

366  
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

FALTA DE ORIGEN

TITULO:

EMERGENCIAS MAS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN AL ODONTOLOGO.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA PRESENTA:  
C. D. RAUL SAHAGUN MALDONADO.



ENERO 1989.



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## INDICE

### CAPITULO I

#### ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN CAVIDAD ORAL

|                           | Pág. |
|---------------------------|------|
| 1.1. PULPITIS             | 1    |
| 1.2. PERICORONITIS        | 2    |
| 1.3. ABSCESO PERIODONTAL  | 4    |
| 1.4. ABSCESO APICAL AGUDO | 7    |
| 1.5. ALVEOLITIS           | 11   |

### CAPITULO II

#### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL

|  |    |
|--|----|
| 2.1. LOCALES                                       | 14 |
| 2.1.1. DIENTES CARIADOS                            | 14 |
| 2.1.2. DIENTES FRACTURADOS                         | 14 |
| 2.1.3. DIENTES MOVILES                             | 14 |
| 2.1.4. DIENTES ECTOPICOS                           | 14 |
| 2.1.5. DIENTES TEMPORALES                          | 15 |
| 2.1.6. DIENTES CON PROBLEMAS ENDODONTICOS          | 15 |
| 2.1.7. DIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA   | 15 |
| 2.1.8. DIENTES SUPERNUMERARIOS                     | 16 |
| 2.1.9. DIENTES CON PROBLEMAS QUISTICOS             | 16 |
| 2.1.10. DIENTES AISLADOS                           | 16 |
| 2.1.11. DIENTES HIPERERUPCIONADOS                  | 17 |
| 2.1.12. DIENTES CON ENFERMEDAD PARODONTAL AVANZADA | 17 |
| 2.1.13. DIENTES COLOCADO EN LA LINEA DE FRACTURA   | 17 |
| 2.2. GENERALES                                     | 17 |
| 2.2.1. PROBLEMAS CARDIOVASCULARES                  | 17 |
| 2.2.2. PADECIMIENTOS NERVIOSOS                     | 18 |
| 2.2.3. ANEMIA                                      | 19 |
| 2.2.4. HEMOFILIA                                   | 19 |

|  | Pág. |
|--|------|
| 2.2.5. DIABETES  | 20   |
| 2.2.6. LEUCEMIA  | 20   |
| 2.2.7. RENALES   | 21   |
| 2.2.8. ABSCESO AGUDO A CONSECUENCIA DE CELULITIS                                     | 21   |
| 2.2.9. PERICORONITIS   | 21   |
| 2.2.10. INFECCION DE VINCENT   | 21   |
| 2.2.11. TUMORES MALIGNOS   | 22   |
| 2.2.12. DIENTES QUE HAN SIDO PERMANECIDO EN UNA REGION<br>O SEA SOMETIDA A RADIACION | 22   |
| 2.2.13. HIPERTIROIDISMO O TIROTOXICOSIS  | 23   |

### CAPITULO III

#### ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DENTAL

|   |    |
|---|----|
| 3.1. INMEDIATOS                                   | 26 |
| 3.1.1. LUXACION DE DIENTES VECINOS                | 26 |
| 3.1.2. FRACTURA DEL INSTRUMENTAL                  | 26 |
| 3.1.3. FRACTURA RADICULAR                         | 27 |
| 3.1.4. FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR              | 27 |
| 3.1.5. FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR     | 30 |
| 3.1.6. LUXACION DE LA MANDIBULA                   | 30 |
| 3.1.7. FRACTURA DE LA MANDIBULA                   | 31 |
| 3.1.8. LESION DEL SENO MAXILAR                    | 33 |
| 3.1.9. PENETRACION DE UNA RAIZ EN EL SENO MAXILAR | 33 |
| 3.1.10. LESION DE LOS TUBOS NERVIOSOS             | 14 |
| 3.1.11. PARALISIS FACIAL                          | 37 |
| 3.1.12. HEMORRAGIA                                | 40 |
| 3.1.13. SHOCK                                     | 41 |
| 3.1.14. LIPOTIMIA                                 | 42 |
| 3.1.15. EDEMA ANGIONEUROTICO                      | 43 |
| 3.2. MEDIATOS                                     | 44 |
| 3.2.1. ALVEOLITIS U OSTEITIS ALVEOLAR             | 44 |
| 3.2.2. HEMORRAGIA                                 | 45 |
| 3.2.3. HEMATOMA                                   | 46 |

|        |               |    |
|--------|---------------|----|
| 3.2.4. | OSTEOMIELITIS | 46 |
| 3.2.5. | ENFISEMA      | 46 |

## CAPITULO IV

## CUIDADOS PRE-Y POSTOPERATORIOS

|        |                               |    |
|--------|-------------------------------|----|
| 4.1.   | CONTROL DEL SANGRADO          | 49 |
| 4.2.   | FARMACOS                      | 50 |
| 4.2.1. | ANALGESICOS                   | 50 |
| 4.2.2. | ANALGESICOS LEVES             | 50 |
| 4.2.3. | ANALGESICOS MODERADOS         | 52 |
| 4.2.4. | ANALGESICOS POTENTES          | 53 |
| 4.2.5. | ANTIBIOTICOS                  | 56 |
| 4.2.6. | ANTIINFLAMATORIOS             | 62 |
| 4.3.   | INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS | 70 |
| 4.4.   | ALVEOLO                       | 77 |
| 4.5.   | COAGULO                       | 78 |
| 4.6.   | RAICES                        | 78 |

## CONCLUSIONES

## BIBLIOGRAFIA

## CAPITULO 1

### EMERGENCIAS MAS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN AL ODONTOLOGO

- 1.1. PULPITIS
- 1.2. PERICORONITIS
- 1.3. ABSCESO PERIODONTAL
- 1.4. ABSCESO APICAL AGUDO
- 1.5. ALVEOLITIS

## INTRODUCCION

Debido a la falta de educación dental en las escuelas de estudios primarios y secundarios y al miedo psicológico -- que tiene la población en general al dentista, ha originado -- qué está misma, casi en su totalidad sufra de enfermedades -- dentales y acudan a solicitar el servicio de un odontólogo -- cuando el órgano dentario ya no es posible retenerlo en la ca vidad oral. Esto a originado que cuando acuden por fin al con sultorio los órganos dentarios sean ya unas "cascaritas" por lo que el tratamiento adecuado sea la extracción.

La extracción es uno de los tratamientos más comunes y también uno de los que más complicaciones puede presentar. Es por ello que he realizado este trabajo en espera de poder ayu dar en algo a tratar de evitar toda esa clase de complicaciones que suelen presentarse.

## EMERGENCIAS MAS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN AL ODONTOLOGO

## 1.1. PULPITIS AGUDA.

Es la inflamación aguda generalizada de la pulpa.

ETIOLOGIA.- Los principales factores causantes de la -- pulpitis es la caries en la cual hay invasión bacteriana de dentina y tejido pulpar, también puede haber invasión bacteriana en el caso de fracturas dentales en la cual queda la pulpa expuesta a microorganismos bucales.

La pulpitis también se puede originar a consecuencia de una irritación química, esto sucede cuando la pulpa esta expuesta, y en el caso de pulpas intactas debajo de cavidades profundas en que por medio de los tubulos dentinarios se ha podido penetrar algún material de obturación irritativo al tejido pulpar.

Las variaciones térmicas intensivas pueden producir pulpitis, ésto es común en dientes con grandes obturaciones metálicas, en particular cuando el aislamiento entre material de obturación y pulpa es inadecuado. El calor y el frío al ser trasmitidos a la pulpa con frecuencia generan dolor y si el estímulo es prolongado e intenso, se tratará de una pulpitis verdadera.

SIGNOS.- En fases primarias en que la reacción afecta -- solo una porción de la pulpa, que generalmente es una zona que está inmediata debajo de la caries, los cambios térmicos y en especial el frío producen un dolor -- bastante intenso que se caracteriza por la persistencia, aún después de que el estímulo fue retirado. Como una gran porción de la pulpa es afectada por la formación de un absceso intrapulpar el dolor puede tornarse más in

tenso, discreto como tipo lacinante puede ser continuo y su intensidad puede aumentar cuando el paciente está acostado.

Cuando la entrada de la pulpa no es amplia, el dolor -- puede ser más intenso, porque la presión aumenta debido a la falta de salida del exudado inflamatorio y la infección se expande rápidamente produciéndose dolor y ne crosis.

Mientras que la inflamación o la necrosis no se extiende más allá del tejido pulpar, por fuera del ápice, el diente no es sensible a la percusión. Cuando las cavidades son abiertas y grandes no hay ocasión de que se origine una gran presión, por lo tanto el proceso inflamatorio no se extiende rápidamente por la pulpa, en este caso el dolor experimentado es sordo y punsatil, pero el diente sigue, teniendo sensibilidad a los cambios térmicos.

TRATAMIENTO.- Cuando la pulpitis aguda abarca la mayor parte del tejido pulpar, no hay tratamiento que pueda-- conservar la pulpa. Los dientes con pulpitis aguda pueden ser tratados mediante la obturación de los conductos radiculares con un material inerte y dependiendo -- del criterio del dentista, escogerá la técnica a seguir en el tratamiento endodóntico.

## 1.2. PERICORONITIS

Es la inflamación de los tejidos gingivales que rodean al diente y se localiza sobre el mismo, parcialmente -- erupcionado.

ETIOLOGIA.-Esta inflamación aguda se localiza general--

mente en la zona de los terceros molares, especialmente los de la mandíbula. El tejido pericoronario es clínicamente un colgajo gingival móvil descansado sobre la parcial erupción del diente, y esto proporciona un medio propicio para el crecimiento bacteriano, por la acumulación de alimentos sobre el diente y la encía que pueden desarrollar un proceso supurativo con infección e inflamación de grados variados.

En el caso de los terceros molares inferiores, la infección puede extenderse hacia el espacio pterigo provocando trismo, y esto puede también producir necrosis superficial o ulceración si el tejido agrandado se vuelve susceptible al ser traumatizado por el diente antagonista.

SINTOMATOLOGIA.-El paciente presentará dolor muy fuerte localizado en la región afectada que se puede extender hacia la garganta o hacia arriba, a lo largo de la rama de la mandíbula. Es frecuente que aparezca trismo o sea una marcada limitación a la abertura mandibular y agrandamiento de módulos linfáticos regionales y sensibilidad (Linfadenitis).- El paciente puede presentar malestar general, fiebre elevada e interferencia al deglutir.

TRATAMIENTO.- Los factores más importantes en el tratamiento de la pericoronitis son el drenaje e irrigación del fondo de sacopericoronar. Se procederá a pasar un instrumento como debajo del colgajo para poder desplazarlo hacia arriba, realizando esto, por lo general se efectuará una pequeña salida de exudado purulento desde el fondo de saco. Para que haya un mayor drenaje, en caso de que no hubiese, se procederá a incidir la mucosa que recubre el diente. Se irrigará la zona con so

lución fisiológica, con este lavado mecánico se barre la acumulación de alimentos y así facilitar el drenaje de la zona. Ya tratada la fase aguda se establecerá -- si el tercer molar inferior está en comunicación con el tejido tumefacto que rodea al diente y en la próxima cita lo recomendable es extraerlo.

Como por lo general no se presenta infección en el tercer molar, se extraerá sin ninguna complicación. Realizados estos procedimientos al paciente se le tendrá bajo analgésicos y antibióticos revisándolo continuamente para así continuar la irrigación y el tratamiento.

### 1.3. ABSCESO PERIODONTAL

Es la oclusión del cuello de una bolsa parodontal ---- preexistente.

Las bacterias se multiplican en la profundidad de la -- bolsa causando irritación hasta formar un absceso agudo con la acumulación de exudado purulento.

ETIOLOGIA.- Las causas principales son dos:

Una de las causas más comunes esta asociada con una -- bolsa parodontal profunda preexistente. Cuando existe esta bolsa se localiza cierta cantidad de supuración -- que drena constantemente desde la profundidad de la -- bolsa periodontal. Sin la porción cervical se llega a adaptar o sellarse a los tejidos marginales del diente el exudado subyacente se acumula y se circunscribe hasta que los gases y el exudado tratan de abrirse camino buscando otra vía a través del tejido perióstico y --- óseo subyacente hacia los tejidos gingivales con la --

subsecuente perforación a través de la encía.

Uno de los factores que más comunmente causan la obliteración del margen cervical de la bolsa periodontal-- es la restauración del tono tisular después del raspado cervical de la raíz.

Si este procedimiento no se efectúa eliminando los desechos calcificados más profundos dentro de la bolsa,-- la encía no podrá adherirse.

La segunda causa es la de origen traumático. Y esto-- se refiere a la impactación de cuerpos extraños dentro del surco gingival y esto a su vez provoca una exacerbación bacteriana violenta y aguda. Los objetos que pueden producir esta reacción son variados, tales como alimentos impactados, las cerdas del cepillo dental,-- astillas de dispositivos de madera para limpieza interdental.

SINTOMATOLOGIA.- El signo que comunmente se presenta-- es un dolor agudo, este dolor suele ser difuso y que se siente en todo un lado de la cara, o restringirse a un cuadrante o estar específicamente relacionado con el diente afectado. El dolor se inicia rápidamente y se vuelve progresivamente más intenso. Se puede observar movilidad en un diente o de un grupo de dientes en ocasiones es molesto a la oclusión por que el diente afectado suele chocar al ocluir. Los cambios térmicos no modifican las molestias.

En las primeras etapas del absceso parodontal no -- hay cambio de tono color y contorno gingival, pero a medida que la afectación existe un cambio definitivo-- en el color gingival que va del normal al eritemato-

so o el de la cianosis parda. El cambio de color se ve acompañado de pérdida del tono tisular, con grados-cada vez mayores de edema e hiperemia. Todo el tejido del área afectada se distenderá y volverá brillante, - por lo general no solo se ve afectado tejido marginal-sino también la encía incertada.

Se puede presentar o no exudado purulento en bolsa.

Con esta afectación dental aguda puede aparecer mani--festaciones generales con hipertemia, linfodenopatía,- localizada por malestar general.

TRATAMIENTO.- El tratamiento se determina si el absce--so está localizado o no. Si el paciente presenta in--flamación difusa y generalizada que pudiera afectar a--más de dos dientes, solo dos, por la falta de una zona localizada el tratamiento se enfocará al alivio de los síntomas.

Cuando no se puede determinar una bolsa específica co--mo la región de formación del absceso, el paciente de--berá ser sometido a antibioterapia sistemática.

El tratamiento más indicado es la penicilina. También se deberá de administrar analgésicos y que el paciente realice enjuague salinos.

En caso que el absceso no se encuentre localizado pero se puede determinar el diente afectado, se desbrida --suavemente las bolsas alrededor del mismo tratando de--eliminar todo el cálculo subgingival, y se irrija con-solución yodada.

Si el paciente se encuentra en hiperoclusión debido--

a la elevación que sufra el alveólo por la inflamación circundante, se podrá llevar a cabo un ajuste oclusal prudente para poder aliviar las fuerzas de contacto excesivas. Este ajuste no deberá ser excesivo puesto que el diente regresará a su relación oclusal normal al ceder la inflamación. Este tratamiento ofrece una gran ayuda a la disipación de los síntomas del paciente, a la vez que ayudará al desarrollo del absceso.

Cuando el absceso paradental es localizado y que se puede palpar una región fluctuante, se limpia ésta con una solución antiséptica y se procederá a anesteciar, se lleva a cabo una incisión y drenaje en el borde más inferior del área fluctuante utilizando una hoja Bard-parker del número 11. Esta incisión debe hacerse alperiostio, seguido por una suave ampliación del área de incisión con pinzas de mosquito. Esta ampliación ayuda a evacuar supuración y sangre. Es recomendable colocar una banda esteril de dique de hule en la incisión para poder tener un punto de drenaje. El tratamiento quirúrgico se lleva a cabo para poder eliminar el tejido granulomatoso involucrado dentro del absceso y pueda sanar totalmente.

#### 1.4. ABSCESO APICAL AGUDO

Es un proceso supurativo agudo o crónico de la zona periapical.

ETIOLOGIA.- Suele ser producto de una infección causada por caries e infección pulpar, también suele aparecer a causa de un traumatismo dental, lo que ocasiona necrosis pulpar; también puede originarse por la manipulación mecánica o por la aplicación de sustancias químicas durante los procesos endodónticos.

SINTOMATOLOGIA.- El absceso periapical es acompañado por el signo clásico de dolor pulsátil y de intensidad creciente, que en repetidas veces se inicia como un dolor sordo. La presión ocasionada por el absceso empuja a la raíz hacia afuera, de manera que interfiere con las excursiones oclusales y produce una respuesta dolorosa, -- por las mismas razones el diente es muy sensible a la percusión.

Generalmente no responde a las pruebas de vitalidad. Como el absceso está confinado por lo menos durante sus -- primeros estudios dentro de tejidos duros que no ceden, -- el líquido del edema tiende a acumularse en los tejidos blandos vecinos que son lazos. La cantidad de edema que se puede encontrar en el absceso depende de la circulación de la infección, la respuesta de los tejidos y otros factores. Por razones anatómicas está generalmente distribuido sobre la cara bucal del diente afectado primero en la zona que se localiza inmediatamente por encima del diente y posteriormente en los tejidos continuos. El enrojecimiento de los tejidos blandos al principio es leve, pero aumenta la intensidad al acercarse el absceso a la superficie. De igual forma la sensibilidad sobre el ápice del diente puede aparecer solo en un estadio relativamente tardío.

Las respuestas generalmente son muy variables, esto depende de la edad del paciente, la circulación de la infección y la eficacia de la inflamación para localizar el absceso. Las respuestas son generalmente piréxia, -- aceleración del pulso y malestar. Las respuestas generalmente intensas en los niños, pero estas desaparecen pronto.

En los adultos, se ha observado que la temperatura se--

eleva hasta 39 grados o más en el 40% de los pacientes, pero muchos pueden dar una respuesta muy leve. En general parece que la respuesta suele ser más intensa cuando el absceso está extendiéndose activamente y se encuentra aún contenido dentro del hueso. Cuando el exudado purulento comienza a escaparse del hueso y se exterioriza, suele haber una disminución del dolor, inflamación y de la mayoría de los síntomas.

La localización del absceso ocurre cuando el tejido fibroso lo empareda. Eso es generalmente una indicación de que la inflamación ha disminuido de intensidad y ha descendido a un estadio subagudo o crónico.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de emergencia para un diente con absceso periapical es el drenado. El uso de antibióticos no es una alternativa de tratamiento, y aunque pueden contener la infección en un determinado momento, no aliviarían al paciente de sus síntomas agudos de inmediato. Por otro lado el drenado de su inflamación aguda, ya sea a través de los tejidos blandos proporciona casi de inmediato el alivio instantáneamente.

Siempre que sea posible, el conducto deberá ser vaciado y limpiado de tal manera que se pueda llevar a cabo una salida sin obstrucciones.

Si el drenado no se lleva a cabo, o si no puede lograrse el acceso al conducto radicular, el paciente será instruido respecto al uso frecuente de colutorios calientes para favorecer la maduración. Cuando haya inflamación fluctuante de los tejidos blandos, la incisión y el drenado a través de la mucosa será esencial.

Cuando el drenado a través del diente o de la mucosa --

sea imposible, entonces se prescribirá antibioterapia para contener la infección durante la etapa aguda.

En tales enfermedades la anestesia local es muy difícil, sino imposible, y por ningún motivo deberá inyectarse analgésico local dentro de los tejidos inflamados.

Los anestésicos tópicos son útiles si se aplican copiosamente en la zona que va a ser incidida, esto se efectúa con una tornada de algodón, es importante que se deje el anestésico el tiempo suficiente para que este actúe, considerando que cinco minutos es el tiempo mínimo.

Una anestesia por refrigeración en algunas veces es útil y esto se lleva a cabo rociando el tejido con una sustancia altamente volátil como el cloruro de etilo, hasta que aparezca una zona esquemática. Este material debe usarse con mucho cuidado, debido a que sus vapores son potentes agentes anestésicos generales, la parte posterior de la garganta deberá ser protegida por medio de una compresa de gasa, para impedir y prevenir la pérdida de la conciencia, los ojos deberán cubrirse también para evitar que sean lesionados con la nebulización.

La incisión deberá hacerse cuando se tenga la presencia de pus y se dirigirá hacia el centro de la zona de inflamación más fluctuante. La incisión se hará con una hoja de bisturí Bard-parker 3 11 la cual es recta con punta filosa. Después se procederá a curetear levemente el absceso y se irrigará para después proceder a la sutura.

### 1.5. ALVEOLITIS

Es el doloroso estado post-operatorio por una extracción en la que existió desintegración del coágulo en el alvéolo dental. También se le designa alvéolo seco, alvéolo necrótico, osteitis alveolar.

ETIOLOGIA.- Es la pérdida del coágulo sanguíneo, que hace las veces de barrera protectora, del tejido óseo subyacente.

Al no existir éste, las terminaciones nerviosas quedan expuestas en la cavidad oral, produciendo dolor.

También se puede considerar como el causante del problema a cualquier estado que atente contra la formación y mantenimiento de un coágulo sano en el alvéolo.

SINTOMATOLOGIA.- Se desaparece el coágulo del alvéolo y se torna doloroso. Aparece en los primeros días que siguieron a la extracción, pero se ha visto que ha aparecido hasta una semana y más tarde luego de la extracción.

TRATAMIENTO.- Se basa principalmente en aliviar el dolor y a estimular la reparación de la herida de la extracción. Se deberá aplicar un apósito que contenga analgésico y un antiséptico.

Antes de la aplicación del apósito se procederá a limpiar el alvéolo para que no queden restos del coágulo desintegrado. Esto se hace mediante raspado suave y por irrigación. Se seca el hueso y se aplica el medicamento, de modo que éste quede en contacto directo con el hueso, y de ser posible que el apósito sea de un material reabsorbible para impedir un manipuleo constante--

en el alvéolo, de lo contrario tardaría más la recupera  
ción.

## CAPITULO 2

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL

- 2.1. LOCALES
  - 2.1.1. DIENTES CARIADOS
  - 2.1.2. DIENTES FRACTURADOS
  - 2.1.3. DIENTES MOVILES
  - 2.1.4. DIENTES ECTOPICOS
  - 2.1.5. DIENTES TEMPORALES
  - 2.1.6. DIENTES CON PROBLEMAS ENDODONTICOS
  - 2.1.7. DIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ENDODONCIA
  - 2.1.8. DIENTES SUPERNUMERARIOS
  - 2.1.9. DIENTES CON PROBLEMAS QUISTICOS
  - 2.1.10. DIENTES AISLADOS
  - 2.1.11. DIENTES HIPERERUCIONADOS
  - 2.1.12. DIENTES CON ENFERMEDAD PARODONTAL AVANZADA
  - 2.1.13. DIENTES COLOCADOS EN LA LINEA DE FRACTURA
- 2.2. GENERALES
  - 2.2.1. PROBLEMAS CARDIOVASCULARES
  - 2.2.2. PADECIMIENTOS NERVIOSOS
  - 2.2.3. ANEMIA
  - 2.2.4. HEMOFILIA
  - 2.2.5. DIABETES
  - 2.2.6. LEUCEMIAS
  - 2.2.7. REMALES
  - 2.2.8. ABSCESO AGUDO A CONSECUENCIA DE CELULITIS
  - 2.2.9. PERICORONITIS
  - 2.2.10. INFECCION DE VINCENT
  - 2.2.11. TUMORES MALIGNOS
  - 2.2.12. DIENTES QUE HAN PERMANECIDO EN LA LINEA DE RADIACION
  - 2.2.13. HIPERTIROIDISMO O TIROTOXICOSIS

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LAS EXTRACCIONES DENTALES

## 2.1. LOCALES.

## 2.1.1. DIENTES CARIADOS:

Son dientes con necrosis pulpar que no pueden ser --  
tratados, y sus complicaciones de dichos dientes.

## 2.1.2. DIENTES FRACTURADOS:

Luxados o semiluxados destrucción por caries o trau-  
matismo que alcanza a la corona clínica hasta su ---  
raíz, y que ocasiona molestias al morder y un dolor-  
muy fuerte.

## 2.1.3. DIENTES MÓVILES:

Que en la mayoría de los casos son afectados por la-  
diabetes, su causa es la alteración, de la glucosa,-  
presentando parodontopatías muy sensibles, y a la --  
vez no susceptibles a la caries.

## 2.1.4. DIENTES ECTÓPICOS:

Son aquellos cuyo alineamiento Ortodóntico no es po-  
sible efectuarlo, así como todas aquellas estructu-  
ras dentarias con retención o semiretención en los-  
maxilares que favorezcan la presencia de zonas quís-  
ticas, tumoraciones o bien traumatismos en termina-  
ciones nerviosas, la mayoría de los criterios indica  
que toda pieza retenida o semiretenida debe ser ex--  
traída. La extracción puede evitarse en aquellos ca-  
sos en que la técnica Ortodóntica logre ubicarlos en  
su sitio normal de implantación.

#### 2.1.5. DIENTES TEMPORALES:

Cuando la edad del paciente, de acuerdo con la cronología de erupción dentaria, indica la necesidad de su eliminación para permitir la normal erupción de las piezas permanentes.

Cuando ya haya hecho erupción el órgano permanente y el diente temporal persista.- Cuando se encuentren los dientes temporales como foco de infección.- Cuando existan restos radiculares primarios, los cuales van a impedir la erupción del diente o dientes por estar actuando como elemento de cuña.

#### 2.1.6. DIENTES CON PROBLEMAS ENDODONTICOS:

Por el adelanto logrado en el tratamiento de conductos radiculares, se han disminuído indicaciones de la exodoncia y han quedado circunscritos a aquellos casos en que la inaccesibilidad al diente, o de los conductos, no permite aplicar las técnicas conservadoras.

#### 2.1.7. DIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA:

En algunas ocasiones se requerirá la extracción determinadas de pieza, para un tratamiento Ortodóntico específico, esta situación debe ser evaluada y valorada por un especialista, realizando un estudio cefalométrico dependiendo del tipo de tratamiento, las piezas que más frecuentemente son sacrificadas son los primeros premolares tanto superiores como inferiores. Aunque algunos especialistas recomiendan que sean los segundos premolares los que se extraigan, debido a que los primeros premolares tienen ma-

por propiosección.

#### 2.1.8. DIENTES SUPERNUMERARIOS:

Las consideraciones estéticas a veces son más importantes que los factores funcionales. Es por esto que todos aquellos dientes supernumerarios que ocasionan daños estéticos y funcionales como el mesio-dens, peridens, paramolares, distomolares, así como dientes accesorios que no se encuentren perfectamente alineados en el arco.

#### 2.1.9. DIENTES CON PROBLEMAS QUISTICOS:

Puede existir patología en el hueso circundante que incluya al diente, el tratamiento de la patología puede requerir la extracción del diente ejemplo: Tumores y necrosis ósea.

#### 2.1.10 DIENTES AISLADOS:

Que impidan la elaboración de una prótesis. Pueden requerir la extracción de uno o más dientes para lograr el diseño o la estabilidad de la prótesis. Los dientes retenidos en zonas de soporte de prótesis, se deberán extraer o eliminar antes de la confección de la prótesis, dado lo cual debe existir un estudio radiológico de la zona edéntula, así mismo puede existir la posibilidad de que los restos radiculares fragmentados se encuentren cubiertos por mucosa y deban de ser eliminados antes de la colocación de la prótesis. Hay una excepción en este caso y es la extracción del tercer molar superior retenido en el paciente adolescente ya que las extracciones de dichos órganos dentarios pueden destruir la zona de la ruberosidad de los maxi-

lares, siendo esta zona anatómica para la elaboración de una prótesis, en este caso se deja que erupcionen-- los dientes después se les extraerá y realizará un rebase de la prótesis.

2.1.11. DIENTES AVULSIONADOS O HIPERERUPCIONADOS QUE TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS ANTAGONISTAS:

Son dientes que han perdido su antagonista, y que por lo cuál son expulsados de su alveólo, lesionando la en cia antagónica.

2.1.12. DIENTES CON ENFERMEDAD PARODONAL AVANZADA:

Dientes en que se presenta la Parodontitis y que ya no pueden tratarse, la enfermedad parodontal aguda o crónica que no sea compatible también puede ser causa de extracción.

2.1.13. DIENTES COLOCADOS EN UNA LINEA DE FRATURA

Hay que extraer algunos pero no todos los dientes que se encuentren localizados en la línea de fractura de los maxilares, esto se hace con el propósito de reducir las probabilidades de infección. Esta situación-- será básicamente al criterio del operador.

2.2. GENERALES

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

Se requiere de una consulta previa a su médico especialista porque los riesgos de la intervención aumentan-- considerablemente en estos pacientes, así mismo debe hacerse minuciosamente la historia clínica y la adecua

da elección del anestésico ya que éste, deberá ser aplicada sin vasoconstrictor, los signos y síntomas comunes son:

#### DISNEA:

La cual proviene de la debilidad del ventrículo izquierdo, es el primer signo de la insuficiencia cardíaca, y aparece únicamente después de realizar un ejercicio, otro signo de éstos enfermos son las ORTOPNEAS. En las cuales el paciente debe sentarse para poder respirar sin dificultad.

#### CIANOSIS:

Coloración cutánea azul oscura, que se debe a la pérdida de hemoglobina en la sangre venosa, estos signos son más notables en; los labios, punta de los dedos, uñas y orejas.

EDEMA CARDIACO O CIRCULATORIO: Es localizado en los pies, principalmente en los tobillos, y se presenta al término del día.

#### 2.2.2. PADECIMIENTO NERVIOSOS:

Menstruación.- Esta no es un contraindicación absoluta para efectuar extracciones normales. En mujeres que padecen irritabilidad mental y física en éste período o anomalías como Hemorragia o dismenorrea se pueden presentar hemorragias prolongadas o graves durante la intervención o inmediatamente después de ella, difíciles de cohibir. Es por ésto que nos abstendremos de efectuar extracciones en este tipo de pacientes.

Embarazo.- No es una contraindicación absoluta pero en el caso de que se haya tenido algún (os) aborto (os) deberá hacerse un interrogatorio de las causas que llevarón a éstos abortos, para determinar si se efectua o no la intervención quirúrgica y con la cooperación de su ginecólogo. A éste tipo de paciente embarazadas no se les debe administrar tetracilina, ni tampoco se les puede intervenir en los primeros tres meses, ni en los últimos tres meses de embarazo.

Neuróticos.- Por la dificultad para trabajar con este tipo de pacientes se requiere el remitirlos al especialista, puesto que habría necesidad de premedicarlos y hospitalizarlos, por su alteración nerviosa son propensos a las náuseas y al vómito, además disponen de muy poca colaboración.

Tuberculosis Pulmunar.- Es difícil intervenir a este tipo de pacientes pues la saliva contiene microbios de la tuberculosis, y pudiera ser posible que estos penetrasen en el alvéolo y a su vez ocasionan tuberculosis del hueso.

### 2.2.3. ANEMIA:

Es un empobrecimiento en la sangre, ya sea cualitativo o cuantitativo, del contenido de hemoglobina.

### 2.2.4. HEMOFILIA:

Es la enfermedad hemorrágica más difícil de tratar, --- siempre es hereditaria, pero no siempre son hemofílicos los pacientes que tienen antecedentes de hemorragias - en la familia.

Consiste en un defecto sanguíneo congénito que se --- transmite por medio de la descendencia femenina a la masculina, la coagulación sanguínea se encuentra imperida o muy retardada. Las personas hemofílicas deben tratarse antes, durante, o después de cualquier intervención quirúrgica, debe ser en hospitales donde se - les proporcionen todos los medios necesarios a éstos-enfermos.

#### 2.2.5. DIABETES:

Es un trastorno crónico producido por la disfunción--pancreática, se caracteriza por no haber metabolismo--de los hidratos de carbono y la alteración de glucosa en la sangre.

Sus signos y síntomas son: Astenia o Adinamia, polipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso visión bo--rrosa, prurito vulvar, movilidad dentaria muy marca--da, retardo en la cicatrización. Es un paciente muy--propenso a las infecciones, hay presencia de úlceras--gingivales, parodontopatias muy marcadas, alitosis.

#### 2.2.6. LEUCEMIA:

No hay que efectuar extracciones dentales a menos que--sea necesario si es así, se deberá hospitalizar al pa--ciente por el peligro de hemorragias copiosas presenta--bles en la intervención; las lesiones bucales se vuel--ven más notables y algunas veces más destructoras des--pués de las extracciones en estos pacientes. Las ulce--ras gingivales. la hipertrofia, las hemorragias pueden--ser indicio para su diagnóstico. Su etiología es des--conocida, se caracteriza por un aumento de leucocitos--en la sangre.

### 2.2.7. RENALES:

Cardiopatías reumáticas.- Estas pueden ser agudas o crónicas como: arteriopatía coronaria, hipertensión, y descomposición cardiaca y pueden complicar la exodoncia, las enfermedades renales requieren de la aplicación del antibiótico adecuado.

### 2.2.8. ABSCESO AGUDO CONSECUENCIA DE CELULITIS:

La infección aguda con celulitis no controlada, deberá combatirse de una manera para que no se extienda a un más. El paciente puede presentar toxemia que trae a consideración la complicación de factores generalizados. Se extrae el diente siempre y cuando no peligre la vida del paciente.

### 2.2.9. PERICORONITIS:

Se maneja más conservadoramente que las otras infecciones debido a que la fiebre bacteriana mixta se encuentra en el área, el hecho de que el área del tercer molar tenga un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos del cuello, su extracción es muy complicada e incluye osteosección.

### 2.2.10. INFECCION DE VICENT:

También llamada estomatitis infecciosa, deberá ser eliminada antes de realizar cualquier intervención quirúrgica, habrá casos como en los abscesos dentoalvéolares agudos, en los que exige la extracción dentaria.

### 2.2.11. TUMORES MALIGNOS:

Los encontramos en su etapa primaria, pueden pasar por el torrente sanguíneo a través de la saliva que deje en el avéolo después de la extracción, estas extracciones deben ser autorizadas por su médico particular. Si se sospecha su existencia quedan contraindicadas las extracciones dentales, pues el traumatismo que causan tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y extensión del tumor.

si se indican las extracciones deberá recibir una terapéutica de radiación para el ataque o tumor amaligno-- esto se hace para evitar hasta donde sea posible el riesgo de una infección en el hueso, el cual ha sido-- expuesto a la radiación.

### 2.2.12. DIENTES QUE HAN PERMANECIDO EN UNA REGION OSEA SOMETIDA A RADIACION:

Dientes que han permanecido en una formación ósea y -- radiada, deberán extraerse sólo como último recurso y -- después de haber explicado detalladamente las consecuencias, y si los dientes tienen que ser extraídos es aconsejable consultar con el radiólogo que administró la radiación, pues en la mayoría de los casos a extracciones les sigue la infección al hueso, incluso después de terapéuticas antibióticas debido a la avascularidad que sigue a la radiación, esta infección va seguida de osteomielitis de progreso lento, la cual es -- dolorosa e imposible de controlar, excepto por amplias resecciones a la totalidad del hueso irradiado, por lo que podemos decir que es muy peligroso y a la vez riesgoso extraer dientes después de exposiciones a radiaciones. El previo tratamiento de radiación sobre los--

maxilares es una contraindicación para la extracción dentaria.

Los dientes dañados deberá ser extraídos previos al tratamiento de radioterapia. Sin embargo si se conservan estos dientes abscesados en los maxilares irradiados es malo.

Por lo cual debe sugerirse al paciente, que se hospitalice, y administrar dosis masivas de antibióticos.

Antes de realizar una extracción en maxilares irradiados es conveniente llevar a cabo profilaxis bucales, en contrario puede llegar a provocar un fenómeno denominado Osteo-Radio-Necrosis, en el cual el paciente presenta la destrucción de grandes segmentos del maxilar, infecciones grandes del hueso y de los tejidos blandos, en casos muy severos la muerte del paciente.

#### 2.2.13. HIPERTIROIDISMO O TIROTOXICOSIS

Es un síndrome que resulta de la superproducción de hormona tiroidea por la glándula tiroides.

Cuando aparecen exoftalmos (prominencia en los ojos) y los signos oculares relacionados con él, junto al hipertiroidismo y agrandamiento del tiroides, se conoce a este síndrome como Rocío Tóxico o enfermedad de Graves. La causa de este proceso es desconocida.

Los signos y síntomas son: ojos prominentes e inclinados, mirada fija característica, piel caliente y húmeda, temblor manifiesto en los dedos y en la lengua, aumento de la transpiración e intolerancia al calor, cabello fino y suave, agrandamiento de la glándula ti

roides, irregularidades menstruales, diarrea, aumento de la tensión nerviosa, irritabilidad y actividad motora.

A menudo los enfermos se quejan de pérdida de peso a pesar de un gran apetito. Con frecuencia se asocian al hipertiroidismo irregularidades cardíacas, como es la fibrilación auricular y muchos de estos enfermos presentan descompensación e insuficiencia cardíaca.

Los niños con hipotiroidismo presentan un rápido desarrollo y crecimiento de todo el sistema esquelético, incluyendo los dientes y los maxilares.

Una manifestación bucal del hipotiroidismo es la osteoporosis del cráneo y de los maxilares de diverso grado. En la tirotoxicosis extrema la desmineralización puede ser extensa, con una rápida resorción del hueso alveolar.

Los enfermos jóvenes pueden presentar una caída prematura de los dientes de leche y una erupción precoz de la dentición definitiva. Se han escrito casos de niños eutiroides nacidos de madres hipertiroideas, que ya tenían dientes al nacer. Los dientes son de tamaño normal y consistencia normal.

Muchos enfermos presentan destrucción dental precoz y enfermedad periodontal. En algunos casos se han descrito una gingivitis hemorrágica. Los restantes tejidos blandos de la boca no se afecta, pero puede apreciarse temblor lingual.

Los focos de infección bucal pueden agravar los síntomas generales del hipertiroidismo, es por esto que es una de las contraindicaciones de la extracción.

## CAPITULO III

## ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DENTARIA

- 3.1. INMEDIATOS
  - 3.1.1. LUXACION DE DIENTES VECINOS
  - 3.1.2. FRACTURA DEL INSTRUMENTAL
  - 3.1.3. FRACTURA RADICULAR
  - 3.1.4. FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR
  - 3.1.5. FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR
  - 3.1.6. LUXACION DE LA MANDIBULA
  - 3.1.7. FRACTURA DE LA MANDIBULA
  - 3.1.8. LESION DEL SENO MAXILAR
  - 3.1.9. PENETRACION DE UNA RAZ EN EL SENO MAXILAR
  - 3.1.10. LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS
  - 3.1.11. PARALISIS FACIAL
  - 3.1.12. HEMORRAGIA
  - 3.1.13. SHOCK
  - 3.1.14. LIPOTIMIA
  - 3.1.15. EDEMA ANGIONEUROTICO
- 3.2. MEDIATOS
  - 3.2.1. ALVEOLITIS U OSTEITIS ALVEOLAR
  - 3.2.2. HEMORRAGIA
  - 3.2.3. HEMATOMA
  - 3.2.4. OSTEOMIEELITIS
  - 3.2.5. ENFISEMA

### 3.1. INMEDIATOS.

#### 3.1.1. LUXACION DE DIENTES VECINOS:

Esté accidente se presenta al transcurrir la presión ejercida sobre el fórceps o los elevadores a los dientes vecinos y/o antagonistas, los cuales resultan lesionados variando desde la fractura de la corona por encontrarse debilitada a causas de procesos cariosos o por obturaciones sumamente amplias, hasta desalojarlos de los alvéolos.

El tratamiento se va a planear de acuerdo al problema en caso de fractura coronaria se procedera a reconstruir la parte dañada y en caso de haber movilizado, se tratará de mantener al diente en su sitio por medio de una férula, si se ha logrado el desplazamiento total del diente hay que revisar si es conveniente el reimplante o dejarlo fuera definitivamente.

#### 3.1.2. FRACTURA DEL INSTRUMENTAL

Por lo general la ruptura se produce cuando la aguja atraviesa el periostio o un músculo, provocado por un movimiento brusco de la cabeza del pacientes, si a pesar de las debidas precauciones se produce este accidente, existen muchas opiniones sobre si hay que dejar el fragmento o debe de extraerse.

Se debe informar al paciente de lo ocurrido asegurando le y teniendo la certeza después de haber checado clínicamente y radiográficamente que esa aguja, no va a emigrar de su sitio, no va a producir problemas y la logramos palpar y observar, debemos mantener al pa--

ciente tranquilo sin que deba moverse, si el fragmento sobresale, hay que intentar extraerlo con una pinza de curación, o con el instrumento más apropiado que se -- tenga a la mano, si el fragmento no sobresale, y la -- mucosa que lo cubre es bastante laxa, bastará hacer -- una incisión perpendicular al fragmento que palpamos -- lo que nos permitirá extraerlo sin dificultad.

Si ya logró mayor profundida y la mucosa que lo cubre es resistente y si no es posible palparlo deberá hacer se uso de los rayos X, dependiendo del caso, se recomendará intervenir o remitirlo al Cirujano.

### 3.1.3. FRACTURA RADICULAR.

La fractura del diente es el accidente más frecuente - en exodoncia en el transcurso de la extracción al apli carse el fórceps indebidamente y al efectuar los movi mientos de luxación.

La corona y parte de la raíz se fracturan sobre todo - en dientes debilitados por procesos cariosos o anoma -- lias radiculares, producida la fractura nuestra obliga ción es extraer la porción radicular que quedo dentro del alvéolo a causa del traumatismo se provocan desgarr es en la encía y se desplazan esquirlas óscas, las - cuales hay que extraer posteriormente.

### 3.1.4. FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR;

Las características más frecuentes que se observan en las fracturas de los huesos alveolares son las siguien tes:

Cuando hay dientes, la localización mas frecuente es -

la parte anterior de la mandíbula y del maxilar. Muchas veces faltan el dolor y la tumefacción, y cuando existen, no son muy importantes.

No siempre hay laceraciones de la piel y la mucosa. La oclusión es normal, amén que los dientes estén luxados, parcialmente separados o impactados.

Puede haber conminución del hueso alvéolar pero casi nunca es observable en las radiografías. La radiografía periapical, muestra la fractura en dos dimensiones

Para averiguar si la fractura es completa o incompleta es mejor la manipulación digital.

El tratamiento de las fracturas alvéolares se dirige a la conservación e inmovilización de los dientes de la región, por medio de ligaduras con alambre, "stents bien adaptados o ambas cosas".

Pero es difícil predecir el pronóstico de los dientes son inservibles, deben conservarse durante el período de curación para evitar la pérdida de una base importante para un posterior tratamiento con una prótesis -

En los casos en que los fragmentos alvéolares estén muy desplazados o impactados, puede ser necesaria una reducción cruenta.

Entre los principales tipos de fractura debemos tomar en cuenta los siguientes:

- 1.- **FRACTURA COMPLETA:** Es aquella en la que se producen dos o más fragmentos.

- 2.- **FRACTURA SIMPLE:** Es aquella en la que no hay comunicación entre el hueso fracturado y el exterior.
- 3.- **FRACTURA ABIERTA:** Es aquella en la que a consecuencia del desgarre de los tegumentos, se forma comunicación entre el tipo de lesión ósea y el exterior.
- 4.- **FRACTURA MULTIPLE:** Es aquella cuando en el mismo hueso hay dos o más fracturas intencientes.
- 5.- **FRACTURA COMPLICADA:** Es aquella que va acompañada de lesiones graves de las partes contiguas.
- 6.- **FRACTURA CONMINUTA:** Es aquella en la que el hueso ha quedado reducido en varios fragmentos o esquirlas.
- 7.- **FRACTURA ESPONTANEA:** Son fracturas que ocurren -- sin violencia externa, y se originan por una de -- las causas predisponentes ya mencionadas.
- 8.- **FRACTURA CON IMPACTACION:** Es el tipo de fracturas en las que un fragmento penetra y se incrusta en -- otro.
- 9.- **FRACTURA INCOMPLETA:** Es aquella en la que se rompe un lado del hueso, y el otro se rompe como un -- rama, se observa principalmente en los niños y en -- los huesos con calcificación defectuosa.
- 10.- **FRACTURA ALVEOLAR:** Es la fractura de la apófisis alvéolar sin lesionar alguna otra parte de los huesos maxilares.

11.- **FRACUTRA DE ESQUIRLA:** Es aquella en la que se desprende un pequeño fragmento óseo, como sucede en la lámina alvéolar durante la extracción.

### 3.1.5. FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR:

Ocasionalmente durante la extracción de un molar superiores se siente que se mueve el hueso de soporte y la -tuberosidad del maxilar con el diente. Esté accidente generalmente se debe a la invasión de la tuberosi--dad por el seno, que es común cuando se presenta un mo--lar superior aislado, especialmente sí el diente está--sobrerupcionado. La germinación patológica entre un--segundo molar erupcionado, y un tercer molar superior--no erupcionado es una causa predisponente aunque poco--usual.

Cuando se presenta la fractura, se debe eliminar el --fórceps y levantar un colgajo bucal mucoso superiostico--grande. La tuberosidad fracturada y el diente deben --ser liberados de los tejidos blandos palatinos por di--sección roma, y levantados de la herida. Los colgajos de tejido blando se aposicionan con suturas de colcho--nero que volotea los bordes, y se deja en su lugar por lo menos de 10 a 15 días.

### 3.1.6. LUXACION DE LA MANDIBULA:

Es la salida total o parcial del condilo de la cavidad glenoidea, puede ocurrir por la abertura exagerada, el bostezar, el reír, o vomitarse, también las artritis --crónicas causadas por las mal oclusiones pueden tener--como consecuencia esté tipo de luxación, así como in--tervenciones largas y prolongadas, como la extracción--de terceros molares retenidos. Esté problema lo pue--

de solucionar el Cirujano Dentista de la siguiente manera, el paciente debe de estar sentado lo más abajo posible con la cabeza apoyada firmemente en el cabezal, y el operador deberá colocarse por delante del paciente, colocar los dedos pulgares sobre las caras oclusares de los molares y los demás dedos sujetando el borde inferior del cuerpo de la mandíbula, a continuación se procederá a verificar los siguientes movimientos; se forza la apertura de la boca haciendo presión hacia abajo, después de un movimiento hacia arriba -- y hacia atrás, nos ayudaremos con el empleo de anti-- inflamatorios, así como compresas humedo calientes.

### 3.1.7. FRACTURA DE LA MANDIBULA:

Entre las características y signos más frecuentes de las fracturas mandibulares se encuentran las siguientes:

La mandíbula es el hueso de la cara que se fractura -- más fácilmente. A causa de la forma en "U" de la mandíbula, en un traumatismo directo pueden producirse -- fracturas bilaterales, por ejemplo: La zona de premolares, y el cuello del cóndilo del lado opuesto, o ambos cuellos de los cóndilos pueden sufrir fracturas, -- bilaterales a consecuencia de un traumatismo directo.

El edema depende generalmente de la fuerza de impacto y del grado de desplazamiento de los fragmentos.

Hay dolor a la palpación sobre la zona de la fractura -- y a la masticación. En los casos de fractura completa hay una reducción manifiesta de la fuerza masticatoria hay un aumento de la salivación y del babeo y puede -- apreciarse un habla lenta.

La oclusión de los dientes está alterada, aunque el enfermo puede apreciarlo sólo en los casos de oclusión posterior prematura en las fracturas subcondíleas.

La movilidad de los fragmentos puede apreciarse agarrando firmemente la mandíbula por ambos lados, por debajo de la altura de los dientes.

Muchas veces la crepitación en el lugar de la fractura más palpable que audible.

Cuando hay una fractura del cóndilo, durante los movimientos de apertura y cierre de la mandíbula, no se puede palpar la cabeza del cóndilo mediante un dedo introducido en el oído externo.

El desplazamiento de los fragmentos depende de la dirección tridimensional de las líneas de fractura y de la fuerza con que tiren los músculos.

La clave del tratamiento es un buen cierre de la boca. En la mandíbula sin dientes se restauran los arcos con una satisfactoria relación centrada y se mantiene una oclusión correcta durante un período adecuado (4 a 7 - semanas) mediante una fijación intermaxilar.

Las prótesis parciales o completas pueden convertirse en "stents" quirúrgicos y fijarse mediante alambres circunferenciales o transóseos. Pueden conservarse los dientes de la línea de fractura para facilitar el tratamiento y muchas veces pueden ser útiles para evitar una reducción cruenta.

Cuando no puede conseguirse una reducción cerrada de los fragmentos, puede emplearse una reducción quirúrgi

ca, intraoral o extraoral, si se emplea una fuerza excesiva o incorrecta, o si bien han existido cambios -- patológicos que hayan debilitado la mandíbula.

No debe utilizarse la fuerza excesiva para extraer un diente, si no cede con la presión moderada, debe buscarse la causa y remediarla.

La mandíbula puede estar debilitada por Osteoporosis - senil, atrofia, osteomielitis, radioterapia previa, u osteodistrofias, como osteitis deformante, displasia - fibrosa, o fragilidad ósea, los dientes no erupcionados, quistes, hiperparotiroidismo o tumores pueden ser causas predisponentes a la fractura.

En cualquiera de estas condiciones la extracción puede - ser intentada después de una observación cuidadosamente y ayuda radiográfica y de la construcción preoperatória de férulas.

### 3.1.8. LESION DEL SENO MAXILAR:

La lesión del seno maxilar es un accidente que puede - presentarse en cualquiera de las siguientes condiciones; Perforación de la mucosa sinusal, Penetración o -- proyección de algún instrumento, Proyección y permanencia de alguna raíz o un diente completo dentro del seno maxilar, todo esto se puede deber al empleo de -- técnicas operatorias inadecuadas, como causa predisponente se puede citar la amplitud del mismo, y la vecindad que tiene con las raíces de algunos dientes como - premolares y molares superiores.

### 3.1.9. PENETRACIÓN DE UNA RAIZ EN EL SENO MAXILAR:

Cuando la raíz o diente ha quedado cerca de su alvéolo original se efectúa una exploración de la zona, teniendo mucho cuidado para no introducir más el cuerpo en cuestión, si no es posible extraerlo por medio de algún instrumento que tengamos a la mano se procederá a ampliar la comunicación entre el alvéolo y el seno maxilar, para que de ésta manera se pueda extraer el cuerpo extraño.

Una vez logrado esto se tratan de afrontar los tejidos blandos para ver la cantidad de hueso y así saber la cantidad de lámina externa e interna que hay que eliminar; Esto nos permitirá el afrontamiento de los colgajos y poder lograr nuestra sutura, facilitando así la cicatrización del mismo.

Cuando la raíz ha quedado más arriba, la vía de acceso será la vestibular trazando dos incisiones convergentes que van del surco vestibular hasta el corte libre de la encía.

Al levantar el colgajo, ayudado por los Rayos X, vamos a determinar a que altura se encuentra la raíz, hecho esto se practican unos trepanos (con unos puntos que se hacen con una fresa en el hueso), los cuales se van a venir posteriormente entre sí para poder lograr la ventana ósea y a expensas de la cual vamos a extraer la raíz o el diente; Una vez logrado esto hacemos la asepsia lo más perfecto posible y procedemos a suturar, al mismo tiempo administramos antibióticos y anti-inflamatorios como medida postoperatoria preventiva.

Cuando ya el diente se ha proyectado en el seno, o-

sea que está demasiado arriba y es bastante grande, - lo correcto es remitirlo al Cirujano.

La raíz palatina desplazada al seno, generalmente es la de un premolar o molar superior, así mismo la presencia de un seno maxilar grande es un factor predisponente, pero la incidencia de esta complicación se puede reducir grandemente.

Nunca se debe aplicar el fórceps a un diente o Raíz-superior posterior si no hay suficiente superficie - expuesta tanto palatina como bucal. Para permitir-- que los bocados se coloquen bajo la visión directa - del operador, si no es posible eliminar la raíz palatina del molar superior se debe de dejar el tercio - apical, si está se retiene durante la extracción con fórceps y no podemos extraerla.

A menos que sea una indicación positiva para retirarla. No se debe intentar remover una raíz superior-- fracturada pasando instrumentos por arriba del alvéolo. Si está indicada su remoción, en nuestra ventanna ósca colocaremos un elevador arriba de la superficie fracturada de la raíz, para que toda fuerza aplicada a la raíz tienda a retirarla del seno, 'y dirigir la hacia abajo y afuera del antro.

### 3.1.10 LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS (PARESTESIA):

Es un adormecimiento de una determinada parte del --- cuerpo con sensación de hormigueo, quemadura, pinchazo, frialdad o prurito.

La parestesia de la segunda o tercera rama del trige-

mino es un problema postoperatorio ocasional, afortunadamente el pronóstico para el tratamiento es bueno y su recuperación por lo común es sencilla, la técnica de la inyección es a veces la responsable de ocasionar daño a los troncos nerviosos, también puede darse a trastornos circulatorios, a la comprensión de un vaso de relativo calibre, al histerismo y enfermedades del cerebro.

Existe la formación de hematoma por el tratamiento de la inyección que comprende la gran mayoría de las complicaciones locales, la técnica supraperiostica puede provocar edemas, dolor persistente, abscesos y ulceraciones ligeras en el punto de inserción de la aguja.

La perforación de los vasos se manifiesta por la aparición de hematoma que consisten en la difusión de sangre siguiendo planos musculares, se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de coloración de la piel vecina que dura varios días, misma que desaparece varios días después, generalmente entre 8 y 9 días.

La aparición de hematoma es más frecuentemente en la arteria alvéolar.

La acumulación de sangre puede llegar a inyectarse produciendo dolor, fiebre intensa y reacción ganglionar, en estos casos es útil colocar bolsas con hielo para disminuir el dolor y la inflamación, en algunos casos es necesario hacer una incisión con bisturí para ayudar a que drene la secreción purulenta.

### 3.1.11. PARALISIS FACIAL:

La parálisis facial es de comienzo brusco, sin causa conocida, es denominada. "Parálisis de Bell" y es la causa más frecuente de debilidad de los músculos de la expresión facial.

La parálisis de Bell puede presentarse en personas -- de todas las edades, pero parecer ser más frecuente -- en los adultos jóvenes, Los varones se afectan con -- mayor frecuencia que las damas. La frecuencia de a-- afectación de cada lado de la cara es aproximadamente -- la misma.

El comienzo de la parálisis de Bell es agudo. La parálisis facial es casi siempre unilateral y a menudo -- se acompaña de dolor en el interior del oído, hacia -- la región mastoidea o alrededor del ángulo del maxil-- lar.

Pueden existir antecedentes de exposición al frío o -- de una infección respiratoria alta antes del comienzo de la debilidad facial, pero en la mayoría de los ca-- sos existen causas predisponentes apreciables.

Están igualmente afectados los músculos de la región -- superior y de la inferior de la cara. Las arrugas --- de la cara están atenuadas y es imposible arrugar o -- elevar las cejas, debido a la parálisis del músculo -- frontal.

También están borradas los pliegues normales alrede-- dor de los labios y nariz, y la abertura palpebral es más ancha de lo normal. La parálisis de los músculos--

orbitales hace imposible cerrar los ojos, cuando el enfermo se esfuerza para cerrarlos el globo ocular se desvía hacia arriba.

Si intenta sonreír, los músculos faciales inferiores son estirados hacia el lado opuesto al de la parálisis. La mejilla se hincha al respirar; los alimentos y la saliva tienden a estancarse entre los dientes y la mejilla.

El enfermo no puede enseñar los dientes, fruncir los labios o silbar. Puede haber perdido el sentido del gusto, que afecta a los dos tercios anteriores de la lengua, y en casos raros puede haber intensificación de la audición cuando la parálisis también afecta al músculo estapedio. Falta el reflejo corneal como consecuencia de la parálisis del músculo orbicular de los párpados.

Se demuestra la sensibilidad corneal normal por la contracción palpebral en el lado no paralizado.

La parálisis facial debida a una lesión del cerebro, suele acompañarse de otros signos de lesión de la corteza cerebral y en ella no están afectados los músculos de la frente y del párpado superior. La debilidad facial debida a la parálisis de Bell afecta todos los; en la parálisis debida a una afección cortical existe disociación entre los movimientos faciales emocionales.

Las concentraciones efectuadas por orden pueden ser mayores o menores que las que se producen cuando el enfermo sonríe o ríe.

En casos raros la parálisis facial puede ser debida a una lesión del ganglio ótico y geniculado por el virus del herpe zoster.

En esta afección la parálisis facial se acompaña de una erupción cutánea que afecta a la membrana del tímpano y el conducto auditivo externo.

En la mayoría de los enfermos con parálisis de Bell se obtiene un restablecimiento parcial o completo al cabo de algunas semanas. Si el restablecimiento es parcial, aparecen contracturas en el lado paralizado y en un examen superficial, parece existir debilidad de los músculos faciales del lado sano.

La regeneración anormal del nervio durante el restablecimiento puede ocasionar unos movimientos faciales asociados anormales o una secreción anormal, como contracciones de los labios cuando el enfermo parpadea o lagrimea cuando las glándulas salivales son estimuladas en la comida.

No existe tratamiento específico de la parálisis de Bell. Los masajes y la estimulación eléctrica de los músculos paralizados se dirigen a mantener el tono muscular durante el período paralítico.

Deben tomarse medidas para proteger el ojo expuesto cuando el enfermo no puede cerrarlo. En ciertos casos pueden estar indicadas las intervenciones quirúrgicas, como la descompresión del nervio facial o la anastomosis del nervio facial al hipogloso.

Los síntomas más frecuentes que encontramos son:

1.- Caída del parpado o incapacidad de oclusión ocular.

2.- Caída y desviación de los labios.

Este tipo de parálisis es pasajera y tarda en desaparecer lo que el anestésico tarda en eliminarse, por lo general pasa desapercibido para el paciente pero sí es advertido por el profesionalista.

La parálisis facial puede ser central o periférica, dependiendo de la lesión, si está situada antes o después de su salida de la médula oblongada.

La parálisis facial periférica es originada por lesiones maxiliares y se corrigen, algunas veces, aplicando corriente eléctrica; Cuando hay reacción muscular y debilitamiento de los músculos, conviene emplear corriente eléctrica lentamente, así mismo suprimir todo foco de infección de los órganos dentarios o en los senos nasales accesorios, con el fin de mejorar el estado general del paciente y acelerar su convalecencia.

### 3.1.12. HEMORRAGIA:

La hemorragia excesiva puede complicarnos la extracción de dientes: Por lo tanto debemos averiguar si existe historia previa de sangrado y obtener todos los detalles acerca de cualquier episodio hemorrágico previo: Interesarse en el tiempo de inicio del sangrado de la extracción, su duración, abundancia así como de las medidas necesarias para combatirla.

Si nuestro paciente tiene una historia familiar, pre-

via de hemorragias post-operatoria, es conveniente -- limitar el número de dientes que se vayan a extraer-- en la primera visita, hay que suturar los tejidos --- blandos y observar el progreso post-operatorio.

Si todo marcha bien aumentaremos nuestras cirugías -- gradualmente. El flujo constante de sangre durante -- la operación nos entorpece la visión y hace difícil -- la extracción.

Nos podemos ayudar con gasa o por medio del uso de un ejetor. Un sangrado más abundante podemos controlar lo por presión con una gasa con solución salina nor-- mal por un tiempo de dos minutos.

Hay ocasiones en las cuales el sangrado puede deberse a la ruptura de un vaso mayor, entonces hay que levan-- tarlo y sujetarlo con una pinza hemostática.

### 3.1.13. SHOCK:

Es también conocido como colapso circulatorio, es un estado de profundo quebrantamiento con declinación -- brusca e intensa en todos sus funciones vitales que a menudo conduce a la muerte.

Se podría definir como un transtorno en todas las fun-- ciones orgánicas caracterizadas por el entorpecimien-- to de las facultades mentales, de la sensibilidad, de-- presión circulatoria - con gran descenso de la pre--- sión sanguínea, respiración irregular, temperatura -- subnormal.

Existen varios tipos de shock, el que más nos intere--

sa es el shock anafiláctico, que se puede definir; - como la reacción violenta y a veces fatal que produce la ceguera, por dosis de algún medicamento que sensibilizó al paciente la primera vez que se administró - sus principales síntomas son:

- a).- Piel pálida con diaforesis.
- b).- La presión sanguínea disminuye.
- c).- El pulso se acelera y se vuelve débil.
- d).- La respiración es superficial.
- e).- Ansiedad.
- f).- Sobreviene la pérdida del conocimiento.

Su tratamiento adecuado es:

Colocar al paciente en posición de Tren de Lem Brug, - aflojar las ropas que obstruyan la circulación, se -- hace la aplicación de drogas que aumenten la tensión arterial como es el caso de la adrenalina, también se puede utilizar la transfusión de sangre o plasma, así como frotados calientes para elevar la temperatura -- corporal.

### 3.1.14. LIPOTIMIA:

Es la pérdida repentina y temporal del conocimiento - así como de la sensibilidad, como consecuencia de una anemia cerebral consecutiva de descanso rápido de la tensión sanguínea, generalmente tiene su origen en la depresión de la acción cardiaca causada por alguna -- acción o factor del medio, en el caso que nos ocupa -

generalmente es el stress.

Sus principales síntomas son:

Piel pálida con sudoración, dificultad visual, sumbido de oído, mareos, conducta insegura, en algunas ocasiones nauseas, y el pulso acelerado.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición de Tren de Lem Brug, con el objeto de que exista mayor aporte sanguíneo al cerebro, hay que aflojarle las ropas que puedan ejercer cierta presión al cuerpo, y por lo tanto dificultad de la respiración así como de la circulación.

En algunos casos beneficia bastante darle al paciente a que inhale sales amonicales, alcohol, o la ingestión de bebidas calientes como café o té.

### 3.1.15. EDEMA ANGIONEUROTICO (Urticaria gigante, ronchas gigantes).

Es una manifestación alérgica al anestésico y otros que se presentan en la boca o en sus contornos inmediatos.

El acumulo de líquido puede ser generalizado y afectar a la mayor parte de la cara o de la boca, o ambas. A menudo, la reacción edematosa está localizada en sitios de tejido específico, como los párpados, lalabios, lengua, mucosa labial, etc., los cuales pueden tener importancia decisiva en el diagnóstico.

El signo clínico más manifiesto del edema angioneuro-

tico afectados, debido a la acumulación de líquido. - Los tejidos engrosados suelen ser de color normal: en algunos casos son pálidos o incluso pueden aparecer - ligeramente enrojecidos.

La palpación demuestra cierto grado de dureza, aunque a veces la región afectada aparece blanda, lo cual -- indica que la acumulación de líquido está localizada superficialmente.

En la mayoría de los casos de edema angioneurótico de los tejidos bucales no constituyen una amenaza para - la vida del enfermo, ya que, una vez que se ha sospechado el diagnóstico, la determinación y eliminación del antígeno o alérgeno causante del trastorno van -- seguidas de la rápida disminución o desaparición del edema, a menudo en 12 ó 24 horas.

El algún caso la duración es mayor especialmente cuando existen dificultades para identificar al alérgeno.

### 3.2. ACCIDENTES MEDIATOS:

#### 3.2.1. ALVEOLITIS U OSTEITIS ALVEOLAR:

También se le conoce con el nombre de alvéolo seco, - alvéolo doloroso, osteomielitis localizada, que es en realidad la cicatrización en falso que se acompaña -- de dolor, el cual puede variar desde leve hasta desesperante.

La técnica para el tratamiento consiste en anestesiar primeramente al paciente, limpiar los restos del coagulo, así como restos alimenticios del alvéolo, utilizando una cucharilla o pinza de curación envuelta en-

torunda de algodón.

Luego se hará un lavado a presión con agua bidestilada o solución de suero fisiológico, empleado para ello -- una jeringa hipodérmica con aguja, la cual llevaremos hasta la región periáfrica.

Esto se hace con el fin de eliminar todo el tejido necrosado o contaminado, después se colocará en el alveolo una esponja, de fibrina (Gelfoam), para posteriormente cubrirlo con una mezcla sólida de Wonderpack, -- o bien Zoe.

### 3.2.2. HEMORRAGIA:

La causa más común es la ruptura de un vaso, aunque -- existen ocasiones que los vasos que sangran no son pequeños, y entonces se presenta un sangrado constante -- al que hay que atender por medio de los siguientes pasos:

- 1.- MEDIO MECANICOS: Entre estos el más común es la -- presión, la cual debe hacerse presionado con los -- dedos, también puede lograrse haciendo que el pa-- ciente muerda una gasa estéril.
- 2.- MEDIOS BIOLÓGICOS: Podemos mencionar, medicamen-- tos de origen biológico, como es la espuma de fi-- brina, la celulosa, etc. Los cuales se aplican -- localmente, y van a favorecer la formación del coa-- gulo
- 3.- MEDIOS QUÍMICOS: Citaremos los hemostáticos que -- pueden ser coagulantes y vaso constrictores como --

por ejemplo: el ácido oxálico, ácido tánico y el percloruro de hierro.

### 3.2.3. HEMATOMA:

Si los tejidos blandos no son manipulados cuidadosamente durante la extracción, el edema traumático puede dilatar la cicatrización.

Los instrumentos redondeados, retracción excesiva del colgajo mal diseñado, son predisponentes a este trastorno. Cuando lesionamos los tejidos fuertemente la inflamación de hematoma, puede causar descarnación de los tejidos blandos, y colapso de la línea de sutura.

### 3.2.4. OSTEOMIELITIS:

Causa depresión total y toxicidad, hay una marcada pirexia, y el dolor es muy intenso. Algunas veces la mandíbula está extremadamente sensible a la palpación extrabucal.

El inicio de la pérdida de la sensibilidad algunas horas o hasta días después de la extracción es característico de osteomielitis aguda de la mandíbula.

### 3.2.5. ENFISEMA:

Se caracteriza por una reacción inflamatoria crónica de los bronquios y bronquiolos y la destrucción del parénquima pulmonar en las porciones del pulmón que contiene alvéolos.

Consiste en la obstrucción de la corriente aérea y --

desigualdad de la ventilación y de la circulación sanguínea en porciones localizadas del pulmón.

Es característica la disminución de la saturación de oxígeno de la sangre arterial y en los casos más intensos existe una tensión alta de dióxido de carbono (hipercapnia) y ácidos respiratoria.

Los enfermos suelen aquejar principalmente tos diurna-expectoración y disnea del esfuerzo. Debido a la obstrucción de la corriente aérea bronquial, el tórax suele mantenerse en posición inspiratoria forzada durante la respiración, el diámetro anteroposterior puede estar aumentando y la fase expiratoria de la respiración está alargada.

## CAPITULO IV.

## CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS

- 4.1. CONTROL DEL SANGRADO
- 4.2. FARMACOS
  - 4.2.1. ANALGESICOS
  - 4.2.2. ANALGESICOS LEVES
  - 4.2.3. ANALGESICOS MODERADOS.
  - 4.2.4. ANALGESICOS POTENTES.
  - 4.2.5. ANTIBIOTICOS
  - 4.2.6. ANTIINFLAMATORIOS
- 4.3. INSTRUCCIONES POSTOPERATORIOS.
- 4.4. ALVEOLO.
- 4.5. COAGULO
- 4.6. RAICES

#### 4.1. CONTROL DEL SANGRADO.

El sangrado puede dividirse en aquel que ocurre durante la cirugía y el que ocurre en el postoperatorio. El -- dentista deberá hacer todos los esfuerzos posibles para controlar el sangrado durante los procedimientos quirúrgicos sistemáticos, debido a que la pérdida de sangre, - aun bajo las condiciones más favorables podría ser extensa. Si el sangrado no puede ser controlado mediante los procedimientos sistemáticos de sutura y de presión con - gasas, entonces se considerará la posibilidad de empacar el alvéolo con un agente hemostático como Geolfoam o celulosa oxidada. En ocasiones, el sangrado del hueso --- puede que no sea controlado por ninguno de los métodos - antes mencionados, de tal manera que puede hacerse necesario el utilizar cera para hueso.

El sangrado postoperatorio puede ser dividido en sangrado primario que es el que ocurre durante las primeras 24 horas y el sangrado retardado que es el que ocurre algún tiempo después.

Si el paciente llama y dice que está sangrando pero que no parece ser demasiado grave, se le dirá que se enjuague la boca una vez con agua fría, de tal manera que se elimine cualquier coágulo. Después se le pide que intente ver de donde parte el sangrado, que tome una gasa --- y que le aplique a esta zona mordiendo la firmemente hasta que le lastime.

La gasa una vez aplicada a la zona adecuada, deberá mantenerse por 30 minutos aproximadamente. Durante este -- tiempo se le pedirá al paciente que no escupa o haga --- cualquier cosa que pueda desprender el coágulo nuevo.

El dentista podrá utilizar cualquiera de los agentes -- hemostáticos similares a aquellos utilizados durante -- los procedimientos quirúrgicos, o un anestésico local con epinefrina, o alta concentración de epinefrina -- en una gasa sola. Después que el sangrado ha sido apa -- rentemente controlado, el paciente deberá permanecer -- en el consultorio por lo menos de 30 a 45 minutos, pa -- ra asegurarse que la hemorragia no retorna.

#### 4.2. FARMACOS:

El deber del Cirujano Dentista hacia su paciente es -- asegurarse de que el periodo postoperatorio son lo más indoloro y tranquilo posible.

##### 4.2.1. ANALGESICOS:

Los analgésicos son un grupo de medicamentos que amortiguan o interrumpen la percepción para la interpretación, del dolor sin producir inconciencia. Por está -- razón son quizá el grupo de medicamentos más ampliamente usados.

##### 4.2.2. ANALGESICOS LEVES:

Los medicamentos en este grupo son usados para aliviar el dolor de baja intensidad como las cefaleas o las -- néuralgias ligeras.

##### ASPIRINA

La aspirina se abrevia como AAS, debido a que su principal ingrediente químico es el ácido acetilsalicílico. Tiene la función no solo de aliviar el dolor, también--

es un agente antipirético por poseer excelentes propiedades antirreumáticas.

La aspirina puede ser usada sola o en combinación con otros medicamentos analgésicos. Existe cierto número de pacientes que son alérgicos a la aspirina: por lo tanto, antes de prescribirles cualquier analgésico, -- el Cirujano Dentista debe asegurarse que éste no contenga ningún componente de la aspirina.

La aspirina sin capa entérica no se prescribe a pacientes que reporten una úlcera péptica reciente. La aspirina promedio para adultos en tabletas contiene 300 mg. de aspirina, y la dosis usual es de 1 a 2 tabletas --- (300 a 600 mg) cada 3 ó 4 horas, según sea necesario -- para el dolor.

La aspirina pediátrica contiene 81 mg, y tiene la tercera o cuarta parte de la potencia de la aspirina -- para adulto. A pesar de que la aspirina es un medicamento relativamente seguro, en dosis elevadas puede tener efectos colaterales graves y aun llegar a causar la muerte.

#### FENACETINA.

Tiene un valor analgésico similar al de la aspirina, -- puede usarse en pacientes que son alérgicos o hipersensibles a la aspirina y puede usarse solo o en combinación con otros agentes analgésicos. La fenacetina y -- la aspirina se utilizan a menudo en combinación con la cafeína, es el compuesto denominado con el nombre de -- Emprin, y la tableta conocida como APC.

La cafeína se usa debido a sus efectos en el encéfalo los cuales pueden aliviar la tensión que producen --- ciertos tipos de dolores de cabeza. La aspirina o la fenacetina, pueden también combinarse con pequeñas dosis de barbitúricos como el fenobarbital y ser éste - fabricado bajo el nombre de Phenaphen.

#### ACETAMINOFEN

Es un derivado de la fenacetina tiene ciertas ventajas sobre ésta y la aspirina.

Esté medicamento se está haciendo cada vez más popular y a menudo se encuentra marcado bajo el nombre de Tylenol y Percogésico.

#### 4.2.3. ANALGESICOS MODERADOS.

El dolor que se incluye dentro de esta categoría como ni ligero ni extremadamente grave. No tiene ningún - valor el tratar a un paciente con dosis bajas de un - analgésico leve si el dolor es intermedio; ni sobredosificarlo con un analgésico fuerte si éste no es necesario.

Hay dos medicamentos dentro de esta categoría:

#### DARVON Y ZACTIRIN

Se clasifican a éstos dentro del grupo de analgésicos

#### DARVON

Este medicamento puede ser producido de tres maneras

diferentes: Combinado con aspirina, Fenacetina y cafeína (darvón compuesto) con aspirina o sin ningún otro componente. La preparación más fuerte es el darvon compuesto 65, el cual contiene el doble de la cantidad que la preparación regular de darvón compuesto.

#### ZACTIRIN

Este medicamento abarca el mismo aspecto que el Darvon en cuanto a su efecto analgésico. El Zactirin contiene aspirina en su preparación; y también puede encontrarse combinado con APC, además de una dosis más alta del compuesto básico, se produce como Zactirin compuesto-100.

#### 4.2.4. ANALGESICOS POTENTES

Estos medicamentos los dividimos en dos grupos, los que no son narcóticos y los narcóticos.

##### NO NARCOTICOS

#### TALWIN:

Este medicamento se ha venido haciendo cada vez más popular durante los últimos años, debido a que es un medicamento potente y no narcótico, el cual puede ser usado continuamente por un período largo de tiempo sin llegar a producir evidencia, hábito o toxicomanía. Parece ser el equivalente de la codeína en su fuerza analgésica.

#### NARCOTICOS:

Los narcóticos se subdividen en aquellos que se produ-

cen de manera natural como derivados del opio y los sintéticos. Todos los narcóticos deben tener un uso limitado. Narcóticos naturales;

#### MORFINA:

Este medicamento tiene propiedades analgésicas sumamente altas y es el narcótico natural más fuerte. La morfina produce euforia y por lo tanto, toxicomanía, Dosis mayores que las normales pueden producir sueño profundo y depresión excesiva del sistema respiratorio.

Tienen un uso limitado en la práctica diaria de la Odontología debido a su potencia y al hecho que debe ser administrada por vía parenteral.

#### CODEINA:

Este medicamento es ampliamente usado dentro de la Odontología para el alivio del dolor intenso. Depri-me el sistema respiratorio menos que la morfina y su efecto analgésico es aproximadamente la sexta parte de la morfina. Difiere adicionalmente de la morfina en que no provoca sedación progresiva y carece de euforia. Esto disminuye la toxicomania a la codeína, debido a que al aumentar la dosis de la morfina aumenta también la euforia dentro de un sueño profundo.

La codeína se usa a menudo en unión de la aspirina -- El APC o un barbiturico de acción corta.

Los barbituricos ayudan a inducir el sueño, en tanto que la codeína alivia el dolor. La codeína también puede producirse con el compuesto Empirin, el cual -

consiste de codeína y APC o con Phenaphen. La codeína se puede administrar por vía parenteral o bucal.

#### DILAUDID

Este medicamento se produce mediante alteraciones químicas de la morfina, tiene las mismas características tanto buenas como malas, de la morfina, es más potente y por tanto se usa en dosis más pequeñas.

#### PERCODAN

Este medicamento que contiene APC parece tener un efecto analgésico similar a la codeína pero posiblemente de mayor duración. Su tendencia hacia la toxicomanía es menor que la morfina, pero mayor que la de la codeína debido a la euforia que produce. Analgésicos narcóticos sintéticos:

#### CLORHIDATO DE DEMEROL (MEPERIDINA)

Esta droga es quizá el analgésico narcótico más ampliamente usado, tiene propiedades analgésicas intermedias entre la morfina y la codeína. El demerol es bastante usado en la Odontología debido a que, además de sus efectos analgésicos, tiene un efecto similar a la atropina en tanto que seca la boca. El demerol puede presentarse tanto en forma de píldoras conteniendo APC o en solución para inyección.

#### METADONA

Esta droga es un analgésico potente, cuya potencia es por lo menos igual y posiblemente superior a la de

la morfina, en lo que se refiere a aliviar el dolor, - pero causa menos náusea y constipación que la morfina. Sus propiedades eufóricas son muy ligeras.

#### LERITINA

Esta droga posee una acción similar a la del Demerol, - pero parece ser considerablemente más potente.

#### 4.2.5. ANTIBIOTICOS

Esta sección sólo cubrirá algunos puntos más sobresalientes del tema, ya que éste es muy amplio.

Los antibióticos se definen como sustancias que son - producidas por microorganismos (una sustancia viva, - microscopica como una bacteria) los cuales tienen la - capacidad, aún en concentraciones muy bajas, ya sea - de destruir o de inhibir el crecimiento de bacterias - y de otros microorganismos.

El término de antibiótico anti-contra, biosisOvida, -- significa contra la vida de otros organismos.

Existen por lo menos tres criterios que debe tener --- cualquier antibiótico ideal, pero aún en la actualidad no existe ninguno que satisfaga estos tres requisitos- que son los siguientes:

- 1.- Debe tener actividad bactericida (no bacteriostática) para un amplio espectro de microorganismos- si n llegar a desarrollar resistencia al medicamento.

- 2.- El antibiótico debe ser capaz de distribuirse uniformemente através de todos los tejidos líquidos del cuerpo y una vez que se ha distribuido, debería permanecer en ellos por periodos largos.
- 3.- La acción del antibiótico debe llevarse a cabo sin dañar al huésped, es decir a la persona que está tomando el medicamento.

Al elegir un antibiótico, se debe tener un enfoque racional debido a que no existe un antibiótico para todas las infecciones. Puesto que la mayoría de las infecciones dentro de la cavidad bucal responden bien a la penicilina, este es usualmente el antibiótico de elección cuando se presenta una infección dental. Existen infecciones en otras partes del cuerpo, como en el riñón, en las cuales las bacterias pueden responder mejor a una de las sulfonamidas.

#### PENICILINA

La penicilina, es un producto de un moho microscópico fue descubierta por Fleming en 1923 y años más tarde estuvo disponible para su uso clínico.

Fleming indentificó a la colonia de hongos, con los cuales estaba trabajando, como "PENICILLIUM IDIATUM" - y catalogó el principio activo que tenía la capacidad para inhibir el crecimiento de cierta bacteria como penicilina.

La penicilina, como todos los medicamentos, tienen una estructura química con una porción central núcleo el cual puede ser modificado por la adición de cadenas

laterales a los lados de núcleo.

Este núcleo central fué originalmente producido por un hongo y ahora puede ser sintéticamente producido, desarrollando una nueva clase de penicilina semisintética.

Todas estas penicilinas contienen un núcleo común difieren solamente en la naturaleza de sus cadenas laterales.

Los organismos son destruidos por la penicilina solamente cuando éstos son expuestos al medicamento durante su fase reproductiva o sea la multiplicación.

La penicilina trabaja interfiriendo con la formación de la pared celular de la bacteria. Si la bacteria no posee una pared celular no puede vivir.

La penicilina en dosis bajas es bacteriostática en dosis altas es bactericida. Puede ser administrada por vía bucal, intramuscular, intravenosa o por vía subcutánea, pero no todas las penicilinas pueden ser administradas por todas estas vías.

La penicilina que quizá sea la más comunmente usada es la "G". Ha habido varias modificaciones de esta penicilina, en un intento para prolongar su duración de actividad y para impedir que los jugos gástricos, que son ácidos, la destruyan y la inutilicen.

Las modificaciones para prolongar su actividad incluyen la adición de procaína a la penicilina G, de tal manera que se puede administrar por vía intramuscular y podrá durar por un período largo de tiempo, debido a que la procaína provoca que se absorba a una veloci

dad menor. La penicilina G puede ser disuelta en cloruro de sodio, ésta preparación da rápidamente valores de concentración muy altos en sangre, pero que -- solo durarán periodos cortos de tiempo.

La penicilina, cuando se administra por inyección, es medida mediante unidades, en tanto que si se administra por vía bucal puede ser en miligramos o unidades. Por ejemplo; la dosis normal de penicilina G procaína intramuscular es de 600,000 unidades. Se debe asegurar la diferenciación entre unidades y miligramos, debido a que no son lo mismo: 600,000 unidades no equivalen a 600,000 mg. 250 mg, son equivalentes aproximadamente a 400,000 unidades y en otras 250 mg. son equivalentes a 500,000 unidades.

Alterando un asola molécula de oxígeno en la estructura de la penicilina G, se produjo la penicilina V. Este medicamento es más estable que la mayoría de las preparaciones de penicilina G, para resistir la acción de los jugos gástricos en el estómago. Cuando se -- ingiere bucalmente la penicilina y usualmente producirá valores sanguíneos más altos y más prolongados que la misma cantidad de penicilina G, pero cuando se administra por vía intramuscular, la penicilina V produce cifras más bajas que la penicilina G.

Cuando la penicilina G se administra bucalmente, aproximadamente sólo 20% es absorbida por la sangre, en tanto que el resto es destruido por los jugos gástricos y la penicilina que es producida por las bacterias en el intestino.

Nombres comerciales de penicilinas semisintéticas; --

Staphicillin, Prostaphillin, Resistopen, Unipen, Dynapen y Veracillin. Estos medicamentos tienen la capacidad de que su estructura no se ve alterada por la acción de la penicilina, y, por lo tanto, son efectivos contra los estafilococos, los cuales eran resistentes a las antiguas formas de penicilina.

Un nuevo medicamento, totalmente sintético, ha sido desarrollado llamándose ampicilina. Está, a pesar de ser destruida por la penicilina, tiene un espectro mucho más amplio respecto a las bacterias contra las que es efectiva, en contra de las penicilinas normales.

La administración de penicilinas puede provocar reacciones colaterales agudas, que pueden variar desde reacciones eruptivas menores (urticaria) hasta el choque, incoscienza y muerte. La mayoría de las reacciones graves ocurrirán en el transcurso de segundos hasta 30 minutos después de la administración del medicamento, aunque algunas han ocurrido más tarde. Existe una posibilidad muy alta de reacciones graves después de la inyección del medicamento en relación con su administración bucal.

Sin embargo, también han ocurrido reacciones después de la administración bucal.

#### ESTREPTOMICINA

Es usada dentro de la Odontología, en unión con la penicilina, debido a que en ocasiones puede ser efectiva contra alguna de las bacterias que producen infecciones dentales, en contra de las cuales la penicilina no es efectiva.

La combinación de dos medicamentos dá un espectro más-amplio de actividad contra los microorganismos.

Este medicamento no puede ser efectivo si se administra por vía bucal, debido a que no es absorbido en forma significativa en el sistema digestivo y por lo tanto, debe ser administrado por vía intra-muscular.

#### TETRACICLINAS:

Son antibióticos de amplio espectro debido al gran número de microorganismos contra los que son efectivos. No son tan eficaces como la penicilina G o V en las infecciones dentales, no son usados extensivamente en Odontología. Sus nombres comerciales son; Achromycin-Aureomicin, Terramycin y Declomycin.

En el tratamiento de una mujer después de cuatro meses de embarazo, o en niños durante la lactancia y niñes-temprana no debe de administrarse la tetraciclina pues podría producir un cambio de color del diente y un subdesarrollo del esmalte, llamo amelogénesis imperfecta.

En ocasiones, tanto las tetraciclinas como la penicilina suprimen el crecimiento de tantos organismos bacterianos, que se pueden llegar a desarrollar un hongo producido por levaduras dentro de la cavidad bucal. Esta infección es llamada algodoncillo o moniliasis y se presenta como una infección de color blancuzco como cajo dentro de la cavidad bucal, la cual debe ser tratada con medicamentos fungicidas.

#### ERITROMICINA

Este es un antibiótico con un espectro de efectividad-

similar al de la penicilina. A menudo es usado en pacientes alérgicos a la penicilina, se administra por la boca, a pesar de que puede ser administrada por vía intravenosa o intramuscular.

Un derivado de la eritromicina es el Ilosone, se dice que produce cifras sanguíneas más elevadas y mayor duración que la eritromicina.

El Ilosone está totalmente contraindicado en pacientes con enfermedades hepáticas, debido a que en ocasiones puede producir lesiones al hígado.

#### SULFONAMIDAS

Estos medicamentos fueron los primeros agentes antibacterianos, se descubrieron en 1937. Han sido desplazados en la Odontología en gran parte debido al advenimiento subsiguiente de los antibióticos éstas son todavía usadas exhaustivamente para ciertas infecciones.

#### 4.2.6. ANTINFLAMATORIOS

##### AGENTES ANTINFLAMATORIOS

Los encontramos de 3 tipos:

- 1).- Enzimáticos fibrinolíticos
- 2).- Proteolíticos.
- 3).- Otros, como son los No hormonales

Las sustancias como antirreumáticos y antiinflamatorios influyen en el metabolismo del tejido conectivo.-

## ANTINFLAMATORIO DE ORIGEN VEGETAL

## ANANASE F.

Refuerza los mecanismos antiinflamatorios fisiológicos y propicia el alivio de la sintomatología, con reducción del edema y el dolor que acompañan a los procesos inflamatorios. Incrementa la absorción de los antibióticos y facilita la penetración en los tejidos. Posología: 1 tableta de 100 mg. 3 veces al día.

Esta contraindicado en los trastornos de la coagulación sanguínea, insuficiencia hepática o renal grave.

Dosis: Una o dos grageas, 4 veces al día.

## ANTINFLAMATORIO QUE ES PRODUCIDO POR UNA BACTERIA

## DANZEN TAKEDA

Es una proteasa producida por una bacteria serratia -- (CEPA E 15), familia de los enteobacteriáceas orden de los Schirimycetes. Es encontrada en el intestino del gusano de seda, de donde se ha obtenido la serratio---septidasa, enzima proteolítica con gran actividad antiinflamatoria.

Por sus efectos fibrinolíticos y antibradiquimína:

Disminuye el edema inflamatorio, la tumefacción y el hematoma al mejorar la circulación del fluido tisular y facilitar la absorción de los productos de descomposición a través de la sangre y los vasos linfáticos.

Acelerará la desintegración del moco viscoso y adherente y de la secreción purulenta.

Facilita la limpieza de las lesiones favoreciendo su cicatrización.

Favorece la concentración de los antibióticos en el tejido infectado, incrementando su acción terapéutica.

Dosis: 1 a 2 tabletas / vía oral / 3 al día.

#### ANTIINFLAMATORIO ENZIMATICO FIBRINOLITICO

##### NEOZYMES

Contiene Tripsina y Quimotripsina.

Antiinflamatorio para el alivio de la inflamación, el edema y el dolor.

Dosis: 1 gragea 4 veces al día.

#### ANTIINFLAMATORIO DE ORIGEN ANIMAL

##### PARENGESICO F.

Contiene acetaminofen, Tripsina y Quimotripsina, para el alivio de la inflamación, el edema y el dolor en estados moderados asociados con; cirugía oral, cirugía dental, posteriormente a extracciones.

Dosis: 1 Cápsula antes de la operación seguida de 1 cápsula 4 veces al día por 1 ó 2 días después de la operación.

ANTIINFLAMATORIO NO HORMONAL CON EFECTOS ANALGESICOS  
Y ANTIPIRETICO.

AFLAMINA

Aflamina desarrolla su potente acción antiinflamato--  
ria, analgésica y antipirética, en los procesos infla  
matorios de cualquier origen.

Su tolerancia gástrica es excelente aún en tratamien--  
tos prolongados, no provoca retención de líquidos y--  
si en cambio posee discreta acción diurética.

Esta indicada en los procesos inflamatorios: Post-in  
traumáticos, postquirúrgicos, infecciosos.

Dosis: 1 cápsula 3 a 2 veces al día, preferentemen--  
te después de los alimentos, o 1 supositorio, 3--  
veces al día.

ANTIINFLAMATORIO Y ANTINEURITICO

DEXABION

Ampolletas; contiene Vitaminas B, vitamina B6, Vitami  
na B12, 21, fosfato de dexametasona.

Reúne las propiedades antiinflamatorios y antiexudati  
vas de la dexametasona con la actividad neuroregene--  
rada de las vitaminas neurotrópicas B1, y B12.

Está indicado en todos los casos que presentan reac--  
ciones inflamatorias agudas.

Dosis: Una aplicación cada 2 ó 3 días.

ANTIINFLAMATORIO Y ANTIEXUDATIVO CON ACCION ANALGESICA  
Y ANTIPIRETICA.

FLANAX

Cápsula y supositorios.- contienen Metroxipropioci--  
sódico. Es un eficaz antiinflamatorio y antiexudati--  
vo, es analgésico y antipiretico tiene una buena tole--  
rancia en general, en de acción rápida: alcanza su -  
nivel plasmático máximo en 30 a 60 minutos. Está in--  
dicado con antibióticos o sólo y asociado al trata--  
miento etiológico en:

Odontología flemores, abscesos dentales, pulpitis, pe--  
riostitis, periodontitis, gingivitis, estomáticas,--  
pericoronitis, gingivectomías, extracciones dentales,  
cirugía maxilofacial.

Precauciones: se fija firmemente a las proteínas plas--  
máticas y puede producir desplazamiento, por competen--  
cia, de otros fármacos. Se recomienda vigilar estre--  
chamente a pacientes que reciban cumarina, vastagina,  
hidantoína, sulfonilurea: sulfamida, porque su despla--  
zamiento puede ocasionar efectos indeseables o dismi--  
nuir su actividad terapéutica. Flanax puede interfe--  
rir en la adhesividad de las plaquetas y prolongan el  
tiempo de sangrado. Debe usarse con precaución en pa--  
cientes con insuficiencia cardiaca, hepática o renal.

Dosis: 2 cápsula c/8 hrs.

Niños mayores de 6 año por término medio, un -  
supositorio infantil (50 mg) c/8 hrs.

## INDOMETACINA

Los compuestos del indol con cadena lateral ácida en posición 3 han sido estudiados intensamente en virtud de sus efectos analgésicos y antiinflamatorios. Su toxicidad suele impedir su empleo por largo tiempo.

### QUIMICA:

La indometacina es el ácido 5- metoxi - 2 - metilindol - 3 acético.

Propiedades farmacológicas. Los principales efectos de la indometacina son antipiresis, analgesia y alivio de la inflamación. El efecto analgésico de la indometacina es evidente solo en aquellos estados patológicos en que el dolor acompaña a un estado inflamatorio.

La indometacina produce potente efecto antiinflamatorio.

La indometacina produce potente efecto antiinflamatorio en animales de experimentación y en el hombre.

La indometacina desacopla la fóforilación oxidativa en los mitocondrios del tejido cartilaginoso y del parénquima hepático y su mecanismo de acción puede estar relacionado con este efecto.

Reprime el factor de permeabilidad de los ganglios linfáticos en reacciones de hipersensibilidad retardada y como la colquicina, inhibe los movimientos de los leucocitos polimorfonucleares.

Absorción, distribución, biotransformación y eliminación.

La indometacina ingerida es rápidamente absorbida y casi en su totalidad, por el tubo digestivo. El nivel máximo en el plasma se alcanza en el término de una a cuatro horas, según el tamaño de las partículas del preparado ingerido.

La indometacina se une químicamente a las proteínas del plasma en cantidad que puede llegar a 90 por 100. Sólo pequeñas cantidades entran en el líquido cefalorraquídeo. La excreción urinaria del farmaco es de 50 por 100 en 40 horas. El resto sale con las heces, principalmente sin alteración.

Una pequeña porción de la indometacina es metabolizada en el hígado y convertida en derivados o desmetilados y no desclorbenzoilados. La sustancia inalterada y sus productos de biotransformación entran con la bilis en el intestino y son resorbidas, pasan a la sangre, se conjugan en el riñón y se excretan con la orina en forma de acilglucuronidos.

En el hombre, la indometacina, totalmente en forma de glucuronidos experimenta la fibrilación glomerular y la secreción tubular; esta es inhibida por la producida con lo que aumenta el nivel sanguíneo del medicamento.

La indometacina no interfiere en el efecto uricosúrico de la probenecida.

Preparados y dosis:

Indometacina (Indometacin) es un polvo blanco finamente cristalizado, casi insoluble en agua. Las cápsulas-- contienen 25 ó 50 gmg. dos veces al día y puede aumen-- tarse si es necesario.

Usos terapéuticos: La indometacina se emple en tera-- peútica por sus efectos analgésico, antipirético y -- antiinflamatorio, no se recomienda su empleo como --- analgésico de dolores leves ni como antipirético el - uso principal de este medicamento es el alivio de las enfermedades inflamatorias reumatóides y no reumatoi-- des.

Alivia el dolor, reduce la tumefacción y la sensibili-- dad de las articulaciones y eleva la fuerza de pre--- sión

Efectos de toxicidad y precauciones. Los trastornos-- y complicaciones gastrointestinales son anorexia, nau-- seas, dolor abdominal y úlcera péptica, a veces con-- hemorragia y perforación. Hay casos de pancreatitis-- aguda. Puede producirse diarrea, a veces con lesio-- nes ulcerosas del intestino. Las lesiones hepáticas-- son raras. En el S.N.C. el efecto más frecuente es-- la fuerte cefalalgia frontal. Son frecuente los vahí-- dos el vértigo, atolondramiento y confusión mental.-- Se han registrado grave depresión, psicosis, alucina-- ciones y suicidios.

En los efectos visuales, se citan opacidad corneal,-- alteraciones del campo visual y palidez de la papila-- óptica. Las reacciones de la hematopoyesis son neu-- tropenia y anemia aplásica.

Reacciones de hipersensibilidad se manifiestan en for

na de exantemas menores, prurito, urticaria y de mayor entidad, ataques agudos de asma.

La indometacina no debe darse a mujeres embarazadas, a niños, ni a personas con trastornos psiquiátricos, epilepsia o parkinsonismo. Está contraindicada en individuo con enfermedad renal o lesiones ulceradas de estómago o intestino.

#### ANTIPIRINA Y AMINOPIRINA

Son derivados de la fenilpirazolona. Los dos efectos principales de la aminopirina y la antipirina son --- analgesia y antipiresis, ambas producen efecto antiinflamatorio.

La antipirina se absorbe pronto y casi por completo en el tubo digestivo humano y en la primera o segunda hora se alcanza la concentración máxima en el plasma.

Como los efectos de la aminopirina son parecidos a los de la antipirina y como su toxicidad suele impedir su uso clínico, no se la explicará con detalles, ni es recomendable su uso.

#### 4.3. INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS SISTEMATICAS

Gasa: Déjese la gasa que tiene en la boca por lo menos 30 minutos.

Explicación: Esto es muy importante para la hemostasia. Antes de que el paciente salga del consultorio asegúrese que la gasa se encuentre en el sitio quirúrgico y que el paciente se encuentre mordiéndola fuertemente.

**Enjuagues:** No se enjuague la boca el día de hoy, sino que comience mañana a enjuagársela suavemente cada tres o cuatro horas, en especial después de los alimentos, utilizando una cucharadita de sal en un vaso de agua tibia. Continúe con estos enjuagues por varios días.

**Explicación:** No se quiere que el paciente se enjuague el día de la cirugía debido a que si lo hace podría desplazar el coágulo. Si esto sucede, podría causar algún sangrado e interrumpir el proceso normal de curación. Deberá enjuagarse insistentemente por los siguientes días de tal manera que los residuos no se acumulen en la zona evitándose la infección.

**Reparación:** No moleste a la herida tocándola con los dedos, palillos de dientes o la lengua, debido a que la irritación, sangrado e infección podrían instalarse en la herida. El coágulo que se ha formado es el método del organismo para realizar la curación y éste no deberá ser molestado.

**Explicación:** Los pacientes tienen la tendencia a "Jugar" con las zonas quirúrgicas dentro de la cavidad bucal. Puede ser que no se estén dando cuenta de que le están haciendo un daño potencial a la herida, y es por lo que se les llama la atención en esta precaución.

No fume ni ingiera bebidas alcohólicas durante las primeras 24 horas.

**Explicación:** Se le pide al paciente que no fume dentro del periodo de tiempo inmediato, de tal manera que en las primeras etapas de la formación del coágulo

lo no se introduzcan piezas de tabaco dentro del alvólo que actúen como cuerpo extraño. Se le pide que no ingiera bebidas, alcohólicas, debido a que el alcohol es vasodilatador (provoca que los vasos sanguíneos amplíen su tamaño) y, por lo tanto, puede estimular el sangrado durante estas primeras horas del postoperatorio.

**Inflamación:** Una bolsa de hielo o hielo en pedacitos en una toalla, deberá ser aplicados a la zona quirúrgica durante las primeras 24 horas, por períodos de media hora y con descansos de media hora. Después de ésto, se deberá aplicar una bolsa de agua caliente a la zona de manera similar, hasta que la inflamación haya disminuido.

**Explicación:** La inflamación postoperatoria llamada edema es la acumulación de líquido entre las células, las cuales alcanzarán su punto máximo en las 48 horas posteriores y entonces comenzarán a disminuir. El hielo se utiliza durante las primeras 24 horas en un intento para reducir el edema, pero no es utilizado constantemente debido a que produce vasoconstricción (estrechamiento de los vasos sanguíneos) y la sangre es necesaria en la zona para ayudar al curado postoperatorio. La bolsa de agua caliente es utilizada en los días ulteriores, de tal manera que se trae sangre adicional dentro de la zona para ayudar a la reparación de la zona quirúrgica. Cuando el paciente se presenta con infección y tiene inflamación extrabucal en vez de ponerle hielo se le pide que se ponga una botella de agua caliente durante las primeras 24 horas y después, debido a que localiza la zona de infección mejor que el hielo. Dígame al paciente que puede haber más infección y más dificultades postoperatorio

rias en el segundo día después de la cirugía que las que hubo durante el primero. Si la inflamación es peor en el tercer día de lo que fue durante el segundo y el primero, entonces deberá ser visto por el doctor. De su propia experiencia personal usted sabe que si ejecuta algún tipo de ejercicio físico al cual no está acostumbrado, como podría ser el boliche o el esquí, notará que el segundo día después de este ejercicio es a menudo peor que el primer día. Lo mismo sucede con las zonas quirúrgicas en el postoperatorio.

**Sangrado:** Después de las extracciones es de esperarse cierto sangrado. Muerda sobre gasa en el lugar de la extracción con presión considerable. Si esto no provoca cierta molestia leve es que no se está produciendo presión suficiente o no se está mordiendo en el sitio adecuado. Si el sangrado persiste por cualquier tiempo, dígame al paciente que telefonee al consultorio.

**Explicación:** Al paciente se le advierte que puede tener algún sangrado y él sabe que eso es normal. Se sabe que el paciente muchas veces en vez de colocar la gasa en el sitio quirúrgico se la coloca en la zona vestibulobucal, de tal manera que lo que está haciendo es juntar la sangre, no provocando presión en la zona quirúrgica. Es por esta razón que pese a que puede parecer brusco, se le dirá al paciente que muerda duro en el sitio quirúrgico hasta que sienta alguna molestia. De esta manera se sabe que está ejerciendo presión suficiente. Si el sangrado persiste y el paciente ha hecho todo lo que se le ha ordenado, entonces el doctor deberá tomar las medidas.

**Dolor:** Para el dolor de tipo leve al tipo promedio, -

se utilizan medicamentos del tipo de la aspirina o la receta que el doctor haya dado.

**Explicación:** El doctor habitualmente puede anticipar cualquier tipo de dolor que se le puede presentar al paciente, más allá de la cantidad promedio y le dará al paciente una receta de acuerdo a la intensidad del dolor esperado. Para un dolor sistemático, el paciente podrá utilizar un medicamento del tipo de la aspirina. Si esto no llena todos los requerimientos para aliviar el dolor, el paciente probablemente llamará al día siguiente, o lo dirá el día que le hablen para la llamada postoperatoria. En este momento se le dará una receta para un medicamento más fuerte.

**Alimentación:** Se le aconsejará alimentación blanda o líquida durante las primeras 24 h. Asegúrese de consumir gran cantidad de líquido.

**Explicación:** El paciente, por lo general, no comerá nada duro por las primeras 24 h después de la cirugía, pero no desea que deje de nutrirse. Por lo tanto, se le sugiere que por lo menos beba gran cantidad de líquido, debido a que esto no molesta la zona quirúrgica e impedirá que el paciente se deshidrate. Una alimentación blanda es fácil de manejar por el paciente y es poco probable que estimule cualquier sangrado postoperatorio.

**Bordes óseos:** Fragmentos pequeños y afilados de hueso podrán llegar hasta la encía durante el proceso de sanado. Estas no son raíces, y si están molestando regrese al consultorio para que le sean retirados.

**Explicación:** La razón es hacer hincapié en que no son

raíces ni ápices, debido a que el autor ha recibido-- llamadas en las que le aseguran que restos del diente-- o pedazos de raíces fueron dejados en el alvéolo; sistemáticamente haga esta advertencia al paciente.

El paciente no se da cuenta que puede haber virutas -- óseas que tratan de salir por las encías, y lo primero que le viene a la mente es que parte del diente le fue dejado en el alvéolo.

Suturas: Si se han colocado suturas y van a ser retiradas, por favor, asegúrese que esto sea un procedi--- miento indoloro.

Explicación: Una vez más, esto no estaba en las ins-- trucciones postoperatorias originales del doctor. Muchas veces, el paciente que regresa para la remoción-- de sus suturas, expresará un gesto de alivio después -- que le han sido retiradas, y dirá que había estado an-- gustiado toda la semana respecto al dolor que le po--- dría haber causado la remoción de las suturas. Por lo tanto, esto ha sido incluido dentro de las instruccio-- nes postoperatorias, y ha reducido la angustia del pa-- ciente respecto a esto en gran cantidad. El paciente-- a menudo asocia la remoción de las suturas de la cavi-- dad bucal con la eliminación de suturas de la piel que en ocasiones provocan cierta molestia, debido a que -- se han endurecido por resequedad y podrán tener una zo-- na de costra alrededor. No es cierto, por supuesto -- que esto ocurra dentro de la cavidad bucal, debido a -- que las suturas se encuentran continuamente bañadas -- por saliva, y se encuentran flojas y se quitan con fa-- cilidad.

**Síntomas:** Si ocurre cualquier síntoma poco usual, por favor, llame al consultorio de inmediato.

**Explicación:** Esta orden es un tipo de "respuesta general" para cualquier otra pregunta o problema que el paciente pueda tener. Si se le asegura que la respuesta está con tan cercana como el teléfono, se le da confianza adicional durante el período postoperatorio y -de curación, para saber que puede llamar en caso de que le surja cualquier problema o pregunta.

Estas son las instrucciones sistemáticas postoperatorias que el consultorio proporciona a todos los pacientes en el postoperatorio.

Adicionalmente encontrará un par de líneas en blanco, -de tal manera que podrá escribir cualquier cosa rara o particular del caso; por ejemplo, cuando la cirugía del seno maxilar se ha llevado a cabo, ya se ha indicado que durante el postoperatorio inmediato no fume ni se suene la nariz. Esto entonces será escrito en esas dos líneas. Una de las líneas deberá guardarse para incluir en ella las instrucciones de antibióticoterapia que el doctor pudiera haber prescrito.

Un problema postoperatorio visto a menudo, pero que no se incluye en las hojas de instrucciones postoperatorias sistemáticas porque puede causar alarma a algunos pacientes y el número real en los que puede ocurrir es muy pequeño, es que algunos pueden desarrollar puntos azules y negros (equimosis) en la zona quirúrgica. Esto es especialmente probable en personas viejas o de complexión muy delgada. Esto es debido a los productos de descomposición sanguínea que se acumulan dentro de los tejidos. Este cambio de color puede exten-

derse inferiormente a través del cuello y del pocho. - Asegúrese que esto se encuentra dentro de los límites normales y no debe preocupar.

#### 4.4. ALVEOLO.

El alveólo cuando un diente ha sido extraído el alveólo debe de limpiarse cuidadosamente de restos, de esquir-las óseas y se alisarán los bordes agudos con una lima para hueso, posteriormente lavaremos con suero fisioló-gico y comprimirémos el alveólo para reducir cualquier distorsión de los tejidos de soporte.

La reparación de un alveólo después de una extracción habitualmente, se lleva a cabo de la siguiente manera:

- 1.- Inmediatamente después de la cirugía existe la for-mación de un coágulo que llenará el alveólo.
- 2.- La organización de este coágulo se lleva a cabo -- por la proliferación de tejido conjuntivo joven -- 4 a 6 días después.
- 3.- Existe un reemplazo gradual de este tejido conjun-tivo joven por hueso inmaduro después de 4 a 6 se-manas.
- 4.- Existe un reemplazo de este hueso inmaduro en el - transcurso de 4 a 6 meses ulteriores. Por lo -- tanto en 4 a 6 meses la zona de la mandíbula y del maxilar, en donde fué extraído un diente, deberá - tener aproximadamente el mismo hueso que lo rodea, que el que tenía desde el nacimiento.

#### 4.5. COAGULO

Le daremos al paciente una gasa para que la muerda firmemente hasta que se presente el coágulo sanguíneo firme dentro del alvéolo.

La gasa debe de estar de tal forma que se pueda ejercer una presión firme sobre los márgenes sangrantes del alvéolo, esta gasa puede estar cubierta por celofan estéril para evitar así que absorva la sangre del alvéolo.

#### 4.6. RAICES

Revisaremos las raíces de los dientes extraídos para -- estar completamente seguros de que no dejemos nada dentro del alvéolo, si fueron sacados en partes, las reconstruiremos para estar seguros y si existe alguna duda -- nos ayudaremos de los rayos X.

## CONCLUSIONES

Espero haber cumplido con todos y cada uno de los objetivos planteados en esta tesis, haber sido claro y conciso, - y además haber contribuido en algo para que si los que nos de dicamos a la odontología tratamos de llevar a efecto todos -- y cada uno de los pasos aqui detallados jamás tendremos complicación alguna al realizar las extracciones.

Si cuando llega un paciente al consultorio con molestia y trata de presionar para que realizemos una extracción - debemos primero medicar y después actuar.

B I B L I O G R A F I A

MARTIN J. DUNN.

Farmacología, Analgesia, Técnicas de esterilización y Cirugía Bucal en la práctica Dental.

Editorial: Manual Moderno -- México, 1980.

KRUGER Q. GUSTAV.

Cirugía Buco-maxilo facial -

Editorial: Panamericana --- Buenos Aires, 1982

MERCK, SHARF Y DOHME

El Manual Merck

Editorial: Interamericana--- 1966.

RIES SENTENO GMC.

Exodencia

Editorial: El Ateneo Buenos-Aires 1960.

CCSTISCH

Cirugía Bucal

Editorial: Interamericana, -- 1974.