRO, LA INHIBICIÓN TÓXICA DIRECTA DE LA MÉDULA ÓSEA, LAS LESIONES POR IRRADIACIÓN DE LA MISMA Y SU SUSTITUCIÓN POR METÁSTASIS TUMORAL O INFILTRACIÓN LEUCÉMICA PRODUCEN UNA HIPOFUNCION DE LA MÉDULA ÓSEA. EN ESTAS CONDICIONES NO PUEDEN PRODUCIRSE ERITROCITOS MADUROS, LAS CÉLULAS PRECURSORAS SON DESTRUIDAS, LA MÉDULA ÓSEA ES REEMPLAZADA POR OTROS TIPOS DE CÉLULAS.

LA MÉDULA ES INCAPAZ DE RESPONDER A LAS DEMANDAS FUNCIONALES NORMALES Y SE VUELVE HIPOPLÁSICA, EN CUYO CASO LIBERA MENOS RETICULOCITOS QUE UNA MÉDULA NORMAL.

DIAGNOSTICO.- ENTRE LOS SIGNOS QUE PUEDEN INDICAR ANEMIA TENEMOS:

- A) ATROFIA DE LAS PAPILAS LINGUALES
- B) ICTERICIA
- C) LAS UÑAS EN FORMA DE VIDRIO DE RELOJ
- D) OSTEOPOROSIS
- E) LA PIEL SECA Y LISA
- F) FALTA DE ÁCIDO CLORHÍDRICO GÁSTRICO DEMOSTRABLE -
MEDIANTE PRUEBAS DE LABORATORIO ESPECÍFICO.

- G) HIPERTROFIA DEL HÍGADO O DEL BAZO
- H) LENGUA MUY SENSIBLE Y DOLOROSA
- I) DEBILIDAD, DISNEA, PÉRDIDA DE PESO
- J) ANOREXIA, IRRITABILIDAD.

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO UTILIZADAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA SON:

- A) DETERMINACIÓN DE LA HEMOGLOBINA
- B) HEMATÓCRITO
- C) EL RECUENTO DE RETICULOCITOS
- D) EXAMEN DE LA MÉDULA ÓSEA
- E) CANTIDAD DE ÁCIDO CLORHÍDRICO GÁSTRICO

EXAMEN DENTAL

ES RECOMENDABLE QUE CUANDO SE SOSPECHE LA EXISTENCIA DE UNA ANEMIA EN UN PACIENTE, ÉSTE SE REMITA A UN MÉDICO PARA SU DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y POSIBLE TRATAMIENTO.

LO MÁS IMPORTANTE ES DETERMINAR LA ETIOLOGÍA DE LA ANEMIA PARA PODER TRATAR RÁPIDAMENTE LA ENFERMEDAD PRIMARIA.

SI LA HISTORIA CLÍNICA Y LA EXPLORACIÓN SUGIERE UNA ANEMIA CONVIENE QUE EL ODONTÓLOGO DETERMINE EL NIVEL DE LA HEMOGLOBINA ANTES DE RECOMENDAR AL PACIENTE QUE CONSULTE A SU MÉDICO.

A EXCEPCIÓN DE LAS URGENCIAS DEBEN RETRASARSE TODOS LOS TRATAMIENTOS DENTALES HASTA ACLARAR LA ETIOLOGÍA DE LA ANEMIA Y ORDENAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE.

TRASTORNOS DE LA COAGULACION.- LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE DEPENDE DE UNAS PROTEÍNAS ESPECIALES ELABORADAS -- POR EL HÍGADO, DEL CALCIO Y DE LAS PLAQUETAS, ASÍ COMO DE ALGUNOS FACTORES HEMÁTICOS ADICIONALES.

EN EL PROCESO DE LA COAGULACIÓN SE HAN DESCRITO TRES FASES:

- A) FORMACIÓN DE LA TROMBOPLASTINA
- B) FORMACIÓN DE LA TROMBINA A PARTIR DE LA PROTOMBINA.
- C) FORMACIÓN DE UN COÁGULO DE FIBRINA A PARTIR DEL - FIBRINÓGENO.

PARA LA FORMACIÓN ADECUADA DEL PRODUCTO DE LA FASE I LA TROMBOPLASTINA SON NECESARIOS LOS FACTORES HEMOLÍTICOS.

PARA QUE SE INICIE LA FASE II ES NECESARIA LA FORMACIÓN DE TROMBOPLASTINA.

PARA EL COMIENZO DE LA FASE III SE REQUIERE LA FORMACIÓN DE TROMBINA.

EN CADA UNA DE LAS FASES SON PRECISOS OTROS FACTORES PARA APRECIAR LAS DEFICIENCIAS QUE PUEDAN PRESENTARSE.

LA FALTA DE CALCIO, POR EJEMPLO, NUNCA DA ORIGEN A UN TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN. UNA PERSONA SERÍA VÍCTIMA DE OTROS EFECTOS DE LA HIPOCALCEMIA ANTES DE QUE LA -- CALCEMIA FUERA LO SUFICIENTE BAJA PARA ALTERAR EL PROCESO DE LA COAGULACIÓN.

LAS DEFICIENCIAS EN LOS FACTORES HEMOLÍTICOS REFLEJAN MUY A MENUDO UN DEFECTO CONGÉNITO.

NO OBSTANTE, LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LOS TRASTORNOS HEMORRÁGICOS SON LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES, TALES COMO LA HEPARINA Y EL DICUMAROL, USADOS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON UN INFARTO RECIENTE DEL MIOCARDIO.

DIAGNOSTICO.- LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN PRESENTAN CON FRECUENCIA LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES:

- A) PETEQUIAS
- B) EQUIMOSIS
- C) HEMARTROSIS (FIBRAS Y ANQUILOSIS DE LAS ARTICULACIONES PRODUCIDA POR LA HEMORRAGIA Y LA ORGANIZACIÓN DEL COÁGULO POR TEJIDO FRIBROSO)
- D) HEMORRAGIA GINGIVAL ESPONTÁNEA Y EPISTAXIS.

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO UTILIZADAS PARA DESCUBRIR LAS ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN CORRESPONDEN:

- A) EL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
- B) TIEMPO DE PROTOMBINA
- C) CONCENTRACIÓN DE FIBRINÓGENO EN SANGRE

SIEMPRE QUE SE ESTUDIE A UN PACIENTE PARA DESCUBRIR SI PADECE UN TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN SE HAN DE PRATICAR LAS TRES PRUEBAS YA MENCIONADAS.

TRATAMIENTO DENTAL.- LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS SON PELIGROSAS. EN EL MEJOR DE LOS CASOS MUCHOS DE ESTOS PACIENTES SON TRIBUTARIOS DE LA HOSPITALIZACIÓN Y DE LA SUSTITUCIÓN DE LOS FACTORES QUE LES --

FALTAN ANTES DE INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE.

TROMBOCITOPENIA.- CONSISTE EN UNA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAQUETAS CIRCULANTES Y PUEDE SER IDIOPÁTICA, SEGUNDARIA A UNA ENFERMEDAD, COMO LA METÁSTASIS CANCEROSAS ÓSEAS O SER CONSECUENCIA DE REACCIONES ALÉRGICAS O DE LOS EFECTOS TÓXICOS DE AGENTES QUÍMICOS SOBRE LA MÉDULA ÓSEA.

LAS PLAQUETAS SON INDISPENSABLES EN LA PRIMERA FASE DE LA COAGULACIÓN. NO OBSTANTE, PARA QUE SE AFECTE LA COAGULACIÓN, SU NÚMERO SE HA DE REDUCIR MUCHO. LAS PLAQUETAS ACTÚAN COMO TAPONES MECÁNICOS EN LOS CAPILARES LESIONADOS. SI SU NÚMERO DESCIENDE POR DEBAJO DE $100/ \text{MM}^3$ PUEDE ORIGINARSE UN TRASTORNO HEMORRÁGICO GRAVE. ESTE TRASTORNO, SIN EMBARGO, NO ESTÁ RELACIONADO CON LA QUÍMICA DE LA COAGULACIÓN, SINO MÁS BIEN CON LA FALTA DE "TAPONAMIENTO DE LOS CAPILARES LESIONADOS QUE DEBERÍAN REALIZAR LAS PLAQUETAS".

DIAGNOSTICO.- LAS PETEQUIAS, EQUIMOSIS, EPISTAXIS Y LA HEMORRAGIA GINGIVAL ESPONTÁNEA SON SIGNOS CORRIENTES EN LOS PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA. EL ENFERMO PUEDE TENER ANTECEDENTES DE TRASTORNOS HEMORRÁGICOS MUY SIMILARES A LOS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN. PUEDE SER SIGNIFICATIVA UNA HISTORIA DE EXPOSICIÓN A ALGÚN AGENTE QUÍMICO EN LA OCUPACIÓN HABITUAL DEL PACIENTE O POR ACCIDENTE.

LAS PRUEBAS QUE SE UTILIZAN EN EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES, CUANDO SE SOSPECHA DE ALGUNA FORMA DE TROMBOCITOPENIA, SON EL RECUENTO DE PLAQUETAS, LA RETRACCIÓN DEL COÁGULO Y LA DEL TORNQUETE. LA ÚLTIMA PERMITE TAMBIÉN ACLARAR OTROS ESTADOS QUE AFECTAN A LA ESTRUCTURA DE LAS

PAREDES CAPILARES, COMO EL ESCORBUTO.

TRATAMIENTO DENTAL.- CUANDO EXISTEN SITUACIONES PATOLÓGICAS SE RECOMIENDA, EN PRIMER LUGAR, APLICAR ALGÚN CONSERVADOR Y POSPONER EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

CUANDO HAYA GINGIVITIS O ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE OCASIONE SANGRADO LOCAL SE ESCARIFICARÁN LIGERA Y CUIDADOSAMENTE LOS DIENTES. SE RECOMIENDA ATENDER A UN CUADRANTE EN CADA SESIÓN, EMPLEANDO GRANDES CANTIDADES DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO O HEMOSTÁTICOS LOCALES PARA DETENER EL SANGRADO CONFORME VAYA PRODUCIÉNDOSE.

SI SON ABSOLUTAMENTE NECESARIAS ALGUNAS EXTRACCIONES SE PUEDE DETENER LA HEMORRAGIA RELLENANDO CON MATERIAL ABSORBIBLE DE TIPO GELFOAM.

DURANTE LOS DOS DÍAS QUE SIGUEN A LA INTERVENCIÓN SE RECOMIENDA UNA ESTRECHA VIGILANCIA.

DIABETES MELLITUS

CONSIDERACIONES GENERALES

LOS PACIENTES CON ALGÚN TRASTORNO METABÓLICO NO REAC-
CIONAN A LOS ESTÍMULOS O IRRITACIONES DE MANERA NORMAL. -
LOS TRASTORNOS METABÓLICOS PUEDEN ESTAR REFLEJADOS EN AL-
TERACIONES CLÍNICAS EN LOS TEJIDOS BUCALES.

ES NECESARIO QUE EL ODONTÓLOGO AYUDE AL PACIENTE PA-
RA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ADECUADO. LA EN-
FERMEDAD METABÓLICA PUEDE SER SOSPECHADA SOLO A TRAVÉS DE -
LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

ES FUNDAMENTAL IDENTIFICAR LA ENFERMEDAD. EN EL CA-
SO DE QUE EXISTA, LO RECOMENDABLE ES CONTROLAR LA EVOLUCIÓN
DEL PADECIMIENTO Y EVITAR POSIBLES COMPLICACIONES.

AUNQUE LA ADRENALINA Y LA NOR-ADRENALINA ELEVAN EL -
NIVEL DEL AZÚCAR, POR LA ESTIMULACIÓN DE LA SÍNTESIS DEL
GLUCÓGENO HEPÁTICO EN GLUCOSA, SU CONCENTRACIÓN ES TAN -
DÉBIL QUE NO AFECTA LA SALUD DEL PACIENTE SANO. EN CAM-
BIO, EN PACIENTES DIABÉTICOS, SIN CONTROL MÉDICO, LA APLI-
CACIÓN DE UN ANESTÉSICO PUEDE CONDUCIR A SERIAS COMPLICA-
CIONES. EN PRIMER LUGAR SE AGUDIZARÁ SU DIABETES Y, CON-
SECUENTEMENTE, PODRÁ PROLONGARSE EL SANGRADO:

EN EL CASO DE UNA EXTRACCIÓN LA HÉRIDA TARDARÁ EN -
SANAR Y PODRÁ COMPLICARSE CON ALGUNA INFECCIÓN.

DIABETES MELLITUS.- ENFERMEDAD ENDOCRINA CARACTERI-
ZADA POR UNA ALTERACIÓN DEL METABOLISMO INTERMEDIA DE LOS
HIDRATOS DE CARBONO.

ES PROVOCADA POR INSUFICIENCIA FUNCIONAL DE LAS CÉLULAS BETA DE LOS ISLOTES DE LANGERHAN DEL PÁNCREAS A CUYO CARGO SE ENCUENTRAN LA PRODUCCIÓN DE INSULINA.

HAY DOS GRANDES TIPOS DE DIABETES MELLITUS

LA PRIMARIA A HEREDITARIA Y LA SECUNDARIA O NO HEREDITARIA

LA MÁS COMÚN ES LA HEREDITARIA Y TIENE GRAN INTERÉS PARA EL ODONTÓLOGO.

BASÁNDOSE EN LOS ESTUDIOS CLÍNICOS SE PUEDEN IDENTIFICAR VARIAS CATEGORÍAS DE PACIENTES DIABÉTICOS HEREDITARIOS; SIN EMBARGO, EL MÁS COMÚN ES EL PREDIABÉTICO. ESTOS PACIENTES TIENEN UNA HISTORIA FAMILIAR DE DIABETES AUNQUE, EN MUCHOS CASOS, TODAVÍA NO PRESENTAN NINGÚN TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA GLUCOSA. LAS PACIENTES PREDIABÉTICAS, CON FRECUENCIA, DAN A LUZ NIÑOS DE TAMAÑO SUPERIOR AL NORMAL Y, EN ELLAS, SON RELATIVAMENTE FRECUENTES LOS PARTOS CON FETO MUERTO.

LA DIABETES DE TIPO JUVENIL SUELE OBSERVARSE EN PACIENTES DE MENOS DE QUINCE AÑOS; SIN EMBARGO, TAMBIÉN ES POSIBLE OBSERVARLA EN ADULTOS. ESTA FORMA SE PRESENTA EN MENOS DE CINCO POR CIENTO DE DIABÉTICOS HEREDITARIOS. EL COMIENZO CLÍNICO ES SÚBITO Y DA LUGAR A UNA FORMA DE DIABETES EN DONDE ES CORRIENTE LA CETOACIDOSIS. TODOS ESTOS PACIENTES SON TRIBUTARIOS DEL TRATAMIENTO INSULÍNICO PERO ES DIFÍCIL COMPENSARLOS PORQUE SON MUY INESTABLES.

EL TIPO MÁS CORRIENTE DE DIABETES TIENE UN COMIENZO LENTO EN INDIVIDUOS MADUROS Y GENERALMENTE ADOPTA FORMAS BENIGNAS. LAS CETOACIDOSIS ES POCO FRECUENTE Y LA ENFERMEDAD TIENDE A ESTABILIZARSE. MENOS DE VEINTITRÉS POR CIENTO DE TALES PACIENTES REQUIEREN INSULINA. A MENUDO SE TRATA DE INDIVIDUOS OBESOS

EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL PACIENTE NO RECIBE TRATAMIENTO PERO SE LE MANTIENE BAJO OBSERVACIÓN ESTRECHA PARA DESCUBRIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS PRECOCES DE LA ENFERMEDAD. EL DIABÉTICO JUVENIL O INESTABLE SE TRATA MEDIANTE LA RESTRICCIÓN DE LOS CARBOHIDRATOS REFINADOS EN LA DIETA, EL EJERCICIO Y LA CANTIDAD ADECUADA DE INSULINA.

LA DIABETES DE COMIENZO TARDÍO O DE TIPO ADULTO SE TRATA DE ACUERDO CON SU INTENSIDAD. MUCHOS DE ESTOS PACIENTES QUEDAN COMPENSADOS SIMPLEMENTE CON LA RESTRICCIÓN DIETÉTICA Y EL EJERCICIO; OTROS, CON CONTROL DIETÉTICO, EJERCICIO Y AGENTES HIPOGLUCEMIANTES POR VÍA ORAL. ALGUNOS DIABÉTICOS DE TIPO ADULTO REQUIEREN INSULINA QUE SE ADMINISTRA POR VÍA INTRAMUSCULAR.

MUCHOS AGENTES HIPOGLUCEMIANTES ORALES SON UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS COMO LA TOLBUTAMIDA (ORINASE) EN DONDE SU ACTIVIDAD HIPOGLICÉMICA SE DEBE, PROBABLEMENTE, A LA ESTIMULACIÓN DE LA SÍNTESIS Y LIBERACIÓN DE INSULINA EN LOS TEJIDOS DE LOS ISLOTES DEL PÁNCREAS.

EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES SE EMPLEAN VARIOS TIPOS DE PREPARADOS DE INSULINA CUYA DIFERENCIA PRINCIPAL RADICA EN LA DURACIÓN DE SU ACCIÓN. LA INSULINA LENTA ES UNA FORMA DE AMPLIO USO Y SU ACCIÓN MÁXIMA SE

DESARROLLA EN UN INTERVALO DE SEIS A OCHO HORAS. LA INSULINA SEMILENTA TIENE UN INTERVALO DE ACCIÓN MÁXIMA DE CUATRO A SEIS HORAS.

EL PACIENTE DIABÉTICO PRESENTA GRAN TENDENCIA AL DESARROLLO DE ALTERACIONES PATOLÓGICAS EN LAS ARTERIOLAS, -CAPILARES, VÉNULAS Y LAS ARTERIAS DE MAYOR TAMAÑO. TALES ALTERACIONES PUEDEN CONDUCIR A UNA ENFERMEDAD CORONARIA, AL INFARTO DE MIOCARDIO A LA INSUFICIENCIA RENAL, A LOS -ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES, A LA HIPERTENSIÓN, A LA GANGRENA DE LAS EXTREMIDADES Y A TRASTORNOS DE LA RETINA. EL PACIENTE DIABÉTICO TAMBIÉN PUEDE DESARROLLAR NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS.

DIAGNOSTICO

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DIABETES MELLITUS SON:

- A) POLIURIA
- B) POLIDIPSIA
- C) POLIFAGIA
- D) PÉRDIDA DE PESO
- E) PÉRDIDA DE FUERZAS
- F) PRURITO
- G) INFECCIONES CUTÁNEAS
- H) ENFERMEDAD PERIODONTAL PROGRESIVA
- I) ABSCESOS PERIODONTALES MÚLTIPLES
- J) RETRASO EN LA CICATRIZACIÓN DE LAS HÉRIDAS
- K) SOMNOLENCIA

EL PACIENTE CON UNA DIABETES NOTABLE SUELE DESCUBRIRSE CON UN EXAMEN GENERAL DE ORINA QUE REBELA LA PRESENCIA

DE GLUCOSA. PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO HAY QUE RECURRIR A LA GLICEMIA EN AYUNAS Y A LA POSPRANDIAL DETERMINADA DOS HORAS DESPUÉS DE LA COMIDA.

EL DIABÉTICO PRECOZ PUEDE DETECTARSE MEDIANTE LA PRUEBA DE LA TOLERANCIA DE LA GLUCOSA.

EL DIABÉTICO NO COMPENSADO ES PROPENSO AL DESARROLLO DE INFECCIÓN DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS ORALES. CUANDO - SUFREN INFECCIONES LOS PACIENTES SUELEN AGRAVARSE. ASI - MISMO, EN EL PACIENTE DIABÉTICO NO COMPENSADO, LAS HERIDAS NO CICATRIZAN BIEN Y SE INFECTAN CON MUCHA FACILIDAD.

TRATAMIENTO DENTAL.- UN DIABÉTICO NO COMPENSADO CON UNA INFECCIÓN ORAL AGUDA PLANTEA UN DIFÍCIL PROBLEMA DE TRATAMIENTO. ES SUMAMENTE IMPORTANTE QUE EL ODONTÓLOGO - LO REMITA A UN MÉDICO PARA QUE TRATE SU DIABETES. TAMBIEN SE HA DE TRATAR LA INFECCIÓN ORAL SI DESEA OBTENERSE UNA COMPENSACIÓN DEL ESTADO DIABÉTICO. SE HA DE RECOGER MATERIAL DE LA ZONA INFECTADA PARA EFECTUAR CULTIVOS BACTERIANOS Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIÓTICOS Y SE DEBE ADMINISTRAR AL PACIENTE UN ANTIBIÓTICO COMO LA PENICILINA.

UNA VEZ QUE SE TENGAN LOS RESULTADOS DEL ANTIBIOGRAMA SE ADMINISTRARÁ EL ANTIBIÓTICO ESPECÍFICO AL CUAL SEA MÁS SENSIBLE EL AGENTE INFECCIOSO. EN CASO DE NO PODERSE REALIZAR ANTIBIOGRAMAS EL ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN ES LA - PENICILINA.

INCLUSO, EL DIABÉTICO COMPENSADO CON INSULINA PUEDE CAUSAR SERIAS PREOCUPACIONES AL ODONTÓLOGO. ALREDEDOR DE QUINCE POR CIENTO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS AL TRATAMIENTO INSULÍNICO PRESENTAN EL TIPO DE DIABETES JUVENIL O --

INESTABLE Y, POR LO TANTO, PUEDEN DESCOMPENSARSE CON FACILIDAD. ASÍ MISMO, TODO DIABÉTICO QUE SUFRE UNA INFECCIÓN ORAL REQUIERE UN AUMENTO DE LA DOSIS DE INSULINA PARA MANTENER COMPENSADA SU DIABETES.

OTRO PROBLEMA CON EL CUAL PUEDE ENCONTRARSE EL ODONTÓLOGO EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS ES EL SHOCK INSULÍNICO AUNQUE EL DIABÉTICO RARA VEZ OLVIDA SU DOSIS DE INSULINA ES FRECUENTE QUE NO DESAYUNE SI ESTÁ CITADO CON EL ODONTÓLOGO POR LA MAÑANA. DEBIDO A LA PRESENCIA DE UN EXCESO DE INSULINA PUEDE SUFRIR UNA HIPOGLICEMIA QUE PROVOQUE, INCLUSO, UN SHOCK INSULÍNICO QUE SE COMBATIRÁ ADMINISTRANDO ALGUNA FORMA DE CARBOHIDRATO COMO, POR EJEMPLO, ZUMO DE NARANJA AZUCARADO.

7.- MECANISMO DE LA COAGULACION SANGUINEA

LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE DEPENDE DEL DESENCADENAMIENTO DE UNA SECUENCIA DE FENÓMENOS QUE DAN POR RESULTADO LA PRODUCCIÓN FINAL DE UN COÁGULO FIRME DE FIBRINA.

EXISTEN DOCE FACTORES EN LA SANGRE, EL PLASMA O LAS PLAQUETAS LOS CUALES SE ENCARGAN DE LA COAGULACIÓN FINAL. SE DESIGNAN DESDE EL FACTOR I HASTA EL FACTOR XIII, NO EXISTIENDO EL VI.

- I.- FIBRINÓGENO
- II.- PROTOMBINA
- III.- TROMBOPLASTINA
- IV.- CALCIO
- V.- PROACELERINA
- VII.- PROCONVERTINA
- VIII.- FACTOR ANTI HEMOFÍLICO
- IX.- COMPROBANTE TROMBOPLASTÍNICO DEL PLASMA
- X.- FACTOR STUART-POWER
- XI.- ANTECEDENTE TROMBOPLASTÍMICO DEL PLASMA
- XII.- FACTOR HAGEMON
- XIII.- FACTOR ESTABILIZADOR DE LA FIBRINA

LOS FACTORES IX-X Y XII RECIBIERON SU NOMBRE POR LAS FAMILIAS EN LAS QUE SE ENCONTRARON LAS DEFICIENCIAS.

SE CONSIDERA QUE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE TIENE TRES ETAPAS:

- A) LA FORMACIÓN DE TROMBOPLASTINA
- B) LA FORMACIÓN DE TROMBINA
- C) LA PRODUCCIÓN DE FIBRINA

EL CONTROL DE LA SECUENCIA DE LOS FENÓMENOS ENCARGADOS DE LA COAGULACIÓN DEBE SER PRECISO POR LAS SIGUIENTES RAZONES.

- 1.- DEBE INICIARSE EL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN -- CUANDO OCURRE UNA RUPTURA DE LA INTEGRIDAD VASCULAR.
- 2.- DEBE LIMITARSE A LA ZONA DE LA LESIÓN. NO ES DE SEABLE QUE TODA LA SANGRE SE ACUMULE EN EL COÁGULO.
- 3.- DEBE PERMITIR LA DISOLUCIÓN FINAL DEL COÁGULO DE FIBRINA Y EL RESTABLECIMIENTO DE LA LUZ DEL VASO SANGUÍNEO.

LA COAGULACIÓN COMIENZA CUANDO HAY UNA ROTURA DE LA PARED DE UN VASO SANGUÍNEO.

AL PRINCIPIO EL VASO SE CONTRAE DEBIDO A QUE ENTRAN EN ACCIÓN REFLEJOS LOCALES.

LAS PLAQUETAS SE ADHIEREN AL REVESTIMIENTO ENDOTELIAL AL ROTO DEL VASO SANGUÍNEO. Y EXITIENDE NUMEROSAS PROYECCIONES QUE AYUDAN A TAPONER LA ROTURA EN EL VASO SANGUÍNEO. SE PIENSA TAMBIÉN QUE LAS PLAQUETAS CEROTONINA, LA CUAL LIBERAN PARA REFORZAR LA VASOCONSTRICCIÓN INICIADA -- POR LOS REFLEJOS DE LOS VASOS SANGUÍNEOS DESPUÉS DE LA -- LESIÓN.

LAS PLAQUETAS TAMBIÉN TIENEN LA FUNCIÓN DE DISOLVER O PRODUCIR LESIÓN DEL COÁGULO DE FIBRINA. UNA VEZ QUE -- SE HA FORMADO ESTO SE LLAMA RETRACCIÓN DEL COÁGULO; ADEMÁS, CONTRIBUYEN A LA FORMACIÓN DE TROMBOPLASTINA.

LA PRIMERA ETAPA DE LA COAGULACIÓN ES LA FORMACIÓN DE TROMBOPLASTINA. ÉSTA ES PRODUCIDA EN DOS REGIONES DIFERENTES: EN EL PLASMA SANGUÍNEO Y EN LOS TEJIDOS DEL -- CUERPO A TRAVÉS DE UNA INTERACCIÓN DE VARIOS DE LOS FAC-

TORES NECESARIOS PARA LA COAGULACIÓN,

SE PUEDEN REALIZAR DOS PRUEBAS SANGÜINEAS PARA DETECTAR DEFICIENCIAS DE TROMBOPLASTINA,

LA SEGUNDA ETAPA DE LA COAGULACIÓN,- LA SEGUNDA ETAPA DEL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN Y LA TROMBOPLASTINA (FACTOR III) FORMADA ACTUARÁ SOBRE LA PROTOMBINA (FACTOR II). ÉSTA ES UNA PROTEÍNA QUE SE ENCUENTRA DISUELTA EN EL PLASMA Y CON LA AYUDA DEL CALCIO SANGÜINEO (FACTOR IV) CONVIERTE LA PROTOMBINA EN TROMBINA,

LAS DEFICIENCIAS EN ESTA ETAPA SE PUEDEN DETERMINAR MEDIANTE UNA PRUEBA SANGÜINEA LLAMADA TIEMPO DE PROTOMBINA DE QUICK (DESCUBRIDOR DE LA PRUEBA).

ÉSTA DETERMINA EL TIEMPO REQUERIDO PARA QUE LA PROTOMBINA, EN LA PRESENCIA DE TROMBOPLASTINA Y CALCIO, SE CONVIERTE EN TROMBINA,

TERCERA ETAPA DE LA COAGULACIÓN,- LA PROTOMBINA FORMADA ES UNA ENZIMA QUE CONVERTIRÁ EL FIBRINÓGENO (FACTOR I) EN UNA PROTEÍNA QUE SE ENCUENTRA EN CANTIDAD ABUNDANTE EN EL PLASMA, A FIBRINA. ÉSTA FIBRINA ES REFORZADA, - - ADEMÁS, POR OTRO FACTOR PLASMÁTICO (XIII) QUE, AL ACTUAR SOBRE LA MISMA, FORMA UN COÁGULO FIRME DE FIBRINA, MISMA QUE ES EL PRODUCTO FINAL DE LA COAGULACIÓN,

LAS DEFICIENCIAS DE FIBRINÓGENO PUEDEN DETERMINARSE MIDRIENDO LA CANTIDAD DEL MISMO QUE SE ENCUENTRA CIRCULANDO EN EL PLASMA. LA CANTIDAD, NORMALMENTE ES MAYOR EN COMPARACIÓN A LA DE TODOS LOS FACTORES PROTEÍNICOS. SUS CIFRAS NORMALES SON DE 200 A 400 MG. DE FIBRINÓGENO POR 100 ML. DE SANGRE.

EL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN SE ALTERARÁN CUANDO -
EL FIBRINÓGENO SEA MENOR DE 100 MG POR 100 ML DE SANGRE.

8.- METODOS PARA PRODUCIR LA HEMOSTASIS

1.- COMPRESIÓN.- SE COLOCA UNA GASA EN EL LUGAR DE LA HEMORRAGIA Y SE PIDE AL PACIENTE QUE MUERDA CON FUERZA POR ESPACIO DE 20 A 30 MINUTOS.

2.- ADRENALINA, EN APLICACIÓN TÓPICA 1 SOBRE 1000 -- MEDIANTE UNA GASA. DETIENE RÁPIDAMENTE LA HEMORRAGIA; SU ACCIÓN ES TRANSITORIA, GENERALMENTE, DURA LO SUFICIENTE - COMO PARA QUE SE FORME UN BUEN TAPÓN MECÁNICO EN LA LUZ - DEL VASO.

ESTO SE LOGRA GENERALMENTE EJERCIENDO COMPRESIÓN DIGITAL SOBRE UN PEDAZO DE GASA COLOCADA EN LA ZONA SANGRANTE.

3.- ESPUMA DE GELATINA (GELFOAM).- ES UNA ESPONJA - DE GELATINA QUE SE REABSORBE EN 4-6 SEMANAS Y QUE DESTRUYE LA INTEGRIDAD PLAQUETARIA PARA ESTABLECER UNA TRAMA SOBRE LA CUAL SE PRODUCE UN COÁGULO FIRME.

4.- CELULOSA OXIDADA (OXYCEL).- ESTA SUSTANCIA LIBERA ÁCIDOCELULÓSICO. TIENE GRAN AFINIDAD CON LA HEMOGLOBINA Y DA ORIGEN A UN COÁGULO ARTIFICIAL. SE REABSORBE -- APROXIMADAMENTE EN SEIS SEMANAS.

SU ACCIÓN NO AUMENTA CON EL AGREGADO DE TROMBINA U OTROS AGENTES HEMOLÍTICOS PORQUE, ESTOS SON DESTRUIDOS - POR LA ELEVADA ACIDEZ DEL MATERIAL. SE PRESENTA BAJO LA FORMA DE GASA O DE ALGODÓN. NO DEBE SER HUMEDECIDA AN--

TES DE APLICARLA PORQUE LA ACIDEZ, ASÍ CREADA, TIENDE A -
INHIBIR LA EPITELIZACIÓN. NO SE RECOMIENDA USARLA SOBRE
SUPERFICIES EPITELIALES.

5.- CELULOSA OXIDADA Y REGENERADA (SURGICEL). PRE--
SENTA ALGUNAS VENTAJAS SOBRE EL PREPARADO ANTERIOR. LA -
ALMOHADILLA DE GASA ES MÁS RESISTENTE Y MÁS ADHERENTE. --
SUS DERIVADOS ÁCIDOS NO INHIBEN LA EPITELIZACIÓN Y PUEDE
EMPLEARSE SOBRE SUPERFICIES EPITELIALES.

SE PRESENTA BAJO LA FORMA DE UNA CINTA GRUESA O EN -
FRASCOS CON TROZOS PEQUEÑOS,

6.- TROMBINA.- ACTÚA COMO AGENTE HEMOSTÁTICO. EN PRE
SENCIA DEL FIBRINÓGENO PLASMÁTICO NUNCA DEBE INYECTARSE.

7.- VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL.- ES UN PREPARADO DE
TROMBOPLASTINA QUE PROMUEVE LA FORMACIÓN DEL COÁGULO SAN-
GUÍNEO. DEBE USARSE SOBRE GASA SIMPLE O YODOFORMADA.

8.- ACIDO TÁNICO.- ENVUELTA EN UN SAQUITO SIMILAR A
LOS DE TE PRECIPITA LAS PROTEÍNAS Y FAVORECE LA FORMACIÓN
DEL COÁGULO. DEBE APLICARSE HACIENDO MORDER EL SAQUITO -
(SECO O APENAS HÚMEDO) DURANTE CINCO MINUTOS.

9.- CERA PARA HUESO.- LA CERA ESTÉRIL PARA HUESO FA-
BRICADA CON CERA DE ABEJAS HA RESULTADO MUY EFICAZ PARA -
CONTROLAR LA HEMORRAGIA CAPILAR EN EL HUESO. ÉSTA CERA -
ES ABSORBIBLE.

LIGADURAS Y SUTURAS.- LAS LIGADURAS PROFUNDAS CON -
CATGUT ABSORBIBLE O DE NYLON PARA HÉRIDAS DE SUPERFICIE
SON DE GRAN AYUDA. LA ELECCIÓN DEL MATERIAL DEPENDE DEL
TIPO DE HEMORRAGIA Y DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

USANDO SIEMPRE AGUJAS TRAUMÁTICAS.

LA PIEL Y LAS MUCOSAS SE SUTURAN CON MATERIAL NO ABSORBIBLE COMO SEDA, ALGODÓN O NYLON.

9.- PRUEBAS DE LABORATORIO

CUANDO LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE SUGIERE ALGÚN TRASTORNO HEMORRÁGICO DEBEN REALIZARSE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO NECESARIAS ANTES QUE EL ODONTÓLOGO REALICE ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL.

LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE ORIENTAN SOBRE LA NECESIDAD DE ACLARAR SI EXISTE UN TRASTORNO HEMORRÁGICO EN EXTRACCIONES CONSECUTIVAS, O EN HERIDAS PEQUEÑAS ES LA APARICIÓN DE EQUIMOSIS HEMORRAGIA GINGIVAL ESPONTÁNEA SIN CAUSA LOCAL APARENTE O LAS EPISTAXIS FRECUENTES.

ENTRE LOS HALLASGOS CLÍNICOS CONSECUTIVOS EN UNA ENFERMEDAD SE PUEDEN HACER NECESARIOS ALGUNOS ANÁLISIS DE LABORATORIO. (VER APÉNDICE I).

CAPITULO VIII

ALVEOLITIS.

1.- DEFINICION.- CONSISTE EN UNA ESTEOMILITIS LOCALIZADA DE LA CORTICAL ALVEOLAR CAUSADA POR LA INVASIÓN BACTERIANA DEL ALVÉOLO.

2.- ETIOLOGIA.- LA CAUSA ES DESCONOCIDA PERO SE HAN OBSERVADO VARIAS CAUSAS PREDISPONENTES.

A) ANESTÉSICOS LOCALES.- LOS PRODUCTOS QUÍMICOS QUE SE EMPLEAN EN LA ANESTESIA LOCAL TIENEN UN PODER TÓXICO SOBRE LOS TEJIDOS PERIALVEOLARES, LAS CONDICIONES INFECCIOSAS SE EXACERBAN Y SE INSTALA UNA ALVEOLITIS POSTOPERATORIA.

B) EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE DEBILITADO POR UNA ENFERMEDAD GENERAL O CON TRASTORNOS METABÓLICOS.

C) ENTRE LOS FACTORES TRAUMÁTICOS HAY QUE MENCIONAR LA EXCESIVA PRESIÓN SOBRE LAS TRABÉCULAS ÓSEAS REALIZADA POR LOS ELEVADORES, LAS FUERZAS EJERCIDAS SOBRE LAS TABLAS ALVEOLARES, LA ELEVACIÓN DE LA TEMPERATURA DEL HUESO DEBIDO AL USO SIN MEDIDA Y SIN CONTROL DE LAS FRESAS.

D) LOS FACTORES BACTERIANOS TIENEN IMPORTANCIA EN LA ALVEOLITIS. LOS PRINCIPALES INVASORES SON LOS DEL TIPO ANAERÓBIO, ESPECIALMENTE BACILOS FUCIFORMES Y ESPIROQUETAS.

ESTA BACTERIA POR EFECTO DE SUS TOXINAS O POR UNA ACCIÓN SOBRE LA TERMINACIÓN NERVIOSA DEL HUESO ALVEOLAR SERÍA LA PRODUCTORA DEL DOLOR ALVEOLAR.

3.- LAS CAUSAS DEL DOLOR POST OPERATORIOS

LOS DOLORS POST-OPERATORIOS PUEDEN SER CAUSADOS POR:

- A) IRRITACIÓN DEBIDA A BORDES CORTANTES DE HUESO
- B) TROZOS DE HUESO QUE IRRITAN E INFLAMAN EL ALVÉOLO; SECUESTROS.
- C) TRAUMATISMOS EN EL ALVÉOLO DEBIDO AL RASPADO CON CUCARILLAS QUE PULEN EL HUESO. POR EL MISMO MECANISMO LAS EXTRACCIONES LABORIOSAS BRUÑEN LA SUPERFICIE INTERNA DE LOS ALVÉOLOS.
- D) PERMANENCIA EN LOS ALVÉOLOS DE RAÍCES, CUERPOS EXTRAÑOS, RESTOS DE GRANULOMAS, QUISTES, ETC.
- E) ESTADOS GENERALES QUE CONDICIONAN DIFICULTADES EN LA CICATRIZACIÓN: DIABETES, DISCRASIAS.

4.- SINTOMATOLOGIA

LA SINTOMATOLOGÍA DE LA ALVEOLITIS ES VARIADA E INTENSA Y EL DOLOR CON SUS CARACTERÍSTICAS DOMINA EL CUADRO.

ESTA COMPLICACIÓN SUELE SURGIR EN LOS PRIMEROS DÍAS QUE SIGUEN A LA EXTRACCIÓN PERO SE SABE QUE HA APARECIDO HASTA UNA SEMANA DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.

EL ALVÉOLO DONDE SE LOCALIZA LA AFECCIÓN SE PRESENTA CON SUS BORDES TUMEFACTOS Y LAS PAREDES BUCAL Y LINGUAL LIGERAMENTE ROJIZAS Y EDEMATIZADAS.

TODO EL ALVÉOLO ESTÁ RECUBIERTO DE UNA SUBSTANCIA GRIS VERDOSA Y MAL OLIENTE.

EN OCASIONES ESTA CARACTERÍSTICA ES LA QUE LE HA DADO EL NOMBRE DE ALVÉOLO SECO. SOBRE LAS PAREDES ALVEOLARES SIN COÁGULO SE ENCUENTRAN CUBIERTAS POR UNA CAPA VERDOSA Y EL HUESO ALVEOLAR EN CONTACTO CON EL MEDIO BUCAL ESTÁ DESCUBIERTO AL ALVÉOLO LLENO DE DETRITUS, RESTOS ALIMENTICIOS Y PUS, PROVOCANDO QUE LOS GANGLIOS TRIBUTARIOS AL ALVÉOLO ENFERME SE ENCUENTREN INFECTADOS.

5.- TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA ALVEOLITIS

AL EFECTUAR LA EXTRACCIÓN SE CONTROLARÁ LO SIGUIENTE:

- A) CORRECTA HIGIENE BUCAL ANTES Y DESPUÉS DEL ACTO OPERATORIO.
- B) ADECUADA ANTISEPSIA DE LA ZONA A INTERVENIR
- C) ANESTESIA LOCAL ADECUADA
- D) PRACTICAR PREVIAMENTE LA TARTRECTOMÍA
- E) CUIDADOSO CRITERIO EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN.
- F) ELIMINACIÓN DE LOS PROCESOS APICALES O MARGINALES QUE PIDIERAN EXISTIR SIN EXAGERAR LAS MANIOBRAS PARA IMPEDIR LA INFECCIÓN DE CORTICALES SANAS.

6.- TRATAMIENTO DE LA ALVEOLITIS

MÚLTIPLES TRATAMIENTOS SE HAN PROPUESTO PARA LA AL-

VEOLITIS, LOS MÁS COMUNES SON LOS SIGUIENTE:

- A) EXAMÉN RADIOGRÁFICO PARA INVESTIGAR EL ESTADO DEL HUESO Y DE LOS BORDES ÓSEOS Y DETECTAR LA PRESENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS, CARIES O SECUESTROS,

LAS RAÍCES SERÁN ELIMINADAS, SE HARÁ UN PEQUEÑO - Y CUIDADOSO LEGRADO.

- B) LAVAR CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA O AGUA BIDEUTILADA TIBIA Y POSTERIORMENTE CON SONITE. ESTA MANIOBRA DEBE REALIZARSE CON ABUNDANTE CANTIDAD DE SUERO Y TIENE POR OBJETO RETIRAR LAS POSIBLES ESQUIRLAS Y RESTOS DE COÁGULOS, PSEUDOCOÁGULOS Y RESTOS ALIMENTICIOS. DEBE SER REALIZADO CON SUMA DELICADEZA PUES EL ALVÉOLO ES EXTRAORDINARIAMENTE SENSIBLE.

- C) SECAR SUAVEMENTE LA CAVIDAD CON GASA ESTÉRIL. PARA ESTO SE COLOCAN ROLLOS DE ALGODÓN PARA AISLAR EL CAMPO OPERATORIO (ESTA MANIOBRA ES IMPRESCINDIBLE PORQUE LA SALIVA, ADEMÁS DE DILUIR LOS MEDICAMENTOS, INFECTA EL ALVÉOLO) Y SE COLOCARÁ UN APÓSITO DE CEMENTO QUIRÚRGICO COMO EL WONDER PACK PARA OBLITERAR LA ENTRADA DEL ALVÉOLO Y, ASÍ, EVITAR LA POSIBLE CONTAMINACIÓN.

- D) ANTIBIOTERAPIA, TAMBIÉN SE PODRÁ CONTROLAR POR ESTE MISMO PROCEDIMIENTO.

CAPITULO IX

ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DENTARIA.

A) CONSIDERACIONES GENERALES

EXODONCIA.- Es una rama de la odontología y de la cirugía bucal que aborda el estudio de los problemas de la extracción de los dientes que han perdido su función, ya sea por procesos cariosos, parodontales o por tratamientos ortodóncicos, prótesis y también por tratamientos endodónticos que han fracasado.

EXTRACCIÓN DENTAL.- Es el proceso quirúrgico por medio del cual se practica la avulsión o extracción del diente.

B) BREVE HISTORIA DE LA EXODONCIA

Las prácticas odontológicas se remontan hasta la época de la antigüedad clásica. Cicerón considera que fue Esculapio el inventor del odontagagum, instrumento que se usaba para las extracciones dentales. Sin embargo, según parece, fue Hipócrates el primero que se ocupó del estudio de la anatomía, patología y terapéutica de la boca. En sus obras describe la etiología y patología de las caries y, en los casos de odontálgias, recomienda los colutorios de pimienta.

En la escuela de Alejandría, por otra parte, había una gran preocupación por lograr la conservación de los dientes y únicamente se practicaba la extracción como último recurso.

ADEMÁS DE LAS OBRAS ESCRITAS, TAMBIÉN SE HAN ENCONTRADO OBJETOS QUE FORMABAN PARTE DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA PRACTICAR LA EXTRACCIÓN DENTAL.

CON LA APARICIÓN DE LA ESCLAVITUD Y, POSTERIORMENTE, CON LA CAÍDA DEL IMPERIO ROMANO DEJARON DE PRACTICARSE LOS POCOS TÉCNICAS LOGRADAS. SERÁ HASTA LA ÉPOCA DE LOS ÁRABES CUANDO AVICENA ACUDIRÁ A LA CIENCIA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DENTAL. EN SUS OBRAS RECOMIENDA LAS EXTRACCIONES, SANGRÍAS, PURGAS, INFUSIONES, GARGARISMOS, CAUTERIO, ETC. TAMBIÉN RECOMENDABA MEDIDAS PROFILÁCTICAS.

EN EUROPA, A PARTIR DEL S. XVI, EMPIEZAN A PROLIFERAR LAS OBRAS QUE TRATAN SOBRE LOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS Y LOS CLÁSICOS "SACAMUELAS". ESTOS, EN ALGUNOS CASOS, ERAN SIMPLES CHARLATANES QUE SE APROVECHABAN DE LA BUENA FÉ DE LOS PACIENTE. EN OTROS CASOS SE TRATABA DE PERSONAS PREOCUPADAS POR LA CONSERVACIÓN DE LAS PIEZAS DENTALES. EL PROGRESO ALCANZADO POR LA ODONTOLOGÍA SE PUDE APRECIAR -- POR EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO Y POR EL CONTENIDO CIENTÍFICO DE LAS OBRAS ESCRITAS.

C) SELECCION DEL INSTRUMENTAL PARA LA EXTRACCION DENTAL

UN INSTRUMENTAL QUE SE CONSIDERA NECESARIO Y COMPLETO ES EL SIGUIENTE:

A) FORCEPS.- HAY FORCEPS ESPECIALES PARA EL MAXILAR Y PARA LA MANDÍBULA.

B) ELEVADORES.- SON DE DIFERENTES TIPOS. ALGUNOS SON RECTOS, CON PUNTAS ANCHAS O ANGOSTOS Y OTROS SON DE TIPO BANDERA.

c) INSTRUMENTAL PARA HUESO Y TEJIDOS BLANDOS.- Como -
ALVEOLÓTOMO, LIMAS, LEGRA, ETC.

A) FORCEPS.- Es un instrumento a manera de pinzas, cu
ya función fundamental es auxiliarse de él para la extrac-
ción dental.

Es importante saber reconocer los forceps que se uti-
lizan para el maxilar derecho o izquierdo y para la mandí-
bula derecha o izquierda.

PARTES DE UN FORCEPS.- Los forceps constan de dos par-
tes: la activa (bocados) y la pasiva (el mango). Ambas es
tán unidas entre sí por una articulación o charnela.

La parte pasiva es el mango de la pinza y, según los
diferentes modelos son labrados o estriados en sus caras -
externas.

La parte activa, es decir, los bocados se adaptan a -
la corona anatómica del diente. Sus caras externas son li-
sas y las internas son cóncavas con mordientes distintos -
según los modelos. Las que se aplican a los cuellos de --
los molares presentan mordientes en forma de ángulo diedro
para adaptarse a las bifurcaciones de las raíces.

TIEMPOS DE LA EXTRACCIÓN.- Son tres los tiempos quirúr-
gicos:

- 1.- PREHENSIÓN
- 2.- LUXACIÓN
- 3.- TRACCIÓN

1.- PREHENSION.- LA APLICACIÓN DE LA PIEZA EN EL DIENTE ES EL PRIMER TIEMPO DE LA EXTRACCIÓN. PREPARADO EL DIENTE PARA LA EXTRACCIÓN SE SEPARAN LOS LABIOS, EL CARRILLO Y LA LENGUA DEL PACIENTE CON LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA. LIBRE DEL CAMPO, LA PINZA TOMA EL DIENTE POR DEBAJO DE SU CUELLO ANATÓMICO EN DONDE SE APOYA Y A EXPENSA DEL CUAL SE DESARROLLA LA FUERZA PARA MOVILIZAR EL ÓRGANO DENTARIO. LA CORONA DENTARIA NO DEBE INTERVENIR COMO ELEMENTO ÚTIL EN LA APLICACIÓN DE LA FUERZA; SU FRACTURA SERÍA LA CONSECUENCIA DE ÉSTA MALA MANIOBRA. AMBOS MORDIENTES, EL EXTERNO O BUCAL Y EL INTERNO O LINGUAL, DEBEN PENETRAR SIMULTÁNEAMENTE HASTA EL PUNTO ELEGIDO. COLOCADOS LOS MORDIENTES SE IMPRIME LA PRESIÓN NECESARIA.

2.- LUXACION.- ES LA DESARTICULACIÓN DEL DIENTE Y CONSTITUYE EL SEGUNDO TIEMPO DE LA EXTRACCIÓN. POR MEDIO DE ESTE PROCESO EL DIENTE ROMPE LAS FIBRAS DEL PERIODONTO Y DILATA AL ALVÉOLO.

LA LUXACIÓN SE REALIZA EN DOS MOVIMIENTOS: UNO, EL DE LATERALIDAD Y, EL OTRO, DE ROTACIÓN.

A) EL MOVIMIENTO DE LATERALIDAD SE DIRIGE DE ADENTRO HACIA AFUERA. DOS FUERZAS ACTÚAN EN ESTE MOVIMIENTO: LA PRIMERA IMPULSA EL DIENTE EN DIRECCIÓN DE SU ÁPICE "COMO QUERIENDO INTRODUCIR EL DIENTE EN SU ALVÉOLO" Y, LA SEGUNDA, MUEVE EL ÓRGANO DENTARIO A FAVOR DE UN MOVIMIENTO DE LA LATERALIDAD QUE SE INICIA HACIA LA TABLA ÓSEA DE MENOR RESISTENCIA (GENERALMENTE LA BUCAL QUE ES LA MÁS ELÁSTICA). ESTE MOVIMIENTO TIENE UN LÍMITE QUE ESTÁ DADO POR EL DE DILATACIÓN DEL ALVÉOLO Y HABRÁ QUE CUIDARSE DE NO EXEDERSE EN EL MOVIMIENTO PARA EVITAR QUE LA TABLA EXTERNA SE FRACTURE.

B) EL MOVIMIENTO DE ROTACIÓN SE REALIZA SIGUIENDO EL EJE MAYOR DEL DIENTE EN SENTIDO MESIO-DISTAL Y SOLO SE APLICA EN DIENTES MONORRADICULARES, LOS QUE TIENEN MÁS DE UNA RAÍZ SE FRACTURAN, COMO ES LÓGICO, AL HACER ROTAR.

3.- TRACCION.- ES EL ÚLTIMO MOVIMIENTO DESTINADO A DESPLAZAR FINALMENTE EL DIENTE DEL ALVÉOLO.

LA TRACCIÓN SE REALIZA CUANDO LOS MOVIMIENTOS PRELIMINARES HAN DILATADO EL ALVÉOLO Y ROTO LOS LIGAMENTOS,

FORCEPS PARA EXTRACCION DE DIENTES ANTERIORES SUPERIORES.

ENCONTRAMOS FÓRCEPS QUE SE PUEDEN UTILIZAR DE CENTRAL A SEGUNDO PREMOLAR,

FÓRCEPS No. 99 A.- UNIVERSAL SE IDEÓ PARA PIEZAS CENTRALES, LATERALES, CANINOS E, INCLUSIVE, PREMOLARES.

FÓRCEPS No. 99C.- UNIVERSAL. TIENEN LA MISMA APLICACIÓN QUE EL 99A Y ES RECOMENDABLE PARA CANINOS.

FÓRCEPS No. 150.- UNIVERSAL. ES UTILIZADO PARA CENTRAL A SEGUNDO PREMOLAR. LOS BOCADOS SE COLOCAN POR BUCAL Y PALATINO POR DEBAJO DEL CUELLO DE LA PIEZA.

FÓRCEPS No. 62.- UNIVERSAL. SE USA PARA EXTRACCIONES DE INCISIVOS Y PREMOLARES.

RAIGONERA SUPERIOR No. 69.- SE USA PARA RESTOS RADICULARES SUPERIORES E INFERIORES, TIENEN FORMA DE "S" ITALICA, SUS BOCADOS SON FINOS Y SE ADAPTAN A CUALQUIER LUGAR.

FORCEPS UTILIZADOS PARA PIEZAS POSTERIORES SUPERIORES

FÓRCEPS No. 18 R Y L.- SE UTILIZAN PARA PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES CON VARIANTE R (DERECHO) Y L(IZQUIERDOS).

UNO DE SUS BOCADOS ES CÓNCAVO PARA ADAPTARSE A LA RAÍZ PALATINA Y, EL OTRO, TIENE UNA MUESCA PARA QUE SE ADAPTE A LA BIFURCACIÓN DE LAS RAICES VESTIBULARES.

FÓRCEPS No. 53.- ES DE FORMA DE BAYONETA Y TIENE UN BOCADO CÓNCAVO PARA LA RAÍZ PALATINA Y OTRO CON MUESCA PARA LA BIFURCACIÓN DE LAS RAICES VESTIBULARES. CON VARIANTE R Y L.

FÓRCEPS No. 88.- CON VARIANTE R Y L, ES EL INDICADO PARA PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES CON CORONAS MUY DESTRUÍDAS SUS BOCADOS TERMINAN EN PICO, EN FORMA DE CUERNO. TAMBIÉN ES CONOCIDO COMO TRICORNIO PORQUE TERMINA EN TRES CUERNOS. ES UTILIZADO EN AQUELLOS CASOS EN QUE NO PUEDE EVITARSE LA FRACTURA DEL DIENTE.

FÓRCEPS No. 10 s.- UNIVERSAL, PARA TERCEROS MOLARES Y PARA PIEZAS TRIRRADICULARES QUE ESTÉN BIEN CIMENTADAS EN SU ALVÉOLO Y PARA PRIMEROS Y SEGUNDOS PREMOLARES QUE TENGAN POCO HUESO DE SOPORTE.

FORCEPS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES ANTERIORES INFERIORES

LOS FÓRCEPS DESTINADOS PARA LA MANDIBULA TIENEN LOS BOCADOS CASI EN ÁNGULO RECTO Y PROVISTO DE UNA ACANALADURA EN SUS RAMAS PARA EVITAR DESLIZAMIENTO.

FÓRCEPS No. 151.- UNIVERSAL. SE UTILIZA DEL CENTRAL A SEGUNDO MOLAR DEL LADO IZQUIERDO O DERECHO.

FORCEPS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES POSTERIORES E INFERIORES

FÓRCEPS No. 17.- UNIVERSAL. PARA PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES. SUS BOCADOS TERMINAN EN UNA CANALADURA CON SURCO EN MEDIO Y TERMINADOS EN DOS MUESCAS O PICOS QUE SE ADAPTAN A LA BIFURCACIÓN DE LAS DOS RAICES DE LOS MOLARES (MESIA Y DISTAL).

FÓRCEPS No. 27.- PARA PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES DE LADO IZQUIERDO Y DERECHO. ES CONOCIDO COMO CUERNO DE VACA. SE UTILIZA CUANDO LOS MOLARES ESTÁN MUY DESTRUIDOS - AL HACER PRESIÓN SOBRE LA CORONA LOS BOCADOS TIENDEN A UNIRSE Y ESTO PROVOCA LA SEPARACIÓN DE LA BIFURCACIÓN RADICULAR. DESPUÉS SE EFECTUARÁ LA EXTRACCIÓN DE LOS RESTOS CON RAIGNERA O ELEVADORES RECTOS.

FÓRCEPS No. 287.- UTILIZADO PARA PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES. LA CURVATURA DE SUS MANGOS FACILITA LA EXTRACCIÓN DEL LADO IZQUIERDO DE LA MANDÍBULA EN POSICIÓN DETRÁS DEL SILLÓN Y DEL PACIENTE.

FÓRCEPS No. 222.- UNIVERSAL. SE USA PARA TERCEROS MOLARES IZQUIERDOS Y DERECHOS. SUS MANGOS SON RECTOS Y SUS BOCADOS CUADRADOS PARA QUE NO HAYA PRESIÓN EN EL TERCER MOLAR YA QUE SI PRESENTAN MUESCAS O SURCOS SE PUEDE PRODUCIR FRACTURA A NIVEL RADICULAR.

FÓRCEPS No. 37.- RAIGNERA INFERIOR. UTILIZADA POR SUS BOCADOS AGUDOS PARA EXTRACCIONES DE PIEZAS TEMPORALES O DESIDUAS.

ELEVADORES

DENTRO DEL INSTRUMENTAL ACCESORIO QUE SE UTILIZA EN UNA EXTRACCIÓN SE ENCUENTRAN LOS BOTADORES O ELEVADORES. - ALGUNOS SON RECTOS Y OTROS SON DE TIPO BANDERA.

ACTÚAN COMO PALANCA DE PRIMER GRADO Y COMO CUÑA DESCRIBIENDO TAMBIÉN MOVIMIENTOS COMO EL DE ROTACIÓN. DEBEN CONSIDERARSE TRES FACTORES ADEMÁS DE LA PALANCA PROPIAMENTE DICHA; EL PUNTO DE APOYO, LA POTENCIA Y LA RESISTENCIA.

LOS ELEVADORES CONSTAN DE TRES PARTES:

- A) EL MANGO
- B) EL TALLO
- C) PUNTA DE TRABAJO

ENTRE LOS ELEVADORES MÁS USADOS ESTÁN EL BOTADOR EN FORMA DE GUBIA, ES RECTO Y EL MÁS IMPORTANTE. OTROS EJEMPLOS DE BOTADORES RECTOS SON LOS NÚMEROS 301 Y 304 DE WITTESON. SON DEL TIPO DE MEDIA CAÑA; SIRVEN PARA LA DEBRIDACIÓN O SINDESMOTOMÍA Y LA EXTRACCIÓN DE RESTOS APICALES EN ALVÉOLOS SUPERIORES.

LOS ELEVADORES RECTOS PUEDEN SER DE PUNTAS DE TRABAJO ANCHAS O ANGOSTAS (FINAS) PERO SIEMPRE CONSERVAN SU FORMA DE MEDIA CAÑA.

LOS ELEVADORES DE BANDERA IZQUIERDO No. 27 Y DERECHO No. 28, DEBIDO A SU FORMA, PUEDEN INCERTARSE EN SU ALVÉOLO PARA ANGANCHAR Y SACAR EL RESTO RADICULAR. SE ACCIONA GIRANDO SOBRE SU PROPIO EJE (ROTACIÓN EN SENTIDO MESIODISTAL O VICEVERSA) Y, DE PREFERENCIA, INTRODUCIÉNDOLO EN UN ALVÉOLO LIBRE PARA FRACTURAR LA LÁMINA INTERALVEOLAR. Es-

TOS SE USAN, ÚNICAMENTE, EN POSTERIORES INFERIORES.

TIEMPOS DE LA EXTRACCIÓN CON ELEVADORES

LOS TIEMPOS DE LA EXTRACCIÓN CON ELEVADORES SON:

- A) APLICACIÓN
- B) LUXACIÓN
- C) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA

A) APLICACIÓN.- EL INSTRUMENTO DEBER SER GUIADO EN BUSCA DE APOYO HASTA SU UBICACIÓN, HACIÉNDOLO AVANZAR POR CORTOS MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN ENTRE EL ALVEÓLO Y LA RAÍZ DEL DIENTE A EXTRAER.

B) LUXACIÓN.- LOGRANDO EL PUNTO DE APOYO Y EL SITIO DE APLICACIÓN DEL ELEVADOR SE DIRIGE EL INSTRUMENTO CON MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN, ELEVACIÓN Y DESCENSO, MANIOBRAS CON LAS CUALES EL DIENTE ROMPE SUS ADHERENCIAS PERIODÓNTICAS, DILATA EL ALVEÓLO Y PERMITE SU EXTRACCIÓN.

C) EXTRACCIÓN.- LA EXTRACCIÓN, PROPIAMENTE DICHA, SE REALIZA CON SUCESIVO MOVIMIENTO DE ROTACIÓN Y DESCENSO. EL DIENTE, CON ESTO, ABANDONA SU ALVÉOLO Y PUEDE EXTRAERSE CON ELEVADORES APROPIADOS O CON PINZAS PARA EXTRACCIONES.

INTRUMENTAL PARA SECCIONAR HUESO.

LOS DIENTES QUE PERMANECEN RETENIDOS EN LOS MAXILARES EN LOS QUE SEA NECESARIO RESECAR LAS ESTRUCTURAS QUE LAS CUBREN EXIGEN EL EMPLEO DE INSTRUMENTOS PARA ELIMINAR EL HUESO.

LOS MÁS IMPORTANTES SON:

ALVEOLOTOMO PINZAS GUBIAS.- SE UTILIZAN PARA REALIZAR LA RESECCIÓN DE HUESO (OSTEOTOMÍAS), ACTÚAN EXTRAYENDO EL HUESO POR MORDISCOS CUANDO SE DESA ELIMINAR BORDES CORTANTES, CRESTAS ÓSEAS O PORCIONES ÓSEAS QUE EMERGEN DE LA SUPERFICIE DEL HUESO DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.

LAMINAS PARA HUESO.- SE USAN PARA LA PREPARACIÓN DE MAXILARES DESTINADOS PARA LLEVAR APARATOS DE PRÓTESIS, - PARA ALIZAR O REGULARIZAR BORDES DE LOS PROCESOS Y ELIMINAR PUNTAS ÓSEAS.

ESCOPLOS.- EN LA EXTRACCIÓN TIENEN APLICACIÓN LOS ESCOPLOS RECTOS Y LOS DE MEDIA CAÑA IMPULSADOS POR MEDIO DEL MARTILLO.

SE USAN LAS FRESAS DE CARBURO DE TUXTENO O FRESAS ESPECIALES PARA HUESO LLAMADAS FRESAS QUIRÚRGICAS. ESTAS PUEDEN SER DE BOLA O CILINDRICAS. EL EMPLEO DE LAS FRESAS EXIGE CIERTOS REQUISITOS. DEBE USARSE UNA FRESA NUEVA EN CADA INTERVENCIÓN Y REEMPLAZARLA RESPETIDAS VECES PARA QUE EL CORTE SEA PERFECTO. EL INSTRUMENTO DEBE ACCIONAR BAJO UN CHORRO DE SUERO FISIOLÓGICO PARA EVITAR CALENTAMIENTO QUE PUEDE CAUSAR NECROSIS CON LOS TRASTORNOS CONSIGUIENTES: DOLOR, TUMEFACCIÓN Y ALVEOLITIS POSTOPERATORIA.

INSTRUMENTAL PARA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS

BISTURI.- EN CIRUGÍA BUCAL SE USA PARA HACER COLGAJOS O CUALQUIER TIPO DE INCISIONES EN ENCÍA. ES MUY USUAL EL BISTURÍ PARKER CON HOJA No. 15

BISTURI SINDESMOTOMO.- SE USA PARA LA DESBRIDACIÓN Y TIENE LA ACCIÓN DE SEPARAR LA ENCÍA DEL CUELLO DEL DIENTE.

TIJERAS.- SE EMPLEAN PARA SECCIONAR LENGUETAS Y FES-
TONES GINGIVALES Y PORCIONES DE ENCÍA EN EL TRATAMIENTO -
DE LA PARODONTITIS.

PINZAS DE DISECCION.- LAS PINZAS DE "DIENTES DE RA-
TÓN", POSEEDORAS DE TRES DIENTES QUE ENGRANAN ENTRE SI,
PERMITEN SOSTENER FIRMEMENTE EL COLGAJO.

LEGRAS.- SIRVEN PARA SEPARAR LA CUBIERTA MUCOPERIÓS-
TICA DEL HUESO CUANDO HAY NECESIDAD DE HACER UN COLGAJO -
EN EL PALADAR, CARA FACIAL DEL MAXILAR SUPERIOR, ETC.

CURETAS.- INSTRUMENTOS EMPLEADOS PARA REMOVER EL TE-
JIDO MORVOSO BLANDO, PARA EXTIRPACIÓN DE QUISTES, PARA -
SACAR MATERIAS EXTRAÑAS, ESPÍCULAS DE HUESO, ETC. PUEDEN
USARSE EN CUALQUIER PARTE DE LA BOCA.

CUCHILLAS.- SON DE DIFERENTES FORMAS Y SE USAN PARA
EXTRAER PEQUEÑOS RESTOS RADICULARES Y ESQUIRLAS QUE ESTÉN
SUELTAS EN LOS ALVÉOLOS Y QUE NO REQUIEREN USO DE ELEVA-
DORES.

AGUJAS PARA SUTURA.- CASI TODAS LAS OPERACIONES DE
CIRUGÍA BUCAL, INCLUYENDO EXTRACCIONES, EXIGEN EFECTUAR -
SUTURAS PERO, POR LA DELICADEZA DE LOS TEJIDOS GINGIVA-
LES TAN APROPIADOS A DESGARRARSE, LAS AGUJAS DEBEN SER -
CURVAS O RECTAS PERO DE DIMENSIONES PEQUEÑAS.

LAS AGUJAS CURVAS DE BORDES CORTANTES SE UTILIZAN -
EN LA SUTURA INTRABUCAL. LA AGUJA CON UN BORDE CORTANTE
ES PREFERIBLE A LA REDONDA LISA.

PORTA AGUJAS.- DESTINADOS A DIRIGIR LAS AGUJAS PEQUEÑAS. SE TOMAN POR SU SUPERFICIE PLANA Y SE GUÍAN EN SUS MOVIMIENTOS.

SUTURAS.- ACTUALMENTE, EN LA CIRUGÍA BUCAL Y EN LAS EXTRACCIONES, SE PREFIEREN LOS MATERIALES DE SUTURA INABSORBIBLES PARA PIEL, MUCOSA Y CAPAS PROFUNDAS; SIN EMBARGO, SE UTILIZAN TODAVÍA LOS MATERIALES ABSORBIBLES PARA LAS CAPAS SUPERFICIALES.

DE LOS MATERIALES ABSORBIBLES EL CATGUT ES EL MÁS -- USADO. SE FABRICA SIMPLE Y CRÓMICO.

LA SEDA NEGRA SE EMPLEA MUCHO. ES INABSORBIBLE, TIENE FUERZA DE TENSIÓN ADECUADA, PRODUCE REACCIÓN TISULAR MÍNIMA, SE VE CON FACILIDAD Y SE QUITA RÁPIDAMENTE.

EL NYLON ES EL MATERIAL QUE MENOS LESIONA LA DELICADA TRAMA GINGIVAL PERO SUS BORDES RÍGIDOS PROVOCAN LACERACIONES EN LA MUCOSA.

D) MANIOBRAS PREVIAS A LA EXTRACCION

ANTES DE UNA EXTRACCIÓN ES RECOMENDABLE PREVEER TODOS LOS ASPECTOS REALACIONADOS CON LA ASEPSIA, ANTISEPSIA Y ESTERILIZACIÓN.

ASEPSIA.- ES UN PROCEDIMIENTO PREVENTIVO QUE TIENE - POR OBJETO IMPEDIR LA LLEGADA DE LOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS AL ORGANISMO Y EVITAR, POR LO TANTO, LAS INFECCIONES.

ANTISEPSIA.- ES UN PROCEDIMIENTO DESTINADO A COMBATIR A PARTIR DE LA DESTRUCCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LOS MICROORGANISMOS.

ESTERILIZACION.- ES UN PROCEDIMIENTO QUE TIENE POR OBJETO LA DESTRUCCIÓN DE LOS MICROORGANISMOS CONTENIDOS EN UN OBJETO (GASA, INSTRUMENTOS, ETC.) ESTA SE REALIZA POR MEDIO DE APARATOS ESPECIALES (AUTOCLAVE, ESTUFA, ESTERILIZADOR).

E) INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DENTARIA

SE CONSIDERA CANDIDATO A EXTRACCIÓN TODO DIENTE QUE NO SEA ÚTIL AL MECANISMO DENTAL Y QUE, POR SUPUESTO, TENGA UN DAÑO IRREPARABLE.

LOS CASOS MÁS FRECUENTES DE EXTRACCIÓN SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- EN LA PATOLOGÍA PULPAR, AGUDA O CRÓNICA, CUANDO EL DIENTE ES INCOMPATIBLE CON UNA TERAPÉUTICA ENDODÓNTICA.
- 2.- EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, AGUDA O CRÓNICA, QUE ES INCOMPATIBLE CON ALGÚN TRATAMIENTO.
- 3.- LOS DIENTES TRAUMATIZADOS O DIENTES SOBRE ALVÉOLOS SON TRAUMATIZADOS EN DONDE NO HAY REPARACIÓN.
- 4.- LOS DIENTES IMPACTADOS O SUPERNUMERARIOS QUE FRECUENTEMENTE, NO TOMAN SU LUGAR EN LA LÍNEA DE OCLUSIÓN.
- 5.- HAY DIENTES TOTALMENTE ERUPCIONADOS, DIENTES EN ERUPCIÓN Y DIENTES CADUCOS RETENIDOS MUCHO TIEMPO QUE, POR CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS, REQUIEREN EXTRACCIÓN.

6.- LOS DIENTES DESVITALIZADOS SON FOCOS POSIBLES DE INFECCIÓN. LOS DIENTES DESVITALIZADOS NEGATIVOS RADIOGRÁFICAMENTE SE EXTRAEN, A VECES, COMO ÚLTIMO RECURSO Y A PETICIÓN DEL MÉDICO.

7.- LAS CONSIDERACIONES ESTÉTICAS, PARA ALGUNOS, SON MÁS IMPORTANTES QUE LOS FACTORES MERAMENTE FUNCIONALES.

8.- LAS CONDICIONES PROTÉTICAS PUEDEN REQUERIR LA -- EXTRACCIÓN DE UNO O MÁS DIENTES PARA LOGRAR DISEÑO O ESTABILIDAD DE LA PRÓTESIS.

9.- LOS DIENTES EN "LÍNEA DE FUEGO" DE RADIACIÓN TERAPÉUTICA, PLANEADA EN UN ÁREA CERCANA, SE EXTRAEN PARA -- QUE LA OSTEORADIONECRISIS DEL HUESO QUE SOBREVenga NO SE COMPLIQUE POR CARIES DEBIDO A RADIACIÓN O POR PULPAS NECROSANTES Y SUS SECUELAS.

F) CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DENTAL

A) CONTRAINDICACIONES LOCALES

B) CONTRAINDICACIONES GENERALES

CONTRAINDICACIONES LOCALES:

SE ASOCIAN PRINCIPALMENTE A INFECCIONES Y, EN MENOR GRADO, A ENFERMEDADES MALIGNAS.

1.- LAS INFECCIONES AGUDAS CON CELULITIS NO TRATADA DEBE CONTROLARSE DE MANERA QUE NO SE EXTIENDA MÁS. EL -- PROCEDIMIENTO EX EXTRAER EL DIENTE EN CUANTO LO PERMITA EL NIVEL SANGUÍNEO. PARA ESTO SE RECOMIENDA EL USO DE -- ALGÚN ANTIBIÓTICO.

2.- LA PERIOCORONITIS AGUDA QUE CONTIENE FLORA BACTERIANA MIXTA.

DEBE CONSIDERARSE QUE EL TERCER MOLAR INFERIOR TIENE UN ACCESO MÁS DIRECTO A LOS PLANOS APONEURÓTICOS PROFUNDOS DEL CUELLO Y QUE LA EXTRACCIÓN DE ESTE DIENTE ES UN PROCEDIMIENTO MUY COMPLICADO.

3.- LA ESTOMATITIS INFECCIOSA AGUDA ES UNA ENFERMEDAD DEBILITANTE Y DOLOROSA.

CONTRAINDICACIONES GENERALES

- 1.- LA DIABETES SACARINA NO CONTROLADA SE CARACTERIZA POR INFECCIÓN DE LA HÉRIDA Y PORQUE NO HAY CURACIÓN NORMAL.
- 2.- LAS CARDIOPATÍAS, COMO ARTERIOPATÍA CORONARIA, - HIPERTENSIÓN Y DESCOMPENSACIÓN CARDIACA.
- 3.- LAS DISCRACIAS SANGUÍNEAS INCLUYEN ANEMIAS O ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS COMO HEMOFILIA Y LAS LEUCEMIAS.
- 4.- LA ENFERMEDAD DE ADDISON, O CUALQUIER DEFICIENCIA DE ESTEROIDES, ES EXTREMADAMENTE PELIGROSA.
- 5.- LA NEFRITIS QUE REQUIERA TRATAMIENTO PUEDE CREAR UN PROBLEMA FORMIDABLE AL PREPARAR AL PACIENTE - PARA LA EXTRACCIÓN.
- 6.- EL EMBARAZO SIN COMPLICACIONES NO CONSTITUYE MAYOR PROBLEMA. DEBERÁ TOMARSE PRECAUCIONES PARA EVITAR LA TENSIÓN O ESTADO DE GRAN TEMOR.

LA MENSTRUACIÓN NO REPRESENTA CONTRAINDICACIONES, AUNQUE ES RECOMENDABLE SUSPENDER LA EXTRACCIÓN, - DEBIDO A LA MENOR ESTABILIDAD NERVIOSA Y A LA MAYOR TENDENCIA A LA HEMORRAGIA DE TODOS LOS TEJIDOS.

7.- LA SENILIDAD ES UNA CONTRAINDICACIÓN RELATIVA. - REQUIERE MAYOR CUIDADO PARA SUPERAR UNA REACCIÓN FISIOLÓGICA A LA EXTRACCIÓN.

8.- LA PSICOSIS Y NEUROSIS REFLEJAN INESTABILIDAD -- NERVIOSA.

ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DENTARIA

LOS ACCIDENTES ORIGINADOS POR LA EXTRACCIÓN DENTARIA SON MÚLTIPLES Y DE DISTINTA CATEGORÍA. UNOS INTERESAN AL DIENTE, OTROS A LOS DIENTES VECINOS, AL HUESO Y A LAS PARTES BLANDAS QUE LO RODEAN.

1.- FRACTURA DEL DIENTE

ES EL ACCIDENTE MÁS FRECUENTE DE LA EXODONCIA. EN EL CURSO DE LA EXTRACCIÓN, AL APLICARSE LA PINZA SOBRE EL CUELLO DEL DIENTE Y EFECTUARSE LOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN, LA CORONA O PARTE DE ÉSTA O PARTE DE LA RAÍZ SE ROMPE QUEDANDO, POR LO TANTO, LA PORCIÓN RADICULAR EN EL ALVÉOLO.

LA FRACTURA DEL DIENTE ES UN ACCIDENTE QUE PUEDE SER EVITABLE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SI SE TOMA COMO BASE EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO DEL ÓRGANO DENTARIO A EXTRAERSE. SIN EMBARGO, HAY CASOS EN DONDE LOS ÓRGANOS DENTARIOS, DEBILITADOS POR LOS PROCESOS DE CARIES O CON ANOMALÍAS RADICULARES, NO PUEDE RESISTIR EL ESFUERZO APLICADO SOBRE LA CORONA Y SE ROMPE EL PUNTO DE MENOR RESISTENCIA.

LOS CASOS MÁS FRECUENTES DE FRACTURA SE ORIGINAN EN UN ERRÓNEO ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO DEL DIENTE A EXTRAERSE Y A UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA EQUIVOCADA.

2.- TRATAMIENTO DE LA FRACTURA

EN ALGUNOS CASOS, CUANDO LA FRACTURA FUE INEVITABLE DEBE EXTRAERSE LA PORCIÓN RADICULAR QUE QUEDA EN EL ALVÉOLO.

OTRO POSIBLE ACCIDENTE ES EL DESGARRE DE LA ENCÍA, O CUANDO EN LA BOCA DEL ALVÉOLO SE SITUAN TROZOS DEL DIENTE

ES IMPORTANTE CONSIDERAR QUE LA ENCÍA DESGARRADA Y - PERIOSTIO LESIONADO PRODUCEN UNA HEMORRAGIA ABUNDANTE QUE OSCURECE EL CAMPO OPERATORIO.

POR OTRA PARTE CUANDO EN EL CAMPO OPERATORIO SE ENCUENTRAN TROZOS OSEOS Y DENTARIOS QUE LO CUBREN, ES NECESARIO ACLARAR LA VISIÓN DEL MUÑÓN RADICULAR FRACTURADO Y CONTINUAR EL TRATAMIENTO.

LOS FRAGMENTOS SE RETIRAN CON PINZAS DE ALGODÓN, SE LAVA LA REGIÓN CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA, SE SECA CON GASA Y SE PRACTICA LA HEMOSTASIS.

UNA VEZ TERMINADA LA HEMORRAGIA, SE PRACTICA LA EXTRACCIÓN DE LAS RAICES.

3.- FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS

LA PRESIÓN EJERCIDA SOBRE LA PINZA DE EXTRACCIONES O SOBRE LOS ELEVADORES PUEDE SER TRASMITIDA A LOS DIENTES VECINOS PROVOCANDO LA FRACTURA DE SU CORONA O LUXANDO EL DIENTE CUANDO DISPOSICIONES RADICULARES LO FACILITAN.

EL DIENTE LUXADO PUEDE SER REIMPLANTADO EN SU ALVEOLO, FIJÁNDOLO POR LOS PROCEDIMIENTOS USUALES.

4.- ACCIDENTES EN LA EXTRACCIÓN DE DIENTES PRIMARIOS

PARA EXTRAER CUALQUIER DIENTE PRIMARIO ES ESENCIAL - OBTENER RADIOGRÁFIAS APROPIADAS.

DEBE ESTABLECERSE PRESENCIA Y POSICIÓN DEL SUCESOR PERMANENTE ASÍ COMO EL ESTADO DE FORMACIÓN RADICULAR -- DEL DIENTE PRIMARIO QUE VA A EXTRAERSE. MUCHAS VECES - LA RESORCIÓN DE LA RAÍZ CADUCA ES POCO UNIFORME DEJANDO UNA PORCIÓN RADICULAR LARGA Y DELGADA.

SI SE FRACTURA UNA RAÍZ DURANTE LA EXTRACCIÓN SE - DEBERÁ SEGUIR USANDO ELEVADORES DE PUNTA FINA O UNA PEQUEÑA CURETA.

SE DEBERÁ TENER CUIDADO DE NO LESIONAR LA CORONA - DEL DIENTE PERMANENTE Y, EN ALGUNOS CASOS, SERÁ MEJOR - DEJAR LA PUNTA RADICULAR INTACTA Y PROGRAMAR LA EXTRACCIÓN EN FECHA POSTERIOR.

SI EN ALGÚN MOMENTO SE EXTRAE UN DIENTE PERMANENTE DURANTE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE PRIMARIO DEBERÁ COLOCARSE OTRA VEZ EN EL HUESO ALVEOLAR. PARA ESTO SE LAVARÁ EL DIENTE PREVIAMENTE CON SUERO FISIOLÓGICO, ASÍ COMO SU ALVEOLO Y, POSTERIORMENTE, SE DARÁN PUNTOS DE SUTURA PARA EVITAR QUE EL GERMEN SE DESALOJE.

5.- FRACTURA DE UN DIENTE ANTAGONISTA.

UN EXÁMEN PRE-OPERATORIO CUIDADOSO REVELARÁ SI EL - DIENTE ADYACENTE AL QUE VA A SER EXTRAÍDO ESTÁ MUY CARIADO O PRESENTA ALGUNA SITUACIÓN QUE IMPIDA LA EXTRACCIÓN CUANDO EXISTE UNA CARIES U OTRA ANORMALIDAD, LO ACONSEJABLE ES PRACTICAR UNA RESTAURACIÓN TEMPORAL ANTES DE LA EXTRACCIÓN.

LOS DIENTES ANTAGONISTAS PUEDEN ASTILLARSE O FRACTURARSE SI EL DIENTE QUE SE VA A EXTRAER CEDE DE REPENTE A UNA FUERZA INCONTROLADA Y EL FORCEPS LOS GOLPEA. -

UNA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN CUIDADOSA Y CONTROLADA EVITA - ESTE ACCIDENTE.

6.- FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA

NO ES EXCEPCIONAL QUE LAS PINZAS O LOS ELEVADORES - SE FRACTURAN EN EL ACTO QUIRÚRGICO CUANDO UNA EXCESIVA - FUERZA SE APLIQUE SOBRE ELLOS SE HAN DADO CASOS EN DONDE AL INTENTARSE LA EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR INFERIOR SE FRACTURÓ EL ELEVADOR Y EL FRAGMENTO SE INCRUSTÓ EN EL FONDO DEL ALVEOLO.

EXISTEN OTROS CASOS DE MENOR IMPORTANCIA. TROZOS - DE TAMAÑO VARIABLE DE PINZAS, ELEVADORES, ETC., FUERON - FRACTURADOS EN EL ACTO OPERATORIO; ALGUNAS QUEDARON COMO CUERPOS EXTRAÑOS EN EL INTERIOR DEL HUESO Y PARA EXTRAER LAS, A VECES, SE HACE NECESARIA UNA NUEVA INTERVENCIÓN - SI NO ES REALIZADO EN EL ACTO DE LA EXTRACCIÓN.

PARA EVITAR ESTE TIPO DE ACCIDENTE ES NECESARIO AC- TUAR CON CUIDADO, CON PRECAUCIÓN Y DE UNA MANERA MUY DI- LIGENTE.

7.- PERFORACION DE LA TABLA VESTIBULAR PALATINA

HAY SITUACIONES MUY ESPECIALES, DURANTE LA EXTRAC- CIÓN DE UN PREMOLAR O MOLAR SUPERIOR, EN DONDE UNA RAÍZ VESTIBULAR O PALATINA PUEDE ATRAVESAR LAS TABLAS ÓSEAS. ÉSTO PUEDE SER PROVOCADO POR EL MISMO DEBILITAMIENTO DEL HUESO O CAUSADO POR UN PROCESO PREVIO A ESFUERZOS MECÁNI COS. EL CASO ES QUE LA RAÍZ SE HALLA, EN UN MOMENTO DA- DO, DEBAJO DE LA FIBROMUCOSA ENTRE ÉSTA Y EL HUESO EN -- CUALQUIERA DE LAS DOS CARAS: VESTIBULAR O PALATINO.

ESTE ACCIDENTE TAMBIÉN ES POSIBLE EN EL CASO DE LA MANDÍBULA. AMBAS TABLAS TAMBIÉN PUEDEN SER PERFORADAS.

8.- LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS

LOS ACCIDENTES POSIBLES SON LOS DESGARRES DE LA MUCOSA GINGIVAL, LENGUA, CARRILLOS, LABIOS, ETC. SE PRODUCE AL ACTUAR CON BRUSQUEDAD, SIN MEDIDA Y SIN CRITERIO QUIRÚRGICO.

ALGUNAS VECES PUEDEN DESLIZARSE LOS INSTRUMENTOS DE LA MANO DEL OPERADOR (DESPUÉS DE EXTRACCIONES LABORIOSAS Y FATIGANTES) Y HERIR LA ENCÍA O LAS PARTES BLANDAS VECINAS. TAMBIÉN, EN ESTE CASO, SE RECOMIENDA ACTUAR CON CUIDADO Y DE MANERA DILIGENTE.

9.- LUXACION DE LA MANDIBULA

CONSISTE EN LA SALIDA DEL CÓNDILO DEL MAXILAR DE SU CAVIDAD GLENOIDEA. ES UN ACCIDENTE RARO. SE PUEDE, EN OCA--SIONES, POR LAS EXTRACCIONES DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES EN OPERACIONES LARGAS Y FATIGANTES.

PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL. EL MAXILAR LUXADO PUDE VOLVER A SER UBICADO EN SU SITIO.

MANIOBRAS EXTERNAS. SE COLOCAN LOS DEDOS PULGARES DE AMBAS MANOS SOBRE LA ARCADE DENTARIA DE LA MANDÍBULA; LOS DEDOS RESTANTES SOSTIENEN EL MAXILAR. SE IMPRIMEN FUERTEMENTE A ESTE HUESO DOS MOVIMIENTOS DE CUYA COMBINACIÓN SE OBTIENEN LA RESTITUCIÓN DE LAS RELACIONES NORMALES DE LA MANDÍBULA: UNO HACIA ABAJO Y, OTRO, HACIA ARRIBA Y ATRÁS.

10.- LESION DEL SENOS MAXILAR

DURANTE LA EXTRACCIÓN DE LOS MOLARES Y PREMOLARES - SUPERIORES SE PUEDE ABRIR EL PISO DEL ANTRO. ÉSTA PERFORACIÓN ADQUIERE DOS FORMAS: ACCIDENTAL O INSTRUMENTAL. - EN EL PRIMER CASO POR RAZONES ANATÓMICAS DE VICINIDAD DEL MOLAR CON EL PISO DEL SENOS Y, EN SEGUNDO, AL EFECTUARSE LA EXTRACCIÓN.

INMEDIATAMENTE SE ADVIERTE EL ACCIDENTE PORQUE EL AGUA DEL ENJUAGATORIO PASA AL SENOS Y SALE POR LA NARÍZ.

EN ALGUNOS CASOS LOS INSTRUMENTOS DE EXODONCIA (CUCARILLAS, ELEVADORES) PUEDEN PERFORAR EL PISO SINUAL, - DESGARRAR LA MUCOSA ANTRAL O ESTABLECER POR ESTE PROCEDIMIENTO UNA COMUNICACIÓN. EN OTROS CASOS LA QUE PERFORA EL SENOS AL INTENTARSE SU EXTRACCIÓN.

TRATAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN OPERATORIA. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, CUANDO LA PERFORACIÓN OBEDECE A - RAZONES ANATÓMICAS O POR INSTRUMENTOS, EL COÁGULO SE -- ENCARGA DE OBTURAR LA COMUNICACIÓN. BASTA, EN TALES CASOS, UNA TORUNDA DE GASA QUE FAVOREZCA LA HEMOSTASIS O UN PUNTO DE SUTURA QUE ACERCANDO LOS BORDES, ESTABLECE MEJORES CONDICIONES PARA LA CONTENCIÓN DEL COÁGULO.

11.- FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

OCCASIONALMENTE, DURANTE LA EXTRACCIÓN DE UN MOLAR SUPERIOR, SE SIENTE QUE SE MUEVE EL HUESO DE SOPORTE Y LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR CON EL DIENTE. ÉSTE ACCIDENTE GENERALMENTE SE DEBE A LA INVSIÓN DE LA TUBEROCIDAD DEL SENOS, QUE ES COMÚN CUANDO SE PRESENTA UN MOLAR SU--

PERIOR AISLADO, ESPECIALMENTE SI EL DIENTE ESTÁ SOBREERUPCIONADO Y UN TERCER MOLAR SUPERIOR NO ERUPCIONADO ES UNA CAUSA PREDISPONENTE AUNQUE POCO USUAL.

TRATAMIENTO.- CUANDO SE PRESENTE LA FRACTURA SE DEBE ELIMINAR EL FÓRCEPS Y LEVANTAR UN COLGAJO BUCAL MUCOPERIÓSTICO GRANDE. LA TUBEROCIDAD FRACTURADA Y EL DIENTE DEBEN SER LIBERADOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS PALATINOS POR DISECCIÓN ROMA Y LEVANTADOS DE LA HERIDA.

LOS COLGAJOS DE TEJIDO BLANDO SE APOSICIONAN CON SUTURAS, PARA VOLTEAR LOS BORDES Y SE DEJA EN SU LUGAR POR LO MENOS DIEZ DÍAS.

CONCLUSIONES

HEMOS LLEGADO AL FINAL DE ESTE TRABAJO Y ES NECESARIO QUE PRECISE LAS CONCLUSIONES A LAS QUE HE LLEGADO.

EN PRIMER LUGAR CONSIDERO QUE ES DE VITAL IMPORTANCIA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y QUE, A SU VEZ, CONSTITUYE LA BASE PARA ELABORAR UN CORRECTO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

LA HISTORIA CLÍNICA NOS PERMITIRÁ SABER EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE O, EN SU CASO, EL TIPO DE ENFERMEDADES QUE PUEDEN IMPEDIR EL INICIO DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

CUANDO, POR DIVERSAS SITUACIONES, UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DIABÉTICOS O CARDIACOS, REQUIERA UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO QUE IMPLIQUE LA APLICACIÓN DE ALGÚN ANESTÉSICO O LA EXTRACCIÓN DE ALGUNA PIEZA DENTAL SERÁ NECESARIA LA OPINIÓN DEL ESPECIALISTA.

EN CASOS DE HEMORRAGIA ES CONVENIENTE ACTUAR CON SERENIDAD Y, A SU VEZ, CON RAPIDEZ. DEBE DETECTARSE LA CAUSA Y PRECISAR LA ACCIÓN ADECUADA PARA DETENERLA.

EN LOS CASOS DE ALVEOLITIS ES CONVENIENTE EXTREMAR PRECAUCIONES Y, EN SU CASO, OFRECER EL TRATAMIENTO ADECUADO.

EN LAS EXTRACCIONES DENTARIAS TAMBIÉN SE RECOMIENDA ACTUAR CON DILIGENCIA Y CUIDADO. SIN EMBARGO, ES CONVENIENTE ESTAR PREPARADO PARA SITUACIONES IMPREVISTAS Y AJENAS A LA RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO DE TAL MANERA QUE SE ESTÉ EN POSIBILIDAD DE OFRECER EL TRATAMIENTO ADE

CUADO, PARTICULARMENTE CUANDO SE TRATE DE FRACTURAS O LUXACIONES.

EN GENERAL, PUEDE DECIRSE QUE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO NO ESTÁ EXENTO DE SITUACIONES IMPREVISTAS Y RIESGOSAS. EN ALGUNOS CASOS SERÁ POR LAS SITUACIONES PARTICULARES QUE PRESENTE EL PACIENTE PERO, EN OTROS, PUEDE SER POR DESCUIDO O NEGLIGENCIA DEL ODONTÓLOGO. ES POR ESTO QUE, INSISTIMOS, SE DEBE SER MUY CUIDADOSO Y EXTREMAR LAS PRECAUCIONES. SE DEBE ACTUAR CON RESPONSABILIDAD EN LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, EN EL DIAGNÓSTICO, EN DISEÑAR LA ESTRATEGIA ADECUADA PARA INICIAR EL TRATAMIENTO, EN EL MANEJO DE INSTRUMENTOS, EN LAS ACCIONES PRE Y POSTOPERATORIAS, EN LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO Y ESTAR PREPARADO PARA LAS CONTINGENCIAS.

APENDICE

APENDICE I

PRUEBAS DE LABORATORIO

PROBLEMAS CLINICOS	PRUEBAS	MARGEN DE VARIACION
Problemas Hemorrágicos	Pruebas Hemáticas	
	Tiempos de protombina	10-14 seg.
	Tiempo de tromboplastina	35-45 seg.
	Recuento de plaquetas	150000-300000/mm ²
	Pruebas del Torniquete	pocas Petequias o ninguna.
	Concentración de fibrinógeno	100-300 mg./100ml.
	Retracción del coágulo	Completa en veinticuatro horas.
Enfermedad de los eritrocitos	Hemoglobina	Varon 14-16 gr/100 Hembra 12-16 g/100
Anemia	Hematócrito	Varon 40-54% Hembra 37-47%
	Recuento de reticulocitos	Inferior a, 1% del recuento de eritrocitos.
Enfermedades de los Leucocitos, Leucemia Neutropenia, Mononucleosis Infecciosa, etc.	Recuento de leucocitos fórmula leucocitaria	5000 a 10000/mm ³
	Neutrófilos	54-62%
	Eosinófilos	1-3%
	Basófilos	0-1%
	Linfocitos	25-33%
	Monocitos	0-9%

PROBLEMAS CLINICOS	PRUEBAS	MARGEN DE VARIACION
Diabetes Mellitus	Prueba de la Glucemia a las 2 Hrs. de la glu cemia.	80-120mg/100mg
Diabetes o Enferme- dad Renal,	Análisis de orina Glucosa Proteína P.H. Acetona Sangre	Negativo indicios Negativo indicios 6,8,7,2 Negativa Negativa

BIBLIOGRAFIA

RIES CENTENO, GUILLERMO A;

A; CIRUGÍA BUCAL,

EDITORIAL EL ATENEO, 8A. EDICIÓN, B.A. ARGENTINA, 1979.

L. MORRIS, ALVIN Y BOHANNAN, HARRYM;

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL,

EDITORIAL LABOR,

4A. EDICIÓN, ESPAÑA, 1980.

W. BURKET, LESTER;

MEDICINA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA,

SÉPTIMA EDIFICIÓN, MÉXICO, 1980,

QUIROZ GUTIÉRREZ, FERNANDO;

ANATOMÍA HUMANA,

EDITORIAL PORRÚA, MÉXICO, 1945.

J. BASTORI, ERNESTO;

TRATADO DE EXODONCIA CON BOTADORES,

EDITORIAL MUNDI,

ARGENTINA, 1977

M. Mc. CARTHY, FRANK;

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGÍA,

EDITORIAL EL ATENEO,

3A. EDIFICIÓN, ARGENTINA, 1981.

J. DUNN, MARTÍN Y F. BOOTH, DONALD;

MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGÍA,

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO,

MÉXICO, 1980.

ROMERO GONZÁLEZ, JOSÉ DE JESÚS;
CURSO DE EXODONCIA,
U.N.A.M., MÉXICO, 1980

ROBERTS, D.H. Y SOWRAY, J.H.;;
ANALGECIA LOCAL EN ODONTOLOGÍA,
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO,
MÉXICO, 1980.