

2ej 731



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ACCIDENTES SOBRE LA
PRACTICA DE EXODONCIA

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

MA. DEL CARMEN RESENDIZ PEREZ

MEXICO, D.F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E.

	página.
INTRODUCCION.	I
CAPITULO I.- HISTORIA CLINICA.	1
CAPITULO II.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.	11
A) Radiografía periapical.	12
B) Radiografía oclusal.	12
C) Radiografía Ortopantomográfica.	13
CAPITULO III.- COMPLICACIONES ANESTESICAS.	15
A) Consideraciones fisiológicas.	15
B) Alteraciones internas.	16
C) Shock.	17
D) Paro cardiorrespiratorio.	20
CAPITULO IV.- COMPLICACIONES EN EXODONCIA.	25
A) Fractura de los dientes.	25
B) Luxación de dientes contiguos.	27
C) Fractura de dientes vecinos.	28
D) Penetración en seno Maxilar.	29
E) Fractura alveolar.	32
F) Fractura de maxilares.	33
G) Lesiones de tejidos blandos.	38
H) Desgarramiento de la mucosa.	38
I) Fractura de raíces.	43
J) Dientes desplazados.	47
CAPITULO V.- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.	49
A) Infección.	49
B) Hemorragia.	58
C) Gangrena.	61
CONCLUSIONES.	63
BIBLIOGRAFIA.	64

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

El interés que me llevó a elaborar este trabajo sobre los accidentes en exodoncia, su prevención y tratamiento, es conocer un poco más sobre este tipo de complicaciones que tan comúnmente se presentan en el consultorio.

Es importante documentarse al respecto, pues en estos casos se debe diagnosticar a tiempo y evitar futuras complicaciones que pudieran presentarse con un problema que aparentemente no era de gravedad.

Aliviar el dolor es la misión fundamental del Cirujano Dentista, pero no es la única, puesto que debe curar y sobre todo prevenir el daño. De ahí la importancia de una adecuada preparación basada en el estudio y la experiencia.

La práctica de la extracción dentaria, aparentemente es una intervención sencilla, pero se encuentra rodeada de gran cantidad de complicaciones y accidentes; variables tanto en su naturaleza como en su gravedad.

Dentro de las causas, éstas pueden ser anatómicas ó patológicas y en ocasiones se deben a deficiencias técnicas empleadas por el Cirujano Dentista, así como a los movimientos bruscos del paciente por el dolor causado en el momento de nuestra intervención. La variedad y frecuencia de los accidentes, así como sus consecuencias desagradables, son un verdadero problema. Esto nos obliga a conocerlos y prevenirlos.

Así pues, trataré de exponer los conocimientos elementales que se deben tener y lo que se debe hacer para evitarlos.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA.

A través de la historia clínica logramos conocer el grado de salud o enfermedad de los aparatos y sistemas que integran el organismo de el paciente para así poder evitar situaciones desagradables que pueden poner en peligro la vida del mismo y aún resultar de consecuencias funestas.

Además de ella dependerá en muchas ocasiones el éxito o fracaso del tratamiento que en ese paciente se vaya a realizar; --- pues al haber hecho una historia clínica completa, podremos elegir adecuadamente tanto los fármacos, como el anestésico que habrán de utilizarse en el paciente, así como normar nuestro criterio y conducta a seguir así como la secuencia del tratamiento a realizar.

Aunque se han sugerido un sinnúmero de historias clínicas utilizadas para diferentes especialidades dentro de la medicina, siempre todas siguen un orden definido con el fin de no omitir o confundir los datos que se quieren investigar.

Así tenemos que una historia clínica se puede dividir en:

- a) Ficha de identificación.
- b) Ficha de exploración.
- c) Diagnóstico.
- d) Pronóstico.
- e) Plan de Tratamiento.
- f) Evolución.
- g) Observaciones.

A continuación se explicará con que fin se divide la historia clínica en estos incisos y qué debe buscarse en cada uno de ellos.

a).- FICHA DE IDENTIFICACION.

Esta parte de la historia es necesaria para identificar al paciente, así como para recordar la secuencia del tratamiento del mismo, debiéndose componer de los siguientes datos:

Nombre completo del paciente, sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento, estado civil, ocupación, dirección y teléfono

-no particular; dirección y teléfono oficial; actitud mental - y fecha en que se realiza la historia clínica.

La actitud mental también es importante anotarla y va a -- clasificar a las personas según sean: nerviosas, indiferentes y adaptables.

b).- FICHA DE EXPLORACION.

La inspección de el paciente, se compondrá de una serie de datos; de los cuales, unos serán referidos por el mismo y otros se obtendrán por la observación y la exploración.

Los podemos dividir en:

- 1.- Aspecto físico del paciente.
- 2.- Motivo de la consulta.
- 3.- Estudio de la cabeza, cara y cuello.
- 4.- Exploración de la cavidad bucal.
- 5.- Enfermedad actual.
- 6.- Antecedentes patológicos familiares.
- 7.- Antecedentes patológicos personales.
- 8.- Antecedentes no patológicos personales.
- 9.- Revisión de los aparatos y sistemas orgánicos.
- 10.- Pruebas de laboratorio.
- 11.- Estudio radiológico.
- 12.- Modelos de estudio.

ASPECTO FISICO DEL PACIENTE.

La observación del paciente desde el momento en que llega al consultorio es importante pues vamos a encontrar signos diversos como pueden ser: nerviosismo, ansiedad, temor o depresión; así como su estatura, talla y peso aproximado; color de la piel y ojos; marcha, movimientos y reacciones. Todo ésto nos proporciona signos que ayudan a establecer el diagnóstico del padecimiento del paciente.

MOTIVO DE LA CONSULTA.

Se establece a través del interrogatorio acerca del padecimiento que obligó al paciente a la visita al médico; debiéndose anotar cuidadosamente la naturaleza, aparición y duración-

de los síntomas del mismo.

ESTUDIO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO.

Este punto es interesante porque podemos encontrar anomalías, como asimetrías; agrandamiento o deformidad del cráneo; la presencia de lesiones y cicatrices en el cuero cabelludo.

En la cara vamos a encontrar la expresión facial, el color de la piel y ojos, tics o muecas faciales, lesiones cutáneas, asimetrías, hipertrofias, parestesias; así como la exploración de la articulación temporomandibular y alguna anomalía de glándulas salivales o ganglios linfáticos.

EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL.

Para que la exploración bucal se realice con éxito debe hacerse en forma ordenada y total, explorando cada uno de los tejidos que la integran comenzando por:

Labios.- Se hará la inspección, palpación tanto del lado de la piel como del lado de la mucosa; presencia de lesiones, úlceras, infecciones; color y volumen.

Mucosa bucal.- La coloración de ésta puede estar determinada por enfermedades endócrinas. Se palpará para apreciar su configuración, volumen y color. Se deberá revisar las inserciones musculares y frenillos bucales, así como los pliegues mucobucales.

Paladar.- Inspección y palpación del paladar duro y blando, así como de la úvula y tejidos faríngeos anteriores, anotando anomalías o hendiduras. La incorrecta pronunciación de palabras como con voz gangosa, puede ser un signo de parálisis parcial o total del velo del paladar; a excepción de un frenillo lingual corto.

Lengua.- Haciendo que el paciente la mueva para los lados, hacia afuera, arriba, apreciaremos si el tamaño corresponde a su espacio o base, la presencia o ausencia de papilas, tejidos linfoides y lesiones.

Piso de la boca.- Es la región situada en el cuerpo del maxilar inferior en su parte interna y es la base de la lengua.

Aquí se encuentran las glándulas salivales submaxilares, sublinguales. El piso de la boca se encuentra formado por mucosa delgada que contrasta con la fibromucosa de la encía. Habrá que palpar con los dedos éste tejido, así como la base de la lengua y porción ventral de la misma.

Encía.- Determinar: Color, Forma y Configuración; buscando lesiones y anomalías, como inflamaciones, hipertrofias, retracciones y ulceraciones.

Dientes.- Exploración armada para hacer pruebas de vitalidad, térmicas, movilidad, percusión horizontal, vertical; inspección parodontal, caries, defectos estructurales de esmalte, malposiciones, anomalías de forma, color, tamaño y número; piezas obturadas, tratamientos de endodoncia y tiempo de efectuados; anotando si el paciente ha usado aparatos ortodónticos o protésicos; durante cuanto tiempo y con qué resultados. Si se provocaron desgastes oclusales y la causa de éstos; si se encuentra anodoncia parcial, o total, ver si es de origen congénito; si las extracciones se hicieron por caries, traumatismos o por otras causas; presencia de tártaro dentario, señalando que superficie abarca.

ENFERMEDAD ACTUAL.

Este aspecto es importante ya que nos va a dar el curso de un padecimiento, el tiempo, la causa real o aparente que desencadenan el mismo, evolución, sintomatología; qué se le ha administrado, si dicha molestia es constante o no; si es provocado o espontánea, etc.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES.

APARATO CARDIOVASCULAR.

En esta parte vamos a registrar; palpitaciones, dolor --- precordial, cefaleas, mareos, disneas, edema de tobillo (conocido como edema azul del cardíaco recordando que se presenta después de que la persona ha estado en movimiento y por lo tanto serán vespertinos ,lipotimia, oliguria ortostática (ganas de orinar al acostarse y que cesa al ponerse de pie) -- fragilidad capilar, arterioesclerosis, tensión arterial y -- pulso .

APARATO RENAL.

Poliuria (necesidad frecuente de orinar), Nicturia (necesidad de orinar durante la noche), Edema parpebral (hinchazón de los párpados) recordando que puede abarcar hasta la mejilla, así como también se presenta en las manos.

Este tipo de edema se presenta después que el paciente ha estado en reposo, edema geográfico, piuria (presencia de pus en la orina), Disuria (dolor al orinar), Hematuria (presencia de sangre en la orina).

SISTEMA NERVIOSO.

Sueño, Parestesias, Parálisis, Irritabilidad, Antecedentes de convulsiones tipo epilepsia o corea, problemas emocionales, principalmente durante el tiempo en que se supone el paciente se someterá al tratamiento.

APARATO DIGESTIVO..

Dolor, antecedente de lesiones o enfermedades hepáticas -- Anorexia (perdida de apetito). Polifagia (necesidad de comer-- constantemente), Dispepsia (dificultad al tragar), Meteorismo-- (gases), Dolor Estomacal frecuente, Náuseas o Vómitos frecuen-- tes.

APARATO RESPIRATORIO.

Tos frecuente, que tipo de tos y su origen. Expectoracio-- nes , si son frecuentes, Epistáxis (hemorragias nasales) fre-- cuentes, Cianosis (falta de oxígeno en la sangre con colora -- ción azulosa en labios y uñas), Disneas teniendo en cuenta que pueden ser por varias causas entre ellas, nervioso Urémicas, - Tabaquismo, Asmática, Digestivas, etc.

APARATO GENITAL.

Investigar algunas alteraciones observada por el paciente-- o bien alguna enfermedad padecida.

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER:

MESTRUCION. En caso de ser paciente con edad entre los 12 y - y 14 años preguntar sobre la menarca, y en general se pregunta-- rá sobre Ritmo, Volúmen, Dismenorreas, Condiciones de la úl--- tima menstruación y hace cuanto tiempo fué y si se encuentra - menstruando en el momento de la consulta.

EMBARAZO. Si la paciente en el momento de la consulta se en-- cuentra embarazada, se deberá preguntar sobre los embarazos an-- teriores, complicaciones durante ellos, peso de las criaturas, abortos, anomalías, en el actual y tiempo del mismo.

LACTANCIA.- Solo nos interesa si en ese momento se encuentra amamantando al niño.

MENOPAUSIA.- Es importante por los cambios hormonales que traen como consecuencia.

El interrogatorio irá encaminado a conocer el estado fisiológico de la mujer ya que en muchos casos los padecimientos o alteraciones genitales traen repercusiones bucales y así poderlas identificar como el saber por que están o no presentes.

SISTEMA ENDOCRINO.

El principal padecimiento de origen endócrino con el que nos vamos a encontrar, será la diabetes mellitus y acerca de la cual preguntaremos.

Presencia de Polifagia, pérdida de peso, Polidipsia, poliúria, antecedentes de la diabetes en la familia.

Debemos buscar en boca: Microangiopatías (degeneración en las paredes de los pequeños vasos que se encuentran en las encías, movilidad dentaria, aliento cetónico (olor a manzanas pasadas) Macroglosia (agrandamiento de la lengua) por lo que se marcan los dientes en los bordes de la lengua, encías edematosas y sangrantes, presencia de bolsas periodontales, resorción de las crestas alveolares.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

Estas se ordenarán en caso de sospechar o para aclarar nuestras dudas y poder remitir al paciente al médico de cabecera en caso de que necesite tratamiento. También las

pruebas de laboratorio nos van a ayudar en el caso de que el paciente se le vaya a hacer un tratamiento de cirugía; las -- pruebas de laboratorio que se deben solicitar son:

Química Sanguínea, biometría hamática, general de orina, - curva de tolerancia a la glucosa, tiempo de sangrado, tiempo - de coagulación, tiempo de protombina.

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.

Serán de una gran ayuda para completar nuestro plan de tratamiento, pueden ser de dos tipos:

INTRAORALES Y EXTRAORALES.

Las extraorales son: panorámicas, laterales; para cefalome trías, la antero posterior, la postero anterior, de hertz para arco cigomático, la detonne para mandíbula, cóndilo y ángulo.

Tenemos las radiografías especiales que nos van a ayudar en caso de que busquemos patología en tejidos blandos o duros a diversas profundidades.

MODELOS DE ESTUDIO.

Se tomarán impresiones al llegar el paciente para estudiar que tipo de tratamiento se seguira; estos modelos se guardarán para completar los avances del tratamiento.

c).- DIAGNOSTICO.

Después de haber completado la historia clínica nos da remos cuenta en forma general de todos los padecimientos y proyectaremos un plan de tratamiento.

d).- PRONOSTICO.

El pronóstico se dará al paciente una vez que se tenga el diagnostico, ya que a través de este vamos a saber el --

grado de éxito o fracaso que vamos a tener en el tratamiento- que pensemos llevar a cabo y el cual debemos comunicar al paciente, que deberá firmar de enterado, al final de su historia clínica.

e).- PLAN DE TRATAMIENTO.

Vá a abarcar desde la premedicación, el procedimiento operatorio, el tipo de anestesia, tratamiento postoperatorio, que sería medicación y analgesia después de la intervención.

f).- TRATAMIENTO.

Se llevará a cabo de acuerdo con el plan que nos trazamos, el cual se deberá anotar para no olvidar y tenerlo presente en el momento operatorio.

g).- EVOLUCION.

En este espacio se ira anotando la evolución que vaya teniendo el paciente durante el tiempo que dure el tratamiento que se esté siguiendo.

h).- OBSERVACIONES.

Se anotarán los medicamentos que esté tomando el paciente durante el tratamiento, el nombre de algún familiar al que pudiera avisarse en caso de emergencia, así como el nombre de el médico o institución que lo atiende: el tipo de sangre y firma con nombre completo del interesado.

Adicionado a la historia clínica es bueno tener un odontograma para facilidad del tratamiento y comprobar que fúe lo que se atendió en la consulta anterior.

C A P I T U L O I I

E S T U D I O R A D I O G R A F I C O .

La radiografía es un registro, sobre una película de densidad-radiolucidas y radiopacas, obtenido por los rayos "X".

El uso de la radiografía es importante cuando se vá a re-realizar una extracción, para determinar su exacta localización y una posible patología.

Además por medio de la radiografía podemos observar si el diente en cuestión se encuentra complicado con algún quiste, granuloma, también por medio de la radiografía vemos la posición que tiene, número de raíces y con base a esto podemos escoger la técnica adecuada para su extracción.

La radiografía debe mostrar toda la estructura de la raíz y del hueso alveolar que rodea al diente. En la mayoría de los casos una radiografía periapical será suficiente, pero a veces es necesario como en el caso de los terceros molares -- tomar una radiografía extraoral la cuál nos vá dar una vista lateral oblicua de la mandíbula, para observar la totalidad de la raíz, el estado o su situación, estructura y cantidad de hueso de soporte.

Una buena radiografía debe interpretarse cuidadosamente el uso de un lente de aumento y un negatoscopio ayudan a la interpretación de los siguientes factores que causan dificultad para ser detectados:

- 1.- Desviación de una de las raíces.
- 2.- Caries extendida hasta la raíz.
- 3.- Raíces supernumerarias.
- 4.- Forma anormal de las raíces.
- 5.- Fractura de raíz.
- 6.- Hiper cementosis de la raíz.
- 7.- Anquilosis.
- 8.- Germinación.
- 9.- Dientes retenidos.
- 10.- Lesiones patológicas.

La interpretación cuidadosa de la radiografía puede revelar también la posibilidad de una complicación como:

- 1.- Fractura de la tuberosidad del maxilar.

- 2.- Desplazamiento de un diente o raíz al senomaxilar.
- 3.- Daños del nervio dentario inferior.
- 4.- Aparición de una fístula.

Una vez que las dificultades y las posibles complicaciones -- han sido disgnosticadas, consideramos cual será el método más apropiado para hacer nuestra extracción.

TIPOS DE RADIOGRAFIAS.

A) RADIOGRAFIA PERIAPICAL.

La película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal y su borde superior paralelo a la boca y teniendo cuidado de que no sobresalga a la línea de oclusión más de 3 milímetros. EL borde anterior deberá estar colocado lo más atrás posible y el paciente sujetara la película con el dedo índice.

Al radiografiar el lado derecho de la boca se emplea la mano izquierda del paciente y viceversa.

El rayo central deberá ser dirigido al centro de la película.

B).- RADIOGRAFIA OCLUSAL.

La película oclusal es una placa más grande que la periapical y se emplea a menudo en radiografías intra y extrabucal, Se emplea con más frecuencia para el exámen de la parte anterior del maxilar o mandíbula, pero puede usarse también para el estudio extrabucal de ciertas regiones como ángulo y cuerpo de la mandíbula, tejidos blandos del cuello o incluso mano u otra parte del cuerpo.

En presencia de un tercer molar retenido puede emplearse placa oclusal mediante proyección oblicua lateral, sobre todo si resulta difícil poner en evidencia la retención de una radiografía periapical intrabucal. De esta manera se logra una buena vista para la localización del diente en plano vertical

puede entonces recurrirse a una placa a lo largo del plano -- oclusal para localizar el diente en sus facetas bucal y lin-- gual.

C) .-RADIOGRAFIA ORTOPANTOMOGRAFICA.

La panografía designa la técnica ideada para estudiar los elementos anatómicos de una forma panorámica. El Panógrafo -- Panoramix es un aparato de Rayos "X" que utiliza una fuente - de radiación intrabucal para exponerle película colocada ex-- traoralmente.

El Panógrafo consta de dos partes especializadasúnicas en un aparato radiográfico dental: El generador de potencial --- constante y el tubo de Rayos "X" Panoramix.

El tubo de Rayos "X" Panoramix es característico; tiene - un tubo de vidrio largo y estrecho que se proyecta desde una - bombilla de rayos "X". El ánodo está situado en el extremo - del tubo y consite en un cono de cobre provisto en su vértice de una diana puntiaguda de tungsteno; el punto focal tiene un diámetro de 0.1 mm. La radiación se genera en todas las di -- recciones a partir del ánodo y se colima para la radiografía - odontológica mediante pantallas especiales de plomo.

La imagen producida por el panógrafo se extiende desde el tercer molar de un lado hasta el tercer molar del otro lado - en ambos maxilares; generalmente son radiografiados separada- mente. Debido a la divergencia de los Rayos "X" desde la dia- na, la imagen logra un aumento de 2 hasta 2.5 veces.

Hay grados variables de superposición en las regiones -- bicúspide y molar ; existe deformación vertical, horizontal y - dimensional a causa de las dificultades para adaptar el cha-- sis uniformemente el arco dental. A pesar de estos inconve--- niente del detalle y la definición de la imagen aumentada son

bastante buenos. Las principales ventajas del panógrafo ---
consiste en que es relativamente portátil, fácil de manejar -
y que puede ser utilizado con ventaja para radiografías.

C A P I T U L O I I I

C O M P L I C A C I O N E S

A N E S T E S I C A S .

A). CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS.

La neurona es la unidad funcional del sistema nervioso -- con un núcleo; una superficie con múltiples abultamientos --- llamados pies terminales que van a formar la Sinapsis, varias prolongaciones llamadas Dendritas y otras muy largas Cilindro eje, neuroeje ó axon.

La función del sistema nervioso consiste en transmitir el estado de excitación de una parte a otra del organismo.

El impulso nervioso es una onda transitoria de excitación eléctrica que viaja de un punto a otro a lo largo de la fibra. Histológicamente la fibra es semejante a un cable con un nú-- cleo citoplasmático de baja resistencia eléctrica, rodeado de una membrana aislante de resistencia alta. Por fuera de la -- membrana se encuentra el medio, formado por líquido tisular, -- con electrolitos disueltos.

La membrana tiene una propiedad selectiva, es decir que -- deja pasar ciertas sustancias con mayor ó menor facilidad --- mientras que es impermeable a otras. El tamaño de la partícula en relación al tamaño del poro de la membrana y la carga ---- eléctrica. son factores fundamentales que condicionan el paso a través de la membrana: una membrana con permeabilidad se-- lectiva que separa a dos soluciones electrolíticas, proto --- plasma y líquido intersticial. Se encuentra polarizada, los -- iones se distribuyen sobre sus superficies interiores y exte-- riores con una doble capa eléctrica.

En los tejidos excitables los cationes forman una capa -- exterior con carga positiva y los aniones una capa interior -- con carga negativa.

Todos los anestésicos locales importantes son sales de -- sustancias básicas. La base libre en presencia del medio al--

-calino de los tejidos se libera. retardando a nequeñas dosis pero deteniendo a dosis apropiadas el paso de los iones a --- través de la membrana.

Se supone que el mecanismo de acción es un fenómeno de -- superficie. La solución anestésica provee una gran superficie libre con iones de la base con carga positiva, que son absorbidos por las fibras y terminaciones negativas que tienen -- carga negativa; Los Iones positivos son selectivamente absorbidos por el tejido nervioso.

Los anestésicos son sustancias químicas de síntesis, las cuales por su estructura molecular tienen características y - propiedades particulares que los hacen diferir unos de otros y gracias a lo cual, podemos hacer una selección idónea en -- cada caso en particular. Una de tales propiedades por ejemplo la duración, podrá ser una ventaja indiscutible de un anestésico en operaciones prolongadas, pero no deja de ser inconveniente y molesto para el paciente si se usa el mismo anesté-- sicos en una operación sencilla.

B). ALTERACIONES INTERNAS.

La síntesis de nuevos compuestos anéstésicos cumplen con menos toxicidad local y general.

El la mayoría de los casos, el aumento de potencia se acompaña de un aumento concomitante en la toxicidad del producto. - No obstante, si el cambio estructural responsable del aumento de dicha potencia también aumenta la velocidad de hidrólisis -- entonces es posible que disminuva, la toxicidad del nuevo -- agente. Un buen ejemplo en este sentido es el de 2-cloropro-- caína (Nesacaina), fármaco dos veces más potente que la procaína pero menos tóxico puesto que se hidroliza cinco veces más rapido. Dado que la anestesia local tiene como fin inhibir -- temporalmente la conducción nerviosa, su efecto depende fun--

-damentalmente de la velocidad con que penetra en la vaina -- nerviosa en concentraciones suficientes.

La toxicidad por sobredosis, consecuencia de un nivel ---- sanguíneo suficientemente elevado como para afectar los cen-- tros vitales, se produce por inyección de volúmenes excesivos de soluciones demasiado concentradas o de inyecciones rápidas en zonas muy vascularizadas. Los primeros síntomas de intoxicación derivan de la estimulación de la corteza cerebral y -- se caracterizan por locuacidad, inquietud, aprensión, excita-- ción y a veces convulsiones. Sin embargo la lidocaína y la -- mepivacaína tienen una acción diferente que se manifiesta por depresión cortical, letargo, somnolencia y sueño. Si la res--- puesta tóxica es de grado moderado o grave, a la fase corti-- cerebral le sigue otra de estimulación bulbar, con hiperten-- sión arterial, taquicardia y aumento de frecuencia respira-- toria: también puede haber náuseas y vómito. La fase final es -- una depresión bulbar directamente proporcional a la intensi-- dad de la estimulación previa. La presión arterial cae, el -- pulso se torna lento y filiforme y la respiración se debilita o cesa. En la mayoría de los casos la muerte por dosis exage-- radas de anestésicos locales se debe a fenómenos de paro res-- piratorio.

c). SHOCK

Es una depresión vital súbita y grave sobre el sistema -- nervioso, caracterizado principalmente por insuficiencia de -- la circulación periférica, descenso de la presión sanguínea -- pulso rápido y débil, respiración superficial, inquietud, an-- siedad y a veces inconsciencia.

El Shock secundario se define como un estado de deficien-- cia circulatoria producida por pérdida de sangre, plasma o -- agua y causado principalmente por hemorragia, trauma o hipo-- xia prolongada.

PREVENCION.

Para reducir al mínimo el peligro de presentarse el shock es aconsejable conquistar primeramente la confianza del paciente evitando efectuar cualquier tipo de operación en un sujeto cuyo estado físico se considera deficiente. Las intervenciones durante enfermedades agudas solo deben realizarse en caso de extrema urgencia, habiendo antes reducir al mínimo las posibilidades de producir el shock.

Es de suma importancia la elección del anestésico que se va a emplear, se puede decir que un anestésico local expone más al shock primario, mientras que la anestesia general lo hace al shock secundario: si se considera necesario está indicado administrar al paciente el día anterior de la intervención, medicamentos sedativos. En nuestra especialidad casi no es necesario el uso de depresores enérgicos como la morfina.

Nunca se deben poner a la vista del paciente los instrumentos de cirugía los cuales se deben manejar con delicadeza para no alarmarlo. Se deben aflojar las prendas de vestir que puedan entorpecer la circulación y la respiración antes de iniciar la anestesia. Existe menos probabilidad de que aparezca el shock si se coloca el respaldo del sillón en forma horizontal, ya que en la forma vertical la sangre fluye a los órganos esplánicos produciéndose la anemia cerebral: debe tenerse muy en cuenta la velocidad de inyección del anestésico puesto que a menor velocidad existe menos riesgo de producir este accidente ya que la toxicidad de éste es mayor cuanto mayor sea la rapidez con que se inyecta. Las personas que son susceptibles a la adrenalina suelen presentar con mayor facilidad estados de shock.

TRATAMIENTO.

El shock es siempre una posibilidad y se debe de estar en guardia contra él durante cualquier procedimiento quirúrgico o mientras se administra la anestesia. Tan pronto como aparecen los síntomas se debe colocar al paciente en forma horizontal con la cabeza más baja que los pies, enseguida se le hace inhalar unas gotas de amoniaco cuyos vapores sirven para irritar a la mucosa del árbol respiratorio superior, lo que vá a provocar tos, cuando este signo aparece se debe suprimir la administración del amoniaco, cuando el shock se presenta en un paso más avanzado, el paciente pierde el pulso o se hace muy débil, los movimientos respiratorios al principio son lentos y regulares para despues hacerse ansiosos y espaciados, desaparecen los reflejos y el paciente se queja de frío intenso para después perder totalmente el conocimiento.

Cuando aparece en la cara pálidez cadavérica, las facciones afinadas, las alas de la nariz aplastadas y los globos oculares aparecen fijos y desviados, nos encontramos en presencia de un síncope: en esta situación se deben retirar las compresas con las que se aplicó el amoniaco, se coloca el paciente en posición de trendelemburg, se le aplica compresas de agua fría en la cara, se le proyecta aire sobre el rostro. Se debe de administrar por vía hipodérmica cafeína, adrenalina, corticoides.

Lo más frecuente en nuestra especialidad es que el paciente se recupere con el tratamiento que hemos indicado, pero si el shock se agrava debemos inyectar grandes cantidades de líquido en solución salina por vía endovenosa, hipodérmica y rectal. El oxígeno en anestesiología es un valioso elemento terapéutico en el tratamiento del shock, existen en la actualidad equipos portátiles de oxígeno de sencilla manipulación-

y que no deben faltar en el gabinete de todo cirujano dentista.

D). PARO CARDIORRESPIRATORIO.

El cese repentino de la respiración, con desaparición del pulso, es una eventualidad siempre temible. Puede suceder en cualquier parte y en cualquier momento : en el trabajo, en la casa, en la calle, y a veces en el consultorio odontológico. Las causas son muchas e incluyen las reacciones a las drogas la anestesia, la asfixia, el shock eléctrico, la propia enfermedad, la excitación y la tensión física.

La mayoría de los pacientes llegan al consultorio odontológico temerosos y sin sedación. Como promedio, tienen una frecuencia de 10 pulsaciones por minuto más de lo que tendrían si no anticiparan el tratamiento. A veces se observan taquicardías de 120 a 140 en adultos y de 160 a 180 en los niños. El incremento de la presión sanguínea sistólica suele ser de unos 15 mm Hg por encima de la normal antes de iniciar el tratamiento; durante el procedimiento odontológico son comunes los elementos de la presión sistólica de 50 mm Hg. A estas tensiones agregamos la posible toxicidad de la anestesia local, la estimulación de vasoconstrictores endógenos y el stress de los estímulos dolorosos. Año tras año acude a los consultorios dentales una creciente proporción de pacientes enfermos de edad avanzada. Esta combinación de factores predispone al paro cardiorrespiratorio. Los odontólogos tienen que aceptar la responsabilidad de hacer la evaluación de sus pacientes antes de emprender los tratamientos. Cuando los riesgos no son razonables, se debe evitar el tratamiento electivo. Mediante una cuidadosa evaluación del paciente, la posibilidad de un paro cardiorrespiratorio se reduce a un mínimo, aunque no se elimine por completo.

Cuando se detiene el corazón, por lo general subsiste una respiración jadeante por 20 a 40 segundos más. Cesa el aporte de sangre oxigenada al cerebro y al resto del cuerpo, muchas veces las pupilas se dilatan. El tiempo es el factor crítico cuando la emergencia se produce en el consultorio, el dentista y sus asistentes deben saber como reconocerla, qué hacer como hacerlo, y además hacerlo inmediatamente. Es posible efectuar respiración artificial insuflado en los pulmones del paciente el aire que usted respira, a través de la boca o la nariz. Además puede hacer circular la sangre del paciente, así oxigenada, presionando rítmicamente sobre la mitad inferior del esternón. Para esto no se necesita ningún equipo especial solo su presencia y "saber como". El objeto de la circulación de sangre oxigenada para mantener el funcionamiento del cerebro y de los órganos vitales hasta que se recuperen las funciones naturales del organismo y permitan la ventilación y -- circulación espontánea.

MASAJE CARDIACO.

El corazón humano es un organismo medio situado entre la columna y el esternón, su movilidad lateral es bastante limitada, como se observa. La experiencia ha demostrado que la -- porción inferior del esternón es movable en personas anestesiadas o inconscientes, y que este movimiento se debe a la -- flexibilidad de las articulaciones condrocostales y a la elasticidad de las costillas. Los cartílagos pueden fracturarse durante las maniobras, pero afortunadamente el accidente no -- tiene consecuencias serias.

La presión sobre el pecho comprime al corazón entre el es ternón y la columna vertebral, lo cual impulsa la sangre des-

-de el corazón derecho a los pulmones, y desde el corazón izquierdo a la circulación sistémica. Las válvulas del corazón funcionan correctamente y se produce entonces un flujo natural de sangre. Cuando se interrumpe la compresión la elasticidad del esternón y de las costillas hace que el corazón recupere su posición de reposo, y simultáneamente cae la presión en las aurículas y ventrículos y se facilita el flujo de sangre desde la periferia.

Si el masaje y la ventilación son eficaces, el operador podrá lograr un flujo de sangre oxigenada de aproximadamente el 40/60 por ciento de lo normal. Esto según se ha demostrado es suficiente para mantener el corazón y el cerebro viable durante 60 minutos: en otras palabras, un paciente con paro cardíaco puede ser mantenido con posibilidades de recuperación, entre la muerte clínica y la biológica, durante un lapso de una hora por lo menos.

TRATAMIENTO DE PARO RESPIRATORIO.

Si se produce paro respiratorio debe procederse a la respiración artificial inmediata. Cuando se dispone de un resucitador es posible administrar oxígeno por medio de una bolsa de respiración, con presión positiva intermitente y una máscara o un tubo endotraqueal. En caso contrario se debe practicar la respiración artificial por el método boca a boca, que no requiere ningún tipo de equipo, puede ser aplicado por cualquiera con un mínimo de experiencia y permite conseguir un grado satisfactorio de ventilación pulmonar.

EL METODO ES EL SIGUIENTE.

- 1.- Limpie las vías aéreas.
- 2.- Coloque al paciente de espaldas, con el cuello extendido, la cabeza flexionada hacia atrás y el mentón --

hacia arriba para enderezar la vía aérea.

- 3.- Introduzca un pulgar en la boca, a nivel de la comisura labial, y tracción firmemente al maxilar inferior con el pulgar y los dedos.
- 4.- Con la otra mano ocluya las fosas nasales para evitar escape de aire.
- 5.- Coloque su mano abierta sobre la boca de la víctima de manera que el contacto sea lo más estrecho posible.
- 6.- Expulse firmemente el aire en la boca del paciente, con suficiente fuerza y en suficiente cantidad como para expandir sus pulmones.
- 7.- Separe la boca y aproveche para inspirar cuando el aire escape de los pulmones de la víctima.
- 8.- Repita las maniobras a razón de 12 a 20 veces por minuto.
- 9.- No suelte el maxilar del paciente entre respiración y respiración.
- 10.- De ser posible, debe recurrirse a la intubación orofaríngea.
- 11.- Reajuste la posición del mentón y el cuello si el aire no fluye libremente.
- 12.- Si es necesario, puede ocluíse la boca y practicar la respiración por el método boca-nariz.

C A P I T U L O I V

C O M P L I C A C I O N E S E N E X O D O N C I A .

Antes de cualquier procedimiento quirúrgico debe hacerse una evaluación preoperatoria completa del paciente. Puesto -- que la mayoría de quienes reciben tratamiento dental son pa-- cientes ambulatorios, y presumiblemente gozan de buena salud-- se necesita una atención constante para descubrir estados pa-- tológicos asociados que tengan una etiología distinta de la -- del problema odontológico. La evaluación debe incluir una his-- toria cuidadosa, un exámen clínico completo, un estudio radio-- lógico cuidadoso y los análisis de laboratorio necesario. Los hallazgos pueden orientar hacia alguna afección local o gene-- ral capaz de complicar el problema si se realiza la interven-- ción planeada.

Un ejemplo excelente de la importancia de la evaluación -- preoperatoria es el de las hemorragias serias que ocurren en-- un hemofílico cuando se le opera sin preparación. Si el trans-- torno se reconoce antes, la preparación previa permitirá, en-- general llevar a cabo la intervención sin que se presenten -- problemas serios.

Una buena regla para evitar complicaciones es no realizar ninguna intervención en los dientes o en las estructuras de -- soporte hasta que se disponga de las radiografías adecuadas.

Las radiografías son indispensables porque aportan datos adicionales sobre la totalidad del problema, y porque a menu-- do orientan hacia las complicaciones postoperatorias que pu-- dieran surgir. Las intervenciones realizadas a ciegas pueden -- provocar la fractura de raíces o de alvéolos, traumatismos en los senos maxilares, lesiones nerviosas, etc. Que se habrían-- evitado con la ayuda de una buena radiografía.

Además para prevenir urgencias y complicaciones el dentis-- ta deberá poseer la capacidad necesaria para evaluar a decua-- damente el problema antes de la intervención. Si se comprueba la existencia de una patología sistémica, el profesional debe reconocer la posible recuperación de ésta sobre la enfermedad

local. De manera similar, debe saber evaluar las dificultades técnicas que plantean las situaciones que se descubren mediante el exámen clínico y radiográfico. No todas las intervenciones son de la misma magnitud, y pueden surgir inconvenientes cuando el profesional intente realizar las que superan su capacidad. La prevención de estas complicaciones requiere siempre una evaluación honesta del problema; en otras palabras, el paciente debe ser derivado a un colega especializado cuando las circunstancias lo aconsejen. Muchas de las emergencias y complicaciones pueden evitarse siguiendo un viejo adagio " Un buen médico es aquel que sabe lo que puede hacer, -- tanto como lo que no puede hacer" ".

A). FRACTURA DE LOS DIENTES.

- a).- Por su morfología.
- b).- Por la naturaleza de los tejidos circundantes.
- c).- Por su posición.

POR SU MORFOLOGIA.

Algunos dientes presentan raíces curvas, en tal forma que son tan frágiles que la dirección y el grado de fuerza ordinariamente aplicada para su extracción, dan por resultado su -- fractura. Sucede especialmente en los terceros molares inferiores multirradiculares, las raíces de estos dientes son curvas y frágiles y como están empotradas en la parte más compacta de la mandíbula, hay gran tendencia a la fractura.

También los primeros premolares superiores, son en frecuencia los que siguen en cuanto a probabilidad de fractura.

Aun que el hueso es más diploico en este punto, las raíces bifurcadas son tan fragiles y afiladas que con facilidad--

se fracturan.

Aun procediendo con cuidado.

Los terceros molares superiores al igual que los inferiores varían en su forma y número de raíces. La parte del hueso en que se encuentra es más esponjoso y ceden con facilidad, - de manera que utilizando una buena técnica las fracturas no - serán frecuentes.

Siguiendo en orden de fragilidad, la raíz disto-vestibular de los primeros molares superiores, por la divergencia -- notable de sus raíces, presentan gran tendencia a la fractura.

Finalmente, con probabilidad de fractura se encuentran los afectados de hipercementosis, cementomas, odontomas, así como también los dientes geminados. Cuando éstos están alojados en el maxilar superior pueden extraerse sin mayor dificultad que cualquier diente normal, pero cuando se encuentran en la mandíbula especialmente premolares y molares, presentan neoformaciones en sus extremos radiculares y es por esto que su extirpación pueden ofrecer dificultades.

Por estos motivos, siempre que se descubran condiciones - semejantes antes de intervenir, es conveniente descubrir ta-- les dientes abriendo una ventana en su correspondiente pared alveolar vestibular.

POR LA NATURALEZA DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES.

Las raíces de los dientes con erupción normal están im--- plantados en el téjido óseo al que se adosan íntimamente a ellos y al proceder a la extracción se debe vencer la fuerza-retentiva. Cuando el alveolo no cede y la resistencia de éste es mayor que el punto de fractura del diente, forzosamente -- tendrá que producirse ésta. Estos factores varían en forma -- considerable incluso en condiciones normales.

Las dificultades debidas a esta causa son más frecuentes- en molares y premolares inferiores, por el hueso mandíbular -

que es compacto y que aumenta de grosor en sentido distal ya que la línea oblícua interna y externa se confunde en las superficies alveolares de sus respectivas caras .

Los premolares es un caso especial, por el hecho de tener sus raíces de considerable tamaño que al aplicarse la acción de palanca se fractura fácilmente.

POR SU POSICION.

Los dientes con mala posición cuya erupción es completa - casi siempre se fractura al extraerlo principalmente sucede con los premolares inferiores cuando se encuentran en giroversión. Las raíces de éste están aplastadas en sentido mesio---distal y a la acción de palanca que es necesario ejercer, da lugar frecuentemente a la fractura. En general todos los dientes ectópicos han de extraerse con cuidado.

TECNICA DEFECTUOSA.

Exámen incomplet^o de los dientes que han de extraerse y - de los téjidos circundantes, selección inapropiada de los instrumentos, empleo inadecuado del anestésico, posición inco---rrecta del operador y paciente, etc, son algunos de los principales factores que complican una intervención exodóntica.

Una manipulación común también defectuosa, consiste en aplicar las ramas de los fórceps de manera que prendan el diente en dos niveles distintos.

B). LUXACION DE LOS DIENTES CONTIGUOS.

La luxación o el desplazamiento parcial o completo de un diente contiguo constituye un contratiempo bastante frecuente esto ocurre sobre todo cuando se emplean botadores y se utili

-za como punto de apoyo un diente mesial o distal. En algunos casos se recurre a una técnica en la que el diente vecino actúa como punto de apoyo, pero esto debe de llevarse a cabo con el mayor cuidado no se empleará más fuerza que la necesaria para fijar el instrumento. Así mismo, debe procurarse apoyo al diente con la mano libre y jamás se aplicará la fuerza completa que puede completar o provocar un desplazamiento.

Los perjuicios en estas condiciones pueden variar desde un ligero aflojamiento hasta el desplazamiento completo del diente. El mal resultado no siempre es proporcional a la lesión visible, en la mayoría de los casos se presenta tan solo un dolor temporal de diferente grado y que desaparece al cabo de días. En otros, especialmente en los adultos de edad más avanzada, el diente puede desvitalizarse e infectarse.

La manipulación defectuosa del fórceps puede dar lugar al desplazamiento de un diente del mismo maxilar o del antagonista. Esto sucede principalmente cuando se intente la extracción del diente solo por tracción, intentando expulsarlo por medio de esta fuerza al diente de su alveolo. Sucede entonces que la pieza dental se desprende súbitamente perdiendo el operador en ese instante el dominio de la mano y por consiguiente del instrumento.

C). FRACTURA DE DIENTES VECINOS.

La fractura de un diente vecino al que se extrae, constituye siempre un accidente desagradable, sobre todo cuando aquel se encuentra en buenas condiciones y no se pretendía su extracción. Las causas más frecuentes dependen de la manipulación, sujetar incorrectamente el fórceps o la actopía de los dientes.

D). PENETRACION EN SENO MAXILAR.

Cuando al extraer un diente y se penetra en el seno maxilar o se provoca su apertura, el tratamiento depende de la -- naturaleza de la lesión, ya sea del interior del seno o de -- los tejidos que circundan el diente extraído. Tiene por con-- siguiente importancia estudiar primero las condiciones que -- pueden dar lugar a este accidente;

- 1.- La proximidad de molares y premolares superiores con respecto al suelo del antro puede ser tal que la extracción sea imposible sin la fractura de la pared del seno. Cuando se dá esta condición anatómica existe solamente una fina laminilla de hueso o un tapiz membranoso entre el seno y las raíces dentarias. Esto sucede más a menudo en los primeros y segundos molares, a veces en los terceros y muy rara vez en los segundos premolares, en los primeros y en los caninos.
- 2.- El seno puede resultar lesionado a causa de un traumatismo excesivo o por la defectuosa aplicación de los instrumentos o de la fuerza.
- 3.- A causa de un estado patológico de los tejidos existentes entre las raíces y esta cavidad.
- 4.- Impulsión de cuerpos extraños en el seno.
- 5.- Fractura del cuerpo del maxilar.

APERTURA ACCIDENTAL DEL SENO MAXILAR SANO.

Cuando existe relación anatómica raíz-seno, la laminilla de hueso que forma el piso del antro o una porción de su membrana, se extrae junto con el diente y por esta causa se establece una comunicación.

El diagnóstico es fácil en estos casos aunque en algunos la lesión puede pasar inadvertida. Constituye signos manifiestos de esta complicación la hemorragia nasal en el lado correspondiente y la aparición de sangre espumosa en el alveolo el paciente nota que al hablar el aire escapa por el alveolo y que los líquidos pasan de la boca a la nariz.

Está contraindicado explorar el seno y si no existen signos de complicación desagradables, ni siquiera es necesario el lavado del seno ya que debemos recordar que el epitelio ciliado que normalmente tapiza las paredes del seno maxilar resulta fácilmente atacado hasta por las soluciones antisépticas más débiles.

El alveolo dentario debe limpiarse perfectamente eliminando los restos de tejidos destruidos y traumatizados así como las esquirlas del alveolo que puedan existir, después se tapona con gasa hasta la mitad de su profundidad. Se deja que la sangre coagule y obture la profundidad del alveolo y se renueva la curación cada 24 o 48 horas. Al cabo de una semana o diez días, el alveolo queda obliterado por el tejido cicatrizal que procedente de todas sus paredes va colmando la cavidad.

Si la hemorragia es abundante y a la vez se produce epistaxis considerable, es recomendable practicar uno o dos lavados del seno con una solución salina normal tibia. Esto tiene por objeto expulsar los coágulos de sangre contenidos en el mismo que dejaste ahí podrían infectarse.

El objeto de este tratamiento es impedir la infección y la entrada de sustancias cargadas de gérmenes procedentes de la cavidad bucal y procurar la cicatrización rápida de la herida.

Una de las causas más frecuentes de lesión del seno maxilar es el raspado imprudente con la cucharilla para hueso o botadores. Si no hay una zona patológica, no está indicado el

raspado: esto será practicado cuando existe degeneración y - proliferación de tejido patológico, limitandonos a extirpar estos tejidos.

La apertura del seno debe siempre considerarse como una complicación grave que puede, dar lugar a transtornos de gran alcance y duración que a veces son permanentes.

En la extirpación del segundo y más a menudo del tercer molar, puede fracturarse una porción de la tuberosidad y una parte mayor o menor de la lámina de hueso, que forma el suelo del antro. Lo más frecuente es que la porción de hueso -- fracturado queda adherida en parte al mucoperiostio y no pierda su vitalidad pero lo común es que se necrose la porción de hueso fracturado a veces se adhiere al diente y se extirpa - junto con él. La pérdida del diente y el hueso deja una herida abierta con exposición de la mucosa del seno. Cuando el se no no se encuentra en esto patológico es mejor cerrar la abertura inmediatamente porque el mucoperiostio desprendido y --- suelto ofrece suficiente margen para este objeto.

CONDICIONES PATOLOGICAS DEL SENOS.

Cuando el seno resulta afectado a causa de la destrucción patológica de los tejidos que se encuentran entre el diente y la cavidad, deben considerarse varios factores en su trata--- miento. Al establecer el diagnóstico habremos de cerciorarnos de la extensión de tejido destruido a fin de que las partes - enfermas puedan extirparse por completo: también valiendonos- de placas radiográficas y de la transluminación se procurará- comprobar el estado de la cavidad. Si se descubre que el seno se encuentra con alteraciones patológicas, resulta esencial - recurrir al tratamiento adecuado.

CUERPOS EXTRAÑOS.

En la práctica exodóntica nos interesan principalmente -- aquellos casos en que un diente o una porción del mismo resul-- tan impedidos dentro del seno maxilar. Aunque esto no es fre-- cuente puede suceder que la raíz fracturada de un primero o -- un segundo molar sea empujada hacia dentro del antro si no se procede con cuidado, esto ocurre con frecuencia con el empleo de los botadores.

La extracción de estos cuerpos extraños no siempre es fá-- cil, cuando un diente o un fragmento de él se desprende de -- sus inserciones alveolares y resulta desplazado es muy difí-- cil precisar exactamente su situación. Lo más que podemos de-- terminar es su presencia y aproximadamente el lugar que ocupa.

En muchos casos la invasión del seno maxilar va seguida -- inmediatamente de infección aguda y empiema, en otros puede -- producir complicaciones por parte de la nariz o de sus cavi-- das accesorias.

E). FRACTURA ALVEOLAR.

La fractura del alveolo es un accidente común en la ex--- tracción dentaria; un pequeño grado de fractura y fragmenta-- ción de su tejido puede considerarse como un incidente inevi-- table de la operación. Sin embargo existen casos en que la -- fractura comprende una porción considerable del hueso que co-- rresponde al proceso alveolar de uno o varios dientes. Esto -- ocurre con más frecuencia al extraer el primer y segundo mo-- lar y canino superior.

Esta porción de hueso fracturado generalmente se necrosa-- y más tarde se expulsa . Si el hueso no queda totalmente des-- prendido del periostio y se adapta bien, puede llegar a sol--

-darse, está determinado en cierta medida: por el grado del -- traumatismo y de resistencia vital de los tejidos. Se han visto casos en los que se conservo la relación del fragmento del hueso y del periostio y el fragmento se adhirió a pesar de la infección que se produce.

Cuando la porción fracturada del hueso es muy extensa o -- está completamente desprendida del mucoperiostio, se recomienda su extirpación. El pronóstico del diente interesado es más favorable cuando se extirpa quirúrgicamente el fragmento óseo que si se le deja permanecer hasta que se estableza supura---ción y se expulsa por sí mismo. En una herida limpia, si la porción ósea del periostio permanece íntegra, puede tener lu--gar la regeneración completa del diente.

F). FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR.

La fractura del maxilar inferior en la práctica exodóncica constituye un accidente raro, se presenta con mayor fre---cuencia en la extracción de terceros molares incluídos. Sin -- embargo se han visto casos en que la fractura se produjo en -- la extracción de premolares o de un molar con erupción normal.

Hay condiciones en las cuales este accidente no se atribuye a fuerzas indebidas por el operador, pudiéndose citar a este respecto las inclusiones profundas: la fragilidad senil -- del hueso en masa y la alteración de sus sustancias; la degeneración debida a la osteomalasia; la fragilidad ósea por -- procesos patológicos locales, tales como quistes o neopla---sias, necrosis, etc.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR.

La fractura de la tuberosidad del maxilar superior no --- constituye siempre un accidente evitable, ya que en algunos - casos la fractura ocurre inesperadamente sin que sea debido a una fuerza excesiva aplicada en la extracción dentaria; este accidente cuando tiene lugar en la extracción de los terceros molares y a veces en los segundos, puede variar con respecto - al volumen del hueso desprendido y de las partes interesadas. Si al intervenir notamos la fractura antes de la extracción - completa del diente, es recomendable disecar cuidadosamente - éste sin desprender el hueso del mucoperiotio. Cuando este se practica con cuidado, regularmente el hueso se adhiere; en al- gunos casos la tuberosidad se fractura diagonalmente hacia a- tras y por arriba del alveolo. El mucoperiostio se desgarran - en los lados vestibulares y palatinos y los tejidos compendi- dos en la fractura forman una masa péndula semidesprendida. Si el traumatismo no ha sido considerable, la relación normal de las partes pueden restaurarse y mantenerse con unos pocos pun- tos de sutura, pero en algunos casos la porción de hueso que- da separada del periostio o puede salir adherida al diente. En este caso lo mejor es completar la extracción y colocar los tejidos blandos en la posición más favorable para la cicatri- zación. Si el fragmento del hueso fracturado contiene un dien- te que se desea conservar, tendrá que sufrir la misma suerte- que el hueso. Un diente retenido en esta circunstancia debe- someterse durante algún tiempo a observaciones con respecto a su vitalidad.

En este accidente el seno maxilar resulta casi siempre le- sionado y con respecto a ello deben tomarse en cuenta dos -- condiciones:

- 1.- La membrana que lo tapiza queda al descubierto pero - íntegra y si los tejidos suprayacentes se trata debi- damente es probable que se evite la infección del se- no.

2o.- Una parte de la membrana que lo tapiza o una porción de la misma, correspondiente al fragmento de hueso extirpado sale con él y la herida comunica directamente en el seno maxilar.

En este caso si el seno maxilar se encuentra en estado normal debe limpiarse la herida de todos los residuos y fragmentos de hueso y tejido blando; después se adosa al mucoperiostio palatino y vestibular y se sutura. Si cicatriza por primera intención se evita la infección del seno.

ALVEOLOS SUPURANTES Y DILATADOS.-

Cuando un alveolo no cicatriza después de un tiempo razonable, puede existir o no supuración. Las causas más frecuentes son:

- 1.- La permanencia en el alveolo de una porción de la raíz.
- 2.- La presencia de esquirlas que actúan como irritantes.
- 3.- Cuando un diente contiguo o una zona de hueso infectados drenan por el alvéolo.
- 4.- Cuando el seno maxilar infectado evacúa su contenido, por el alveolo de un molar superior, aunque esto es raro que llegue a presentarse.
- 5.- En caso de cuerpo extraño como por ejemplo una obturación o incrustación desplazada, o una porción de guta percha contaminada que pueden haber quedado retenidos en los tejidos.
- 6.- Por la de un quiste infectado o un granuloma en plena desintegración.

La presencia de una o varias esquirlas pueden dar lugar a una inflamación moderada con ligero dolor. En estos casos se observa a menudo una proliferación excesiva de tejido que puede rebasar el alveolo. La masa del tejido está por lo general enrojecida, de consistencia esponjosa y con gran tendencia a sangrar, que a veces simula una neoplasia; la presión puede colocar unas gotas de pus en una o varias fístulas. Las peque

ñas esquirlas pueden desprenderse y expulsarse o ser arrastradas mediante una irrigación; una vez eliminadas estas esquirlas se reabsorbe el tejido excedente. En algunos casos a consecuencia del dolor y del resultado tardío del tratamiento se hace necesario limpiar la zona intervenida con la cucharilla para hueso, bajo anestesia local.

LESION DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

La lesión del nervio dentario inferior, es consecuencia de su paso por la zona patológica que rodea al diente extraído - pudiendo existir una íntima relación anatómica entre el conducto maxilar inferior y el ápice del diente. O bien, un traumatismo excesivo puede ser la causa de resultar afectado el nervio.

Cuando un granuloma y con más frecuencia un quiste, invade el conducto dentario inferior, los tejidos en él contenidos - pueden resultar directamente afectados, pero generalmente se desplazan bajo la acción de estos tumores. Los rayos "X" nos muestran a menudo el conducto desviado. En la extracción de un diente en esta forma atacado, siempre es recomendable poner al descubierto la zona patológica, de manera que pueda observarse. Si el conducto no está abierto y su contenido no quedó al descubierto, ni fué traumatizado, la función del nervio no se altera. Si el tronco nervioso está al descubierto, es inevitable un cierto grado de traumatismo y esto puede dar por resultado la pérdida temporal, completa o parcial, de la función nerviosa y en algunos casos puede llegar a ser definitiva.

La lesión está generalmente caracterizada por entumecimiento de la porción anterior del maxilar inferior. Los síntomas son más pronunciados en la mucosa de la región de premolares y en los dientes anteriores incluyendo el labio inferior: La anestesia puede extenderse en cierto grado al mentón y a la piel de la línea media. Algunas veces puede existir parestesia, o sea, una mezcla de entumecimiento, dolor y sensacio-

nes neurálgicas convulsivas.

Cuando los dientes han erupcionado normalmente, el tercermolar es el único, en un número limitado de casos, quien se encuentra muy próximo al conducto del maxilar inferior. Existe siempre algo de hueso, aunque sea escaso, que separa el conducto de los ápices radiculares. Por consiguiente, con precaución, estos dientes pueden extraerse sin fracturar los límites óseos del conducto.

La lesión directa del nervio tiene lugar con más frecuencia al romperse el diente y extraer una raíz en forma imprudente. Jamás debe de aplicarse la fuerza directamente sobre la raíz al intentar desplazarla, es mejor reseca una porción de hueso lateral o distal, hasta que la raíz pueda ser movilizada con un elevador fino o con una cucharilla y extraída por un movimiento en sentido exterior. O sea, alejándose del conducto.

Si se fractura la pared superior del conducto y queda al descubierto su contenido, o si una porción de la raíz resulta impelida a su interior, las complicaciones consecuentes son casi siempre desalentadoras y de difícil tratamiento. La simple depresión o fisura de la pared del conducto es seguida, a veces, de anestesia temporal o dolor neurálgico.

LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR.-

La luxación consecuente a la extracción dentaria es generalmente de tipo simple, bilateral y traumático. El cóndilo se desliza sobre la eminencia articular y queda fijado.

La luxación ocurre con más frecuencia durante la anestesia general y las causas son por lo general, la fuerza indebida aplicada a la extracción de las piezas inferiores y la apertura exagerada de la cavidad oral al intervenir.

Cuando el paciente tiene conciencia, tiende a cerrar la boca y los músculos contrarrestan la presión que sobre la mandíbula ejercen las maniobras operatorias. Sin embargo este accidente puede ocurrir aún que el paciente conserve el conocimiento.

En la anestesia general siempre hay cierta relajación muscular y el cóndilo se desplaza más fácilmente. Una vez que se ha terminado la administración de anestésico y el paciente recobra el conocimiento, de haberse producido la luxación, se notará que los dientes no se aproximan en oclusión y que la boca permanece abierta. El maxilar aparecerá dirigido hacia adelante y los músculos maseteros parecen encontrarse en estado de distensión, lo cual constituye el cuadro característico de la luxación de la mandíbula.

Esta luxación debe reducirse antes de que el paciente recobre el conocimiento y a menudo, puede lograrse dirigiendo suavemente la mandíbula hacia atrás. Sin embargo, en algunos casos ha de ejercerse más presión hacia abajo y atrás.

G). LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.-

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

Todas estas lesiones son susceptibles de ser evitadas. Los riesgos pueden reducirse mediante el uso cuidadoso de los instrumentos y un soporte adecuado de la mano, con el fin de limitar los movimientos.

H). DESCARRAMIENTO DE LA MUCOSA.-

Estas heridas deben tratarse de inmediato; en la mayoría de los casos se procede a una sutura sin desbridamiento. La hemorragia se controla por compresión, siendo necesario a veces, ligar los vasos principales o los sitios que sangran.

Es raro que las laceraciones o desgarramientos limitados a la mucosa sean lo suficientemente profundos como para asegurar el cierre de planos. El restablecimiento de la mucosa solo requiere una sutura con puntos interrumpidos o continuos. El periostio que se haya separado del hueso debe ser reubicado y suturado sin demora.

HERIDAS PROFUNDAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.-

Pueden producirse heridas profundas cuando los discos, los buriles u otros instrumentos de exodoncia resbalan en la superficie dentaria y laceran o desgarran los tejidos blandos. En ocasiones, la ruptura de vasos importantes provoca hemorragias profundas; esta situación es rara, afortunadamente, pero cuando se produce exige una intervención rápida. El operador debe conservar la calma y tomar inmediatamente las medidas necesarias para detener la hemorragia. Esto se logra generalmente ejerciendo compresión digital sobre un pedazo de gasa colocado en la zona sangrante. A veces se requiere una fuerte presión con los dedos de ambas manos, una que comprima la región hemorrágica, por dentro de la boca, y otras que lo hagan por fuera. Si la hemorragia no para con este método, se extraerá la sangre mediante aspiración continua y se coserán cuidadosamente los vasos principales, las zonas hemorrágicas y los bordes de la herida.

Una vez conseguida la hemostasis, estas heridas deben ser suturadas por planos, obliterando las zonas profundas para eliminar cualquier espacio muerto, y aproximando la submucosa para reducir la tensión sobre las suturas de la mucosa. Aunque generalmente se usan hilos absorbibles para suturar los vasos y cerrar las capas profundas, también es posible emplear hilos no absorbibles de algodón o de seda, que son bien tolerados por los tejidos de la boca.

HERIDAS PUNZANTES.-

Este tipo de lesiones ha recibido poca atención en la literatura especializada. Tales heridas se deben, generalmente, a caídas o accidentes que ocurren mientras el individuo tiene - en la boca algún objeto duro y puntiagudo, Heridas similares - pueden producirse, sin embargo, por punción accidental con -- los instrumentos usados por el dentista. A veces hay perforaciones completas cuando la lesión afecta los labios, las mejillas y el paladar blando.

Las lesiones que así se producen son más alarmantes que - peligrosas. Es raro que la herida punzante sangre mucho, dado que el tejido blando tiende a contraerse o retraerse una vez - que se ha retirado el objeto penetrante. Habitualmente no es necesario proceder a la sutura; más aún, en general ésta se - alla contraindicada porque favorece el desarrollo de bacte--- rias anaerobias que pudieran penetrar durante el accidente. - El tratamiento consiste en explorar la herida para asegurarse de que no queden cuerpos extraños, lavarla minuciosamente - con un antiséptico y dejarla que se cure con granulación.

También se tomaran las medidas necesarias para evitar infección secundaria.

Todas las heridas de la boca se producen en una zona contaminada; en consecuencia, la infección secundaria es una complicación que siempre debe tener en cuenta. El dentista hará todo lo posible para prevenir la infección o eliminarla si -- ya se ha producido. Las medidas preventivas comprenden una rigurosa esterilización del instrumental, limpieza minuciosa de la herida, hemostasis completa y cierre apropiado. Los anti-- bióticos no son esenciales si la herida es superficial, pero están formalmente indicados cuando la lesión abarca estructuras más profundas.

En tal caso, deben darse en cantidades suficientes y durante un tiempo necesario para impedir o controlar la infección y evitar el desarrollo de gérmenes resistentes.

Cuando las lesiones punzantes son producidas por objetos con-

-taminados, capaces de introducir materiales sucias en la herida, deben recurrirse a medidas de protección contra el *Clostridium tetani*. Tales infecciones, que son catastróficas y de mortalidad muy elevada, obligan a la profilaxis activa ante la sola sospecha de una herida contaminada por este microorganismo. El paciente ya inmunizado con toxoide tetánico que ha recibido inyecciones de refuerzo en los intervalos indicados, deberá recibir otra inyección de refuerzo consistente en 0.5 ml de toxoide tetánico en hidróxido de aluminio. Si el paciente no ha sido inoculado contra el tétanos o si se abriga dudas sobre la inmunidad activa del enfermo, se provee inmunidad pasiva con 250 a 500 unidades de globulina inmune antitetánica humana mediante inyección intramuscular profunda. Al mismo tiempo, pero en otra extremidad y con jeringa aparte, se dan 0.5 ml de toxoide tetánico en hidróxido de aluminio seguido de otra dosis a las 4 semanas y una dosis de refuerzo de 0.5 ml a los 6-12 meses.

Como la profilaxis del tétanos compete a la práctica médica se debe remitir a un facultativo al paciente que requiere este tratamiento.

OBTURACIONES DESALOJADAS O ROTAS.-

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

Las obturaciones rotas, junto con otros cuerpos extraños pueden caer en la cavidad abierta y quedar encerradas inadver

-tidamente en la herida. Este problema no es serio, pero se le deberá evitar en lo posible. Las radiografías, postoperatorias, realizadas antes de cerrar la herida, ayudarán a evitar complicaciones, pero el método no siempre resulta práctico no obstante es de buen criterio sacar placas, cuando el procedimiento ha sido particularmente difícil o cuando se ha producido fragmentación extensa del diente o de una obturación.

Otra medida simple para reducir al mínimo las complicaciones es seguir un orden determinado al extraer los dientes. Ejemplo de esto es la conveniencia de extraer primero las piezas superiores, cuando deben sacarse, en una misma sesión, + piezas superiores e inferiores. En caso contrario las obturaciones desalojadas, los fragmentos de dientes y otros cuerpos extraños pueden caer en las cavidades abiertas del maxilar inferior y quedan allí sin ser descubiertos.

No es necesaria extraer los fragmentos metálicos que aparezcan en las radiografías de rutina en un hueso por lo demás normal. Raras veces producen síntomas y pueden quedar durante años sin dar problemas. Las intervenciones dirigidas a recuperarlos casi nunca están indicadas.

EXTRACCION EQUIVOCADA DE UN DIENTE.

La extracción equivocada de un diente es una situación lamentable. Afortunadamente puede evitarse si el dentista se mantiene alerta y ajusta su proceder a ciertos principios importantes. En primer lugar debe tener una noción clara de la pieza o las piezas que vá a extraer. Un criterio práctico es preguntar al paciente si sabe cuáles son los dientes que deben sacarse. Si el paciente ha sido remitido por otro odontólogo, y si existe duda, es necesario consultar al dentista que lo envió. En segundo lugar, se debe disponer de buenas radiografía, bien reveladas, y correlacionar los hallazgos clínicos con los datos radiograficos. Finalmente el operador deberá concentrarse en el problema que tiene en manos y no permitir que ninguna distracción interfiera con el manejo del caso.

Cuando por razones de ortodoncia, sea necesario extraer - dientes sanos, es conveniente marcar las coronas de éstos con - lápiz indeble para asegurar la extracción de la pieza correspondiente.

El uso imprudente de elevadores puede aflojar el diente vecino al que debe extraerse. Esto se observa especialmente cuando las raíces de las piezas adyacentes son conicas y se aplica una fuerza a la corona para movilizarlas. La complicación se evita evaluando bien el problema y teniendo sumo cuidado de no aplicar la fuerza sobre el diente adyacente.

(I). FRACTURAS DE RAICES.-

Las raíces facturas y retenidas en el alvéolo pueden originar procesos patológicos, pero es más común que permanezcan durante años sin crear problemas.

Esto hecho no significa que deben ser dejadas tal como están, por lo contrario y salvo pocas excepciones, se les debe sacar inmediatamente.

Si bien muchas veces se evita la fractura de las raíces recurriendo a las radiografías y haciendo una adecuada planificación preoperatoria, muchos dientes presentan condiciones que -- tornan extraordinariamente difícil la extracción sin romper las raíces. Cabe anticipar que habra rotura de raíces en cualquiera de las siguientes condiciones.

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

De lo que antecede, solo los dos últimos factores, el exceso de fuerza y no tomar el diente como corresponde, depende del

operador. Por lo tanto, la fractura de la raíz, la mayoría de las veces hay que retirarla enseguida, porque su remoción no exige un procedimiento quirúrgico difícil.

REMOCION CERRADA

La remoción de las raíces se dividen en varias categorías. En los dientes de una sola raíz en que la corona se fractura y queda toda la raíz, ésta se retiran a veces con la técnica de la pinza, pero por lo general es difícil hacer acortar la pinza correctamente sobre el diente fracturado, sin sacrificar una considerable porción de hueso. Por lo tanto, está indicado el elevador recto introducido entre la raíz y el hueso alveolar. La eficiencia con que se emplea el elevador depende de que se establezcan un firme punto de apoyo en la raíz y de que la pared ósea adyacente sea de suficiente espesor como para que ofrezca un fuerte punto de apoyo. Si se cuenta con estos factores, forzando el elevador en sentido apical entre la raíz y el hueso y haciéndole rotar de derecha a izquierda se suele desalojar a la raíz única fracturada.

Si se fractura la corona de un diente de varias raíces el enfoque es distinto. Aunque en ocasiones las raíces pueden tomarse con las pinzas, no se suele obtener suficiente agarre por lo general está indicado separar las raíces entre sí con la fresa o el formón y extraerlas una por una de la manera indicada precedentemente.

REMOCION A CIELO ABIERTO

Cuando no se consigue sacar las raíces con el método cerrado tras un lapso razonable hay que desistir y recurrir al método del cielo abierto. Este procedimiento consiste en rebatir un colgajo mucopediástico de la superficie labial o bucal de la apófisis alveolar y extraer suficiente hueso como para permitir el acceso y la visualización directa de la raíz. A veces está indicada la remoción de hueso interseptal. Habiendo obtenido el acceso por lo general es fácil extraer la raíz con elevador o pinza, pues se obtiene la emostasis y la raíz se ve con buena

laz.

PUNTAS DE RAICES

Para extraer las puntas de raíces hay que examinar cuidadosamente la superficie radicular del diente extraído, antes de intentar la extracción del fragmento. Esto puede sugerir la manera de simplificar el procedimiento, si la fractura de la raíz es oblicua, muchas veces se consiguen introducir un elevador de punta aguda entre el hueso y el ángulo agudo de la superficie de fractura para desalojar la raíz.

En algunos casos se puede emplear un trépano para hueso con el fin de agrandar el alveolo en torno de la punta de la raíz, hasta que está se afloja. Después se hace la extracción con un pequeño elevador o con la pinza. Si estos procedimientos fracasan o si el exceso a la visibilidad en el interior del alveolo son difíciles, se desiste de retirar la raíz por el alveolo. Se expone entonces la raíz mediante la reflexión de un colgajo mucoperióstico, eliminando suficiente hueso bucal e intraceptal para obtener una visualización directa. En ocasiones es ventajoso hacer una ventana osea a nivel del ápice de la raíz para introducir un elevador y desplazar la raíz a lo largo del alveolo vacío. Esto es particularmente útil para extraer la raíz bucal de los primeros dientes bicúspides superiores. De todos modos, la remoción de la raíz con elevadores o pinzas suele ser sencilla una vez obtenido un exceso adecuado.

INDICACIONES SOBRE EXTRACCION DE RAICES

Si bien las raíces rotas deben extraerse en la mayoría de los casos en raras ocasiones es necesario dejarlas en el alveolo. Así, la posición de algunas de ellas plantearían riesgos importantes si se decide extirparlas, porque a veces es necesario extraer una porción grande del hueso adyacente. Esta pérdida de hueso podría afectar la estructura del sostén de los dientes vecinos además, la extracción de raíces en íntima relación con el surco maxilar inferior puede lesionar un nervio maxilar y producir parestesias desagradables. En tales circunstancias se aconseja

seja dejar los fragmentos en su sitio.

En otros casos las raíces de los dientes inferiores están situadas de manera tal que, al extraerlas en el intento, se les puede impulsar accidentalmente hacia los espacios submaxilar y sublingual a través de la lámina interna del maxilar. Esta complicación obedece al hecho de que el maxilar inferior es más ancho en su parte superior que en el borde inferior; el espesor disminuye a expensas del lado interno y las raíces se encuentran a menudo, próximas a la lámina lingual. Cuando se ha producido el axidente mencionado, la posición que la raíz ocupa puede determinarse guiándose por el sitio de inserción de milohioideo. Si ella se encuentra por debajo de los ápices del diente, la raíz estará en el espacio sublingual; si se encuentra, por encima. En cambio, la raíz estará en el espacio submaxilar. De manera similar, la situación de los dientes superiores pueden ser tal que cualquier intento de extraer las raíces fracturadas, hara que se introduzcan en el seno maxilar.

La extracción de raíces que han sido desplazadas a la zona lingual y al seno maxilar implica una intervención larga y complicada que deberá hebitarse en lo posible. Antes de extraerlas el cirujano debe analizar cuidadosamente los alcances de la intervención a realizar y las complicaciones que pudieran seguir - si esta posibilidad existe, es de buen criterio dejar la raíz en el hueco alviolar, ya que la simple existencia de una raíz residual no implica negligencias del operador, sino a la inversa la aplicación de un sano criterio quirúrgico.

Cuando el dentista decide no extraer una raíz, debe explicar al paciente que las consecuencias de la intervención pueden ser más serias que de la enfermedad. Nunca debe decirse, por ejemplo que la raíz se resorberá o que saldrá espontaneamente. Se informará al paciente que será sometido a exámenes periodicos y que, en el caso de aparecer cambios patológicos, se tomará la mejor decisión al respecto. Todo lo conversado se registrara con detalles en la historia clínica.

Es necesario extraer las raíces que hayan sido forzadas a través de la superficie interna del maxilar. Para ello se despega el periostio del surco albiolar, a nivel del lado interno del maxilar, y se trata de tomar la raíz con pequeñas curetas curvas. La extracción puede facilitarse presionando desde fuera sobre la región afectada para impedir nuevos desplazamientos.

J).- DIENTES DESPLAZADOS

En ocasiones, la aplicación de fuerzas exageradas puede despalzar un diente íntegro e introducirlo en el espacio anatómico contiguo. Este problema es más común durante el tratamiento de terceros molares impactados; el tercer molar superior puede ser desplazado a la fosa infratemporal o al seno maxilar, mientras que el tercer molar inferior puede ser introducido en el espacio submaxilar. Esto último ocurre más frecuentemente cuando se intenta partirlo después de haber liberado sus adherencias; en tales circunstancias, la fuerza transmitida por el martillo hace que el diente flojo atraviese la tabla interna del maxilar inferior. En lo que respecta al tercer molar inferior, el desplazamiento generalmente se le debe a la aplicación inadecuada de los elevadores.

Cuando se ha desplazado, el tercer molar inferior debe ser extraído inmediatamente, lo cual puede hacerse por vía intrabucal despegando una amplia capa de periostio del lado interno y extrayendo el diente sin dificultad con cureta o elevadores curvos, la extracción también debe ser inmediata en el caso de piezas desplazadas al seno maxilar; esto se lleva a cabo mediante una exposición amplia de acuerdo con la técnica Caldwell-Luc. El enfoque es diferente, en cambio, cuando hay que extraer un tercer molar superior introducido en la fosa infratemporal; en tal caso, y a consecuencia de lo estrecho de la vía de acceso, es difícil sugetar el diente una vez que se le ha visualizado. Los intentos de tomarlo con un instrumento solo consiguen, a menudo desplazarlo más profundamente y complicar la situación. Para evitar problemas se aconseja postergar la extracción durante

varias semanas, dejando la pieza en la fosa infratemporal y permitiendo la fibrosis del tejido que lo rodea o se desplaza durante la intervención posterior. Después de un intervalo adecuado será posible exponer ampliamente la zona, y con la ayuda de una buena emostasis y de una adecuada iluminación, extraer la pieza con un instrumento dentado.

CAPITULO V

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

A) INFECCION

La complicación más molesta posterior a una extracción, es sin duda la infección. La forma más frecuente es la alveolitis pudiendo extenderse al tejido óseo vecino y provocando periostitis o ostitis; llegando inclusive a lo peor, la osteomielitis.

También puede pasar a los tejidos blandos, provocando adenitis, edema, flecmones, absesos, etc.

Los antibióticos en sus diversos tipos han sido de gran ayuda para el odontólogo, siempre y cuando se tenga un diagnóstico preciso.

ALVEOLITIS

Es una de las complicaciones más frecuentes y molestas se conoce también con el nombre de Alveolo Seco.

La condición más molesta se caracteriza por dolor y a veces dolor neurálgico intermitente; el tejido óseo que forma el alveolo o una porción de él senecrosa. El examen clínico denota que no hay tumefacción en los tejidos blandos o es muy ligera. La superficie interna del alveolo está desprovista de tejidos sicratizado.

El hueso está al descubierto y tiene aspecto necrótico; el mucoperiostio ofrece un borde ligeramente inflamado o irregular y permanece separado del hueso.

La región no se presenta realmente seca pues hay afluencia constante de pus y residuos de olor desagradable. La sicratización es tardía y hay dolor intenso del alveolo.

La etiología no siempre obedece a un factor determinante, pero se citan como causas determinantes: La infiltración infecciosa acción tóxica de algún medicamento o anésteico y traumatismo exagerado.

Siempre debemos raspar consecuentemente a una extracción - donde resulte el alveolo sin sangre, con el objeto de provocar sangrado y proteger por medio de un coágulo a nuestro alveolo operado.

La duración de la alveolitis es siempre larga y da origen

a fenómenos desagradables, tales como la fetides del aliento - mal gusto y sobre todo, dolores agudos constantes que no se consiguen calmar con la mayor parte de medicamentos o remedios.

TRATAMIENTO

- 1.- Limpiar perfectamente el alveolo con agua oxigenada a presión.
- 2.- Colocar un apósito quirúrgico, que en su composición,-- tienen acción sedante y germicida y por las cuales se - causará una rápida mejoría, siempre y cuando las cura-- ciones sucedan cada 72 horas.
- 3.- En casos más serios, podemos anotar el uso de antibióticos, tanto locales como inyectados.

PERIOSTITIS

Puede sobrevenir cuando se han traumatizado los tejidos en forma exagerada. La parte afectada de hueso, estará extremadamente sensible al tacto; hay más o menos inflamación de color - debido a la equimosis; el paciente puede quejarse de dolor irra diado a todo un lado del lado de la cabeza; la inflamación sede a las dos o tres semanas a menos que exista un cuerpo extraño y entonces se hace el crónica; la inflamación se tiene infección producirá una elevación de la temperatura, la inflamación del - periostio podrá apreciarse en un examen radiológico.

TRATAMIENTO

Será de gran ayuda a la administración de antibióticos, anti inflamatorios y analgesicos si hay infección deberá canalizarse y si existen cuerpos extraños deberán extraerse.

OSTEITIS

Es una complicación seria donde el papel del odontólogo es puramente asintomático y en contra de la infección. Se recurrirán a los antibióticos lavados periódicos para mantener limpia la herida además de los procedimientos empleados en una alveoli tis.

OSTEOMIELITUS

Etimológicamente significaría una inflamación de la medula

osea, sin embargo es una infección del tejido óseo y puede presentarse en forma aguda y crónica.

Lo que caracteriza este padecimiento es la mortificación de zonas que pueden ser de tamaño variable, llegando en ocasiones a afectar todo el maxilar. La osteomielitis tiene predilección por la mandíbula, siendo en esos casos, de consecuencias serias.

Ataca con predilección a personas cuya edad estén entre 20 y 30 años; y en mayor proporción al seno masculino que al femenino.

ETIOLOGIA

Su agente causal es el estafilococo aureus, que tiene la tendencia a formar absesos centrales en el hueso, necrosis y

VIAS DE INFECCION

Extracción dentaria en período de infección aguda, aquí el peligro empieza desde la infiltración anestésica, la parodontosis, la monoaltritis apical, cuando en las extracciones se deja una raíz por un período más o menos largo, se desarrolla la osteomielitis por vías sanguínea.

SINTOMATOLOGIA

En la aguda comienza con vivos dolores en el punto de origen y que no ceden a los analgésicos comunes y que influye en el estado naturalmente general; aumenta la secreción salival, se dificulta la movilidad maxilar y la sensibilidad de los dientes se exagera; y pertemia nocturna; formación de fístulas.

TRATAMIENTO

El tratamiento precoz no puede considerarse ya que el principio de la enfermedad es difícil de diagnosticar aún en el examen radiográfico no hay datos anormales al principio. El mejor tratamiento es el que considera el drenaje y la secuestromía,

SINUSITIS

Es la infección e inflamación de la mucosa que tapiza el seno maxilar o antro de Higmoro.

Puede ser una complicación de una extracción de una pieza -

que tenga en alguna de sus raíces un quiste, y no es raro que con la pieza venga adherido un trozo de hueso que corresponda al piso del seno, dejando una entrada a los gérmenes. No necesariamente debe existir un quiste, la misma longitud de las raíces a veces intervienen en el antro y solo están recubiertas -- por mucosa.

Otra causa pueden ser los traumatismos y complicaciones de caries de cuarto grado en premolares y molares.

SINTOMATOLOGIA

El paciente siente el carrillo denso, el ojo pesado, algunas veces dolorosa; dolor sub-orbitario; región sub-orbitaria - sensible a la presión; no tarda en aparecer la supuración y el enfermo siente que le escurre por la nariz; dolor intenso a la palpación.

En el estado crónicos, los síntomas pueden pasar inadvertidos por algun tiempo.

TRATAMIENTO

En los primeros periodos se requiere poco tratamiento; si - persiste se procederá al tratamiento quirúrgico y mientras tanto el tratamiento será sintomatico y con antibioticos.

TECNICA DE CADWELL LOCK

Se puede utilizar anestecia local con infiltración, inyectan do a nivel de la fosa canina, para bloquear el infraorbitario y la tuberosidad para el dentario posterior.

Conseguida la anestesia se incidirá, desde la cara distal - del canino, hasta la cara mesial del primer molar; dicha inci-- sión tendrá aproximadamente 1 cm. ó 1.5 cms. de longitud, de -- convexidad hacia abajo y a la altura del pliege gingivo-labial aproximadamente.

Se logra ascendentemente, para dejar descubierta la fosa ca nina, se despega y levanta el mucoperiostio hasta antes de llegar al conducto infraorbitario, teniendo cuidado del nervio que ahí se encuentra.

Se procede hacer un cuadrado de 1 cm. por lado, haciendo 4 -

perforaciones con un fresa o cincel, se descubre el seno y se produce según el caso.

En caso de extraer cuerpos alojados, raíces en caso de sinusitis crónica, remover la mucosa esfacelada con gasa y dándole movimientos rotatorios; habiendo llegado limpia la cavidad, se meterá una gasa acordonada (Para facilitar su extracción) y lubricada por las fosas nasales y por medio de una aguja cooper. Además de un vehículo graso debe contener la gasa, un antiseptico y un antibiotico.

Se sutura la mucosa con puntos aislados, la gasa se va retirando poco a poco cada tercer día. Parenteralmente, se administrara un antibiotico.

ADENITIS

Es una inflamación del tejido linfoide, al penetrar por la vía linfática, los gérmenes se encuentran a su paso; se produce así el infarto en el ganglio que se encuentra duro, doloroso contacto y aumentado de volumen. Si la resistencia no es suficiente para vencer al proceso infeccioso el ganglio se reblandece y comienza a supurar aumentando el dolor y la tumefacción. La supuración puede extenderse y hacerse difusa trayendo grandes consecuencias pues llega a ulcerar y perforar los organos vecinos.

En el período agudo está contraindicado toda intervención quirúrgica.

EDEMA

En ocasiones, sin reacción ganglionar se inflama la cara -- en forma alarmante y la piel se pone tensa y brillante. El proceso se resuelve a menudo en un período de 48 a 72 horas, pero puede suceder que el edema evolucione hasta el flegmon.

ABSESOS

Puede ser otra complicación de la extracción y pueden situarse en lugares distintos; así mismo pueden ser absesos mucosos gingivales y cutaneos; según fistulisen sobre la piel y mucosas. Se dividen en submucosas y subperiosticos, dependiendo de donde se encuentre el pus.

En ambos casos nos encaminaremos a la debridación.

FLEGMON SEPTICO DEL PISO DE LA BOCA.-

Este accidente se puede presentar consecutivo a una extracción hecha sin los cuidados previos de asepsia y antisepsia, - consiste en la inflamación aguda de tejido celular del piso de la boca. Se manifiesta por fenómenos generales, tales como: -- fiebre y palidez. La región afectada presenta un color rojo intenso, dolorosa y caliente. Localmente el primer síntoma es de tumefacción que aumenta con extrema rapidez, invade todo el piso, las regiones cercanas vecinas, parte superior del cuello y a veces, se propaga por los carrillos.

El carácter especial de esta enfermedad, es que la tumefacción presenta una induración leñosa. El enfermo aparece con - la boca entreabierta, deja escurrir saliva que no puede deglutir; la masticación y la deglución están casi interrumpidas; - la respiración es molesta y la fiebre muy alta.

En todo caso, la intervención debe ser inmediata y no esperar a que haya colección purulenta, pues en este caso solo se encuentra tejido celular infiltrado de serosidad; comienza después el período de mortificación; la temperatura se eleva, el - pues destroza todos los tejidos y tiende a salir destruyendo - la piel. Por estas aberturas, espontáneamente escurre pues y - los colgajos mortificados presentan coloración negruzca.

El tratamiento consiste en curaciones húmedo-calientes, tanto por fuera como por dentro de la boca. La aplicación del calor puede hacerse por varios procedimientos; por compresiones-secas-calientes, por compresas húmedo-calientes, y bolsas de hule con agua caliente y sustancias que conservan el calor. Si dicha lesión está avanzada, habrá que intervenir quirúrgicamente. La incisión podrá hacerse por la parte media que vá de la sínfisis al hueso hioides, o bién, haciendo incisiones paralelas al borde inferior de la mandíbula; en ambos casos se procederá de esta manera:

Se incide la piel y el tejido celular con bisturí; esta -

incisión deberá ser amplia, luego debridando los planos aponeu-
rótico y musculares de toda la región suprahioidea y piso de -
la boca; por lo tanto, comenzaremos a debridar los músculos di-
gárticos en sus vientres anteriores, los músculos geniohioide-
os, las fibras del milohioideo, los genioglosos, las glándulas
submaxilares y sublinguales; la debridación de todas estas par-
tes deberán llegar hasta el piso de la boca propiamente dicho-
es decir, hasta abarca toda la mucosa, luego sin sacar el dedo
se colocará dos tubos de irrigación constante y que deberán so-
bresalir unos 2 cm. de la piel, para que al colocar los apósi-
toa de gasa estos pueden unirse a un segundo tubo de cristal -
en forma de Y, el cual se colocará a su vez, con el aparato de
irrigación hecho ésto se vendará al paciente y se le adaptará
el aparato antes dicho que contendrá la solución de cloracena.
Los apósitos se cambiarán tres veces al día, cuidaremos que la
irrigación sea constante, se cuidará el estado general del pa-
ciente dándole una dieta láctea, favoreciendo así la leucocito-
sis localmente lavados en la cavidad que tienden a desinfectar
y alcalinizar el medio; con este régimen, pronto el paciente -
entrará en una franca mejoría hasta llegar al completo resta-
blecimiento.

SEPTICEMIA.-

Es una infección febril, caracterizada por la presencia de
bacterias o de toxinas en la sangre. Se puede presentar con va-
rios de los accidentes descritos con anterioridad.

presenta varios tipos: Fulminante, que tienen un desenlace
fatal en unos cuantos días; Sub-aguda, que puede durar hasta -
varios meses, y por último, la Crónica que evoluciona después-
de un mes.

Sintomatología:

Comienza por un fuerte calosfrío o por varios pequeños, la-
temperatura se eleva y mantiene entre 39.5 y 40.5 grados centí-
grados, con oscilaciones cotidianas y durando así de 5 a 20 dí-
as; la forma de fiebre septicémica es remitente, hay postración

e indiferencia, delirio nocturno, lengua y piel seca y terrosa, orina escasa y en ocasiones con presencia de albúmina; vómitos, infarto del bazo y estado de coma.

Tratamiento:

Se inicia primero con una desinfección cuidada y radical de la herida; así después, si se conoce el germen causal, se prescribirá la terapéutica anti-infecciosa específica con antibióticos y suero; y si no se conoce el germen causal, entonces se hará la terapéutica anti-infecciosa inespecífica con sulfamídicos, coloidoterapia, proteínoterapia, abscesos de fijación etc.

TETANOS.

Cuando al realizar una extracción llegamos a hacer una herida amplia y nuestro paciente es gente de campo, o bien trabaja en lugares poco salubres y en contacto con el polvo, tendremos que tomar todas las precauciones para prevenir la aparición -- del tétanos. Esta enfermedad es producida por el bacilo de Nicolaïser y está caracterizada por contracciones musculares, con vulsiones que tienden comunmente a generalizarse y que pueden terminar con la vida del paciente. El bacilo tetánico segrega un veneno soluble, que tiene una acción selectiva sobre las -- células nerviosas. Puede presentarse en todos los períodos o -- fases de la herida; se anuncia a veces por pródornos muy bajos; cefalalgia, sensación dolorosa, que se irradia desde la herida hasta los centros nerviosos, y una contractura limitada en el centro de la herida. Habitualmente, el primer signo es el trismus de la mandíbula, luego la rigidez de los músculos del cuello y contractura de los de la cara, que han de cambiar la fisonomía del enfermo; y por último la rigidez invade la región-dorsal y lumbar, de manera que el cuerpo se pone en tensión -- forzada y en el momento de la crisis se les vé encorvarse en -- arco, apoyándose en la cama con los talones y la cabeza. Por fortuna con los medios de antisepsia modernos y la práctica del suero selectivo, el tétanos quirúrgico resulta una com-

plicación cada vez más excepcional.

El tratamiento preventivo consistirá en la aplicación de 10 ml. de suero antitetánico en inyección subcutánea, aplicada en la pared del diente, repitiendo esta dosis 8 ó 10 días después, si es que no ha habido ninguna complicación que nos obligue a actuar de otra manera. Si el tétanos se ha declarado, el tratamiento consistirá:

1o.- En suprimir la elevación de toxinas en la herida, que seguiremos mediante la escisión de los tejidos mortificados y sépticos y en la supresión de cuerpos extraños como esquirlas.

2o.- En destruir el veneno introducido en el organismo, mediante inyecciones de suero purificado, por vía sub-cutánea, intramuscular o endovenosa.

3o.- En obrar sobre los elementos nerviosos afectados por el veneno. Esto se cumple con el cloral, a dosis cotidianas de 10 a 15 g., y la morfina en inyecciones sub-cutáneas de 3 mg., por día; los baños de 39 a 40°C., repetidos de 3 a 6 veces por día ayudan poderosamente a esta sedación nerviosa y sirven además para facilitar el paso al líquido cefalorraquídeo del suero inyectado bajo la piel.

DOLORES POST-OPERATORIOS.

Suceden en general cuando ha habido un traumatismo exagerado, ya sea por extracciones múltiples, por demasiadas punciones al inyectar, etc., pudiendo presentarse desde luego en una infección post-operatoria o también, por restos óseos o dentarios dejados dentro del alveolo. Como terapéutica se recomienda el uso de analgésicos, anti-inflamatorios y en caso de ser necesario, la administración de antibacterianos.

FIEBRE.

Puede presentarse consecutiva a una extracción y hay dos clases de ella: 1o.- La producida por infección local y 2o.- La fiebre aséptica. Esta última aparece en individuos debilitados o muy sensibles, en los que aparece la reacción aunque el tra

matismo haya sido mínimo y desaparece en forma espontánea.

Cuando hay infección local habrá fiebre pero con caracteres benignos; la fiebre tomará caracteres alarmantes en el flegmón séptico.

B) HEMORRAGIAS .-
=====

Por hemorragia se entiende la salida más o menos copiosa de sangre de los vasos por ruptura accidental o espontánea de éstos.

Las hemorragias alveolares por lo general provienen de capilares, pero presentan o pueden presentar cierta intensidad alarmante en ciertos casos.

Teniendo en cuenta el momento en que se producen, ésta puede ser primaria, si se presenta en el acto operatorio, o un poco después; y secundaria si es posterior a la formación del coágulo y su adhesión, en este caso a las paredes alveolares.

Las causas de la hemorragia son:

- 1.- Locales
- 2,- Generales.

Entre las causas locales tenemos estados congestivos de la mucosa y la encía, la magnitud del traumatismo o la clase del anestésico usado.

En los estados congestivos de la mucosa gingival existe una afluencia de sangre mayor a la normal, por aumento del diámetro de los capilares; de aquí que la hemorragia sea más fuerte en tejido congestivo.

La magnitud del traumatismo estará en relación directa con el derrame sanguíneo. O sea, mientras mayor sea el traumatismo mayor será la destrucción de los vasos y por lo tanto el derrame será más profuso.

Las causas Generales pueden ser : a) Fisiológicas y b) Patológicas.

Fisiológicas.- Entre estas tenemos la extremada juventud 6

la vejez; pues en los niños la luz de los vasos es más grande-- así como su tejido óseo es más poroso; por lo tanto, hay mayor cantidad de sangre y la hemorragia puede ser intensa.

Las personas mayores están predispuestas a la hemorragia, -- pues en ellos las tónicas de los vasos están esclerosadas y -- por lo tanto no hay contracción que impida la salida de la sangre; por ésto las hemorragias son intensas. También podemos -- mencionar aquí la menstruación y el embarazo, aquí las hemorragias obedecen a un estado congestivo en todas las mucosas del- organismo.

En cuanto al sexo, el hombre es más sensible a las hemorragias que la mujer, pues ésta última está adaptada a las pérdidas periódicas de sangre.

Patológicas.- Estas causas son las que representan el papel más importante en la etiología de las hemorragias:

- 1.- Presión sanguínea.
- 2.- Indole de la lesión.
- 3.- Composición de la sangre.
- 4.- Lesiones de las tónicas de los vasos.
- 5.- Alteración del tejido sanguíneo.
- 6.- Desequilibrío cuantitativo y cualitativo de la sangre.
- 7.- Alteraciones hepáticas.
- 8.- Alteraciones renales que traen discrasias en la coagulación.

Entre las causas que modifican la coagulación tenemos:

- 1.- Estados caquéticos, anemias perniciosas y anemias aplásticas.
- 2.- Enfermedades específicas: Sífilis, diabetes, tuberculosis, trastornos de la nutrición y enfermedades de la sangre, como: La hemofilia, leucemia, púrpura hemorrágica, etc.,

La sangre perdida puede poner en peligro la vida, la cantidad- necesaria para ello es aproximadamente la tercera parte del volumen total, o sea, que la pérdida de un litro y medio puede - considerarse mortal.

Sintomatología:

La hemorragia puede presentarse en forma lenta o profusa. En la primera, los síntomas son: palidez, boca seca, náuseas y sudores fríos.

En caso de gran hemorragia, ésta puede dar lugar a náuseas, síncope y aún muerte por anemia; el pulso aumenta progresivamente en rapidez y debilidad; existe un descenso de la presión sanguínea, la temperatura es generalmente sub-normal, a no ser que -- existan infecciones; hay disnea, intensa sed, frialdad en las extremidades y debilitamiento físico.

En los últimos estadios, la respiración se hace débil, la piel y la mucosa palidecen y enfrían; se presentan vértigos y cefaléas y si estos signos se acentúan sobreviene el shock o la muerte.

Los tipos de hemorragias que probablemente son mas molestos después de la operación, están constituidos por los pacientes-hemofílicos y personas con elevada presión sanguínea.

Tratamiento:

1o.- Hemostasia.- Antes que nada, se puede intentar con -- presión fuerte valiéndonos de una gasa; si esto no cohibe la hemorragia, emplearemos medios químicos como la espuma de fibrina con trombina - Gel Foam - que se empaca en el alveolo y que tiene la ventaja de que no necesita removerse. Si persiste, puede usarse nuevamente el medio mecánico del cemento quirúrgico, que empacado a presión, dá buenos resultados.

2o.- Evitar que se repita el accidente.- Para ésto, obtendremos resultados con la administración de vitamina K, que no actúa sobre la coagulación, si no estimulando al hígado en la producción de trombina.

3o.- Restablecer el volúmen sanguíneo.- Si la pérdida fué -- cuantiosa, se puede restablecer con suero fisiológico o -- plasma. En casos más graves se harán transfusiones sanguíneas. Las hemorragias post-operatorias pueden ocurrir des--

pués de cesar la acción del vasoconstrictor.

Las hemorragias que aparecen después de días, son causadas casi siempre por infecciones de la herida.

Si la hemostasis se consigue estando el enfermo en estado de shock, con la presión arterial baja, la hemorragia puede aparecer de nuevo al recuperarse el paciente.

C) GANGRENA.

=====

La gangrena es una necrosis a la que se asocia la acción de gérmenes no específicos, salvo en la denominada gangrena gaseosa. Actualmente la gangrena de la boca es muy rara. El denominado NOMA es una forma de gangrena bucal.

Gangrena significa, desde el punto de vista etimológico, roer, comer, o sean, palabras sin significado claro.

Biológicamente, se trata de una necrosis a la que se agrega putrefacción microbiana, con producción de sustancias aromáticas tóxicas, de olor desagradable, provocadas por microorganismos que atacan a la materia orgánica.

Los gérmenes de la gangrena auténtica pueden ser específicos o inespecíficos. Los específicos son los de la llamada gangrena gaseosa: *Vibrion Septicum*, bacilo perfringes, *clostridium oedematiens* y *clostridium histoliticum*. En la boca es rara la gangrena gaseosa y solo se han citado casos sobre extensas heridas causadas en la guerra. Los gérmenes inespecíficos actúan sobre lesiones previas y terrenos especiales. La mayoría de ellos son anaerobios facultativos que se asocian con gérmenes aerobios que aumentan su virulencia: estreptococo y bacilo perfringens, asociación fusoespirilar.

Por lo general y erróneamente a nuestro juicio, se incluye dentro de la gangrena, a la denominada seca; la cual es en realidad, solamente una necrosis sub-aguda sin acción microbiana por lo general de causa vascular. Los fenómenos generales tóxicos que pudieran existir pertenecen al proceso que dió origen-

a la necrosis y no al foco necrosado en sí mismo.

Es necesario aclarar que si bien esta separación esquemática - entre gangrena, necrosis y necrobiosis, tiene evidente respaldo clínico como muchas veces ocurre, tanto en clínica como en patología, hay situaciones de dudosa ubicación.

En síntesis y esquemáticamente, la necrosis sería la muerte lenta, parcial; y la gangrena, una necrosis con putrefacción - microbiana y con síntomas generales tóxicos.

DIAGNOSTICO DE LAS GANGRENAS EN BOCA.-

===== == === ===== == =====

El Noma ha casi desaparecido. Ya no se lo vé en la práctica clínica, pero en cambio, el granuloma maligno medio facial y - el síndrome de Wegener son de observación ocasional.

En éstos últimos procesos existe destrucción del macizo central de la cara que alcanza la cavidad bucal, llegando incluso al plano óseo. La evolución es por lo común sub-aguda; hay manifestaciones generales de toxemia e infección y olor gangrenoso. En el síndrome de Wegener, se asocian manifestaciones viscerales- pulmón -, la patogenia es vascular - vascularitis -- alérgica -; en el granuloma maligno se observan lesiones de una reticulosis subaguda. Los enfermos de estos procesos son a - adultos jóvenes. La localización de estas necrosis, su aspecto, su evolución, etc., orientan el diagnóstico de la enfermedad.

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

La mejor forma de tratar una urgencia es impidiendo que se produzca.

La mayoría de las emergencias enumeradas son prevenibles. La adopción de principios quirúrgicos bien establecidos, la elección de una vía de acceso adecuada, el cuidado con que se manipulan los tejidos, el uso controlado de la fuerza y sobre todo la concentración requerida para el problema, reducirán al mínimo los riesgos quirúrgicos.

A pesar de estos cuidados pueden producirse complicaciones - incluso en manos del más experto de los profesionales. Por tan to todo dentista debe tener los conocimientos y la habilidad - suficientes como para enfrentar con éxito las emergencias que pu dieran presentarse.

Los accidentes operatorios, se presentan únicamente en ca - sos de imprevisión ú omisión de datos importantes en la histo - ria clínica, en el procedimiento de una técnica operatoria en forma inadecuada, por inhabilidad del operador, que convierte los instrumentos en armas contra los tejidos bucales. Es indis - pensable el conocimiento de las causas que pueden originar ac - cidentes o complicaciones en el momento de una intervención -- quir - úrgica. Para poder prevenirlas, deberá conducirse, prima - mente al paciente a un buen estado de salud; tanto emocional - como físico, con el objeto de contar con su colaboración duran - te el tratamiento.

Por esto es aconsejable no pasar por alto el interrogatorio y exámen completo y minucioso; cuando menos, de las partes que interesan nuestros cuidados y anotar todos estos datos en la - historia clínica.

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

- KURT H. THOMAS
C. SILVA W. VENTURINO
L. TESTUT
QUIROZ G. FERNANDO
L. WINTER
ASTRA LABORATORIOS
RECAREDO A. GOMEZ
WILLIAM G. SHAFER
G.A. RIES CENTENO
FRANK M. MC. CARTY
- PATOLOGIA BUCAL.
SHOCK.
ANATOMIA TOPOGRAFICA.
ANATOMIA DESCRIPTIVA.
TRATADO DE EXODONCIA.
MANUAL ILUSTRADO DE ODONTO-
-LOGIA.
RADIOLOGIA ODONTOLOGICA.
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
CIRUGIA BUCAL.
URGENCIAS EN ODONTOLOGIA.