



COLEGIO ODONTOLOGICO
COLOMBIANO

No. Acceso

sig. Top. M.063 1987

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☐

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

M
063
1987

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

REBECA INES BECERRA BUITRAGO

Código : 831066

Monografía presentada en cumplimiento
parcial de los requisitos exigidos para
optar por el título de Odontólogo

Bogotá, noviembre 27 de 1987

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVA

Rector	:	DR. JORGE ARANGO TAMAYO
Decano	:	DRA. MARISOL ARANGO DE LEON
Vicedecano	:	DR. JAIRÓ FORERO MORALES
Secretario Académico	:	DR. LUIS FELIPE FALLA
Coordinador X Semestre	:	DR. ROBERTO ARCINIEGAS
Director de Monografía	:	DR. ARMANDO ROA

Aprobación

Monografía titulada COMPLICACIONES

POSTQUIRURGICAS, en cumplimiento

parcial de los requisitos para optar

el título de Odontólogo, fué corregida

por el director de Monografía el 27 de

noviembre de 1987.

Nota de Aceptación

Excelente
Excelente

[Signature]

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A mi padre : por todo su esfuerzo y dedicación durante mi formación profesional.

A mi madre : por haberme guiado en los caminos de mi profesión.

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud especial a los Doctores Armando Roa y Alberto Angulo, quienes colaboraron en la elaboración de esta Monografía y por su generosidad al concederme su esfuerzo y su tiempo.

Agradezco a todas las personas que en una u otra forma me ayudaron a la realización del presente trabajo.

Bogotá, noviembre 27 de 1987

Doctora
MARISOL ARANGO DE LEON
Decano
Colegio Odontológico Colombiano
Ciudad

Estimada doctora Arango :

Me es grato presentar a usted la Monografía realizada por la alumna Rebeca Inés Becerra Buitrago, intitulada COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS.

Este trabajo juiciosamente elaborado durante un lapso de cuatro meses, contiene acertados análisis de los temas en él tratados y plantea soluciones a problemas que suelen presentarse en el Consultorio del Odontólogo, relacionados con las prácticas de la Cirugía Oral, por lo que será de gran utilidad principalmente a los estudiantes de la Facultad de Odontología que encontrarán en él una guía muy valiosa.

Cordialmente,

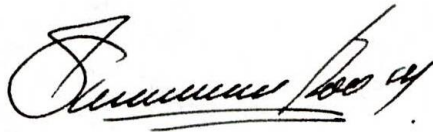


TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	11
CAPITULO I	
1. CONSIDERACIONES GENERALES	13
1.1. COMPLICACIONES QUE SURGEN DEBIDAS A ERRORES EN EL PERIO- DO PREOPERATORIO	14
1.2. COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO OPERATORIO	15
1.3. COMPLICACIONES QUE TIENEN SU ORIGEN EN EL PERIODO POST- OPERATORIO	16
CAPITULO II	
2. COMPLICACIONES GENERALES	17
2.1. SINCOPE	17
2.1.1. Signos y Síntomas	18
2.1.2. Tratamiento	18
2.2. SHOCK	19
2.2.1. Signos y Síntomas	20
2.2.2. Tratamiento	20

	Pág.
2.3. INFARTO DEL MIOCARDIO	20
2.3.1. Signos y Síntomas	21
2.3.2. Tratamiento	21
2.4. PARO CARDIACO.....	22
2.4.1. Signos y Síntomas	22
2.4.2. Tratamiento	22
2.5. REACCIONES ALERGICAS	23
2.5.1. Anafilaxia	23
2.5.2. Reacciones Anafilactoides	24
2.5.3. Tratamiento.....	24
2.6. OBSTRUCCION RESPIRATORIA AGUDA	24
2.6.1. Tratamiento	26
2.7. SEPTICEMIA BACTEREMIA	27
2.7.1. Tratamiento	27
2.8. FIEBRE REUMATICA	28
2.9. ENDOCARDITIS BACTERIANA	29
2.9.1. Tratamiento	30

CAPITULO III

3. COMPLICACIONES LOCALES.....	31
3.1. HEMORRAGIA.....	31
3.1.1. Clasificación	31
3.1.2. Tratamiento	33
3.2. HEMATOMA	36
3.2.1. Tratamiento	36

1	Pág.
3.3. LESION DE LOS TEJIDOS DUROS	37
3.3.1. Fracturas	37
3.3.1.1. Fractura del Maxilar.....	37
3.3.1.2. Signos y Síntomas	38
3.3.1.3. Fractura de la Apófisis Alveolar	38
3.3.1.3.1.Tratamiento	38
3.3.1.4. Fractura de la Tuberosidad del Maxilar	39
3.3.1.4.1.Tratamiento	39
3.3.1.5. Fractura del Maxilar Inferior	40
3.3.1.5.1.Tratamiento	40
3.3.1.6. Fractura del Diente	40
3.3.1.6.1.Tratamiento	41
3.3.2. Lesión del Seno Maxilar	43
3.3.2.1. Causas	43
3.3.2.2. Perforación del piso del Seno	44
3.3.2.3. Impulsión de un diente o una Raíz al Seno Maxilar .	44
3.3.2.4. Tratamiento	45
3.3.3. Lesión de un Diente Vecino	47
3.3.3.1. Tratamiento	48
3.4. LESION DE LOS TEJIDOS BLANDOS	48
3.4.1. Tratamiento	49
3.5. LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS	50
3.5.1. Tratamiento	51
3.6. TRISMUS	51
3.6.1. Tratamiento	52

	Pág.
3.7. FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO	52
3.7.1. Tratamiento	53
3.8. DOLOR POSTOPERATORIO	53
3.8.1. Tratamiento	54
3.9. INFECCION POSTOPERATORIA	54
3.9.1. Características Clínicas	55
3.9.2. Alveolitis	56
3.9.2.1. Tratamiento	57
3.9.3. Osteomielitis	58
3.9.3.1. Tratamiento	59
3.9.4. Celulitis Aguda	59
3.9.4.1. Tratamiento	60

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

La presente monografía aspira a servir de guía y de orientación a los estudiantes y a los profesionales de la Odontología en relación con las complicaciones que se presentan con más frecuencia en las prácticas de la cirugía oral y ayudarles a resolver los problemas que en ellas ocurren.

Se ha obtenido una información suficiente que nos confirma el hecho de que existen urgencias en el consultorio dental debidas a complicaciones que surgen en cirugías practicadas a pacientes y que le deben interesar al odontólogo desde el punto de vista ético y legal.

Aunque las complicaciones quirúrgicas que ponen en peligro la vida del paciente son poco frecuentes, es muy posible que le ocurran alguna vez al odontólogo y éste debe estar capacitado para saber afrontar tal situación. El odontólogo es consciente de que la cirugía realizada puede llevar a situaciones serias. Ningún odontólogo debe realizar intervenciones quirúrgicas, a menos que esté preparado para hacer frente a las complicaciones que pudieran surgir durante o después de la cirugía.

El presente trabajo está integrado por tres capítulos en los cuales se explica en forma clara y sencilla las complicaciones más comunes que se presentan en una cirugía.

El primer capítulo ofrece un esquema general de la forma como podemos prevenir complicaciones teniendo en cuenta errores cometidos en el período preoperatorio, en el período intraoperatorio y en el período postoperatorio.

El segundo capítulo analiza las complicaciones generales que van a afectar sistemáticamente al paciente pudiendo llegar a comprometer su vida.

El tercer capítulo analiza las complicaciones que a nivel local afectan directa o indirectamente la zona o el área intervenida.

Esta monografía constituye, por consiguiente, un instrumento útil que va a indicarnos cuáles son las complicaciones más comunes e induce a profundizar en el tema. De esta manera le dará al lector posibilidad de tener un conocimiento más detallado de lo que le podría ocurrir en su práctica profesional.



CAPITULO I

1. CONSIDERACIONES GENERALES

"Las emergencias quirúrgicas y sus complicaciones son comunes en la práctica odontológica que incluya procedimientos operatorios. Muchas de estas emergencias y complicaciones carecen de importancia pero otros pueden tener consecuencias muy serias. (10).

Los riesgos quirúrgicos persisten en la práctica dental. Existen nuevas técnicas, equipos, drogas que pueden ayudar a reducir complicaciones molestas.

Se debe tener en cuenta al paciente desde el momento en que llega al consultorio. Su conducta general, expresión facial, su condición física y su umbral de dolor. Sin embargo se puede cometer errores creyendo que éste se encuentra en buen estado tanto físico como emocional.

Se debe tener un equipo muy completo para el tratamiento de las emergencias el cual debe estar seleccionado y organizado, se debería elaborar un manual de las urgencias para uso en el consultorio.

1.1. COMPLICACIONES QUE SURGEN DEBIDAS A ERRORES EN EL PERIODO PREOPERATORIO.

La evaluación del paciente resulta de una correlación de datos obtenidos en la historia clínica,. Se puede llegar a una disminución y quizá hasta la eliminación de los casos de urgencia que ocurren.

Se debe realizar una muy buena historia clínica en la cual van a quedar consignados datos importantes obtenidos durante la anamnesis, antecedentes psicológicos, exámenes clínicos y exámenes paraclínicos.

El objetivo del odontólogo en el examen previo consiste simplemente en evaluar la capacidad física y emocional de un determinado paciente para tolerar un tratamiento odontológico específico. Aunque el fin no es diagnosticar o tratar el problema médico puede acercarse a un diagnóstico razonablemente preciso si se recurre, además de la experiencia, a una técnica de evaluación adecuada.

Cuando existe alguna duda con respecto al estado clínico de un paciente, éste deberá consultar a su médico, se discutiría un plan de tratamiento odontológico en todo aquello que se relacione con los problemas específicos del paciente. El odontólogo deberá recibir el consejo clínico con amplitud de criterio, analizando previamente el plan de tratamiento y los problemas que pueden surgir.

Dentro de este período es importante la escogencia del plan de tratamiento adecuado. Un plan de tratamiento erróneo para cirugía puede ser un verdadero riesgo.

Muchos de los factores etiológicos de las complicaciones se deben considerar conjuntamente y tener en cuenta algunos riesgos quirúrgicos como la edad del paciente, tipo de enfermedad, localización, evolución de la enfermedad, estado metabólico del paciente, inaccesibilidad del campo, magnitud de la cirugía. También se debe considerar el operador, personal auxiliar y asesoría de especialista.

Se puede considerar como un error común el no estimar considerablemente el problema presentado, no dándole la importancia que se le debe dar a cualquier problema quirúrgico.

Existirán ocasiones en las que se tendrá en cuenta el beneficio que se obtendrá al realizar la cirugía y así evitar el riesgo a que surjan complicaciones.

1.2. COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO OPERATORIO.

Estas surgen de los errores de criterio, técnicas, extensión del trauma y tiempo de la cirugía.

Son múltiples los riesgos ocurridos durante el procedimiento quirúrgico. Muchos debidos al mal uso o técnicas pobres de instrumentación; uso

inapropiado del instrumental requerido; fuerzas excesivas, incontroladas, dirigidas o no directamente al área quirúrgica; cuando no se logra obtener una correcta visualización antes de actuar, no se tiene instrumental en condiciones óptimas de esterilización, un buen campo aséptico o no se tuvo en cuenta la limpieza del área que va a ser intervenida.

1.3. COMPLICACIONES QUE TIENEN SU ORIGEN EN EL PERIODO POSTOPERATORIO.

Estas pueden ser atribuidas a negligencias tanto del paciente como del operador. El cuidado del paciente en el postoperatorio es una responsabilidad profesional.

Las complicaciones después de una cirugía son múltiples y de distinta categoría; unas interesan al diente objeto de la extracción, o a los dientes vecinos, al tejido óseo, al tejido blando, o aquéllas que involucran sistemáticamente al paciente siendo éstas de vital importancia.

Algunas de estas complicaciones son inmediatas a la cirugía y otras son remotas a la cirugía.

CAPITULO II

2. COMPLICACIONES GENERALES

Es importante la evaluación de la gravedad del asunto. Se debe reconocer lo más rápidamente posible las urgencias que son una amenaza para la vida del paciente. Generalmente estas enfermedades están acompañadas de perfusión cardiovascular insuficiente o por insuficiencia respiratoria o ambas. Se da mayor prioridad a la evaluación de la función cardiovascular y respiratoria; aunque no se debe descuidar aquellos aspectos que son consecuencia de una reacción impropia del sistema inmune del cuerpo a un invasor extraño.

2.1. SINCOPE.

Es una forma transitoria de pérdida de conocimiento de la cual puede salir o despertar el paciente. "Es una reacción física a un estímulo psíquico" (6). El terror al procedimiento dental produce una reacción en cadena de vasodilatación general, y por lo tanto, una disminución en el volumen de sangre que retorna al corazón. Esta tendencia puede deberse a factores como estar de pie durante mucho tiempo, estar en un ambiente húmedo y caliente, realizar ejercicios que cansan o padecer hiperventilación.

También es denominada anemia cerebral aguda o lipotimia. Es la forma más precoz de shock, es generalmente pasajero, se presenta durante la anestesia o algunos minutos después.

2.1.1. Signos y Sintomas.

El paciente muestra un pulso débil, sudación fría, descenso de la presión arterial, dilatación de las pupilas, taquicardia, coloración gris ceniza de la piel. El pulso se hace imperceptible, la respiración entrecortada y si no se aplican los procedimientos urgentes apropiados puede presentar convulsiones.

2.1.2. Tratamiento.

En lipotimias fugaces se debe colocar al paciente en posición de Trendelenburg, bajando inmediatamente el respaldo del sillón de tal forma que la cabeza del paciente quede en una situación inferior al nivel del corazón y las piernas colocadas a un nivel superior al corazón. Con esta posición se busca restaurar la circulación cerebral adecuada y la oxigenación (Filmina 1). Se debe aflojar la ropa del paciente, se puede aplicar agua fría en la cara y la administración de solución amoniacal para estimular la respiración.

En lipotimias severas después de haber aplicado los procedimientos anteriores y si el paciente no ha reaccionado se le debe aplicar oxígeno

puro y drogas vasopresoras o estimulantes. Se debe además controlar los signos vitales del paciente.

2.2. SCHOCK.

"Es la persistencia del síncope con pérdida de la conciencia, pulso débil o ausente e hipotensión persistente". (6)

Es un estado en el que el flujo sanguíneo a los tejidos periféricos es inadecuado para mantener la vida debido al volumen insuficiente o una mala distribución del flujo sanguíneo periférico; ésto se debe a que se produce un estancamiento de la sangre en regiones como brazos y piernas ocasionando una disminución en la circulación sanguínea del encéfalo y otras zonas vitales.

Clasificación :

- Shock hemorrágico o hipovolémico: se produce después de perderse un volumen crítico de sangre.
- Shock por quemadura : resulta de la pérdida masiva de líquidos y electrolitos a nivel de los tejidos lesionados.
- Shock quirúrgico : es un shock por herida creado profesionalmente.
- Shock cardiógeno : es un colapso circulatorio resultante de una insuficiencia de la bomba cardíaca que ocurre bruscamente.
- Shock séptico : se ve en pacientes que sufren infecciones bacterianas.

2.2.1. Signos y Síntomas

La piel se vuelve pálida, fría, viscosa por el sudor, hay disminución del pulso, respiración ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, hay colapso de venas superficiales y taquicardia. También se puede observar cianosis peribucal al igual que en las uñas y lóbulos de las orejas; midriasis con reacción motora e hiperventilación como compensación de acidosis metabólica.

2.2.2. Tratamiento

Se debe suspender inmediatamente el tratamiento que se esté realizando. Se realizan los procedimientos para el síncope; se mantiene el cuerpo y las extremidades frías; se debe determinar rápidamente cuál es la causa del shock, ya sea por hipovolemia circulante, estímulo doloroso o trastorno emocional. Se controla la presión arterial y el pulso, se debe establecer una vía venosa para administrar medicamentos para aumentar la presión como epinefrina o metaraminol. El paciente debe yacer con la cabeza hacia el lado y limpiar rápidamente la cavidad oral y mantener las vías respiratorias completamente despejadas, y administrar oxígeno (Filmina 2 - 3).

2.3. INFARTO DEL MIOCARDIO.

Es el grado más intenso de insuficiencia vascular que resulta de la oclusión completa de una de las arterias coronarias lo que produce la

muerte o infarto de una porción del miocardio. Se puede presentar después de un shock quirúrgico.

Suelen ocurrir tres trastornos principales : Anomalías de frecuencia, arritmias e insuficiencia del bombeo. Cualquiera de ellas puede ser mortal.

1.3.1 Signos y Síntomas.

La presión arterial se encuentra disminuída, presencia de arritmias, depresión mental, diaforesis, espiración forzada con vía aérea cerrada para tratar de aliviar el dolor, puede encontrarse soplos cardíacos durante la auscultación, dolor retroesternal de leve a grave, irradiación del dolor hacia el brazo izquierdo, maxilar inferior o garganta, angustia o sensación de muerte inminente, debilidad, fatiga, náuseas y disnea.

2.3.2. Tratamiento.

El paciente se debe colocar en una posición cómoda. Contra el dolor, ansiedad y disnea se puede administrar ya sea 100 mg. de meperidina ó 15 a 20 mg. de sulfato de morfina. La inhalación de 0.2 en concentración moderada mediante cateter nasal o elevada mediante máscara, debe aplicarse para cubrir la hipoxemia. Para la hipotensión 100 mg. de solución dextrosa o isoproferenol 2 a mg./1 de solución dextrosa.

2.4. PARO CARDIACO.

Es la suspensión brusca de la contracción útil del miocardio que ocurre por la detención o por fibrilación ventricular la cual lleva a la contracción cardíaca inadecuada o inexistente.

2.4.1. Signos y Síntomas.

Pulso carotídeo impalpable, no se encuentra presión arterial, los ruidos cardíacos son inaudibles, hay pérdida brusca de la conciencia a veces asociada con convulsiones, los esfuerzos respiratorios van disminuyendo progresivamente, deteniéndose totalmente al cabo de 15 a 30 segundos. Las respiraciones terminales son jadeantes y ruidosas y con estertores húmedos, las pupilas empiezan a dilatarse al cabo de 30 segundos y quedan totalmente dilatadas al cabo de un minuto y medio o dos, la piel se vuelve rápidamente pálida o cianótica o de color cenizo y fría, aparece una sudación abundante, con sensación pegajosa.

2.4.2. Tratamiento.

Se coloca al paciente en una posición en decúbito supino sobre una superficie dura. Se limpia rápidamente las vías aéreas, se practica respiración profunda boca a boca o boca a nariz durante 5 veces, mientras una persona realiza la respiración boca a boca con regularidad, se inicia la compresión cardíaca externa con un ritmo de 60 veces por minuto. Si el operador se encuentra sólo, deberá interrumpir el masaje cada 15

segundos para practicar 2 respiraciones boca a boca. La compresión cardíaca se realiza colocando ambas manos una sobre la otra en la parte inferior del esternón y se ejerce hacia abajo compresiones breves y fuertes pero no violentas con el talón de la mano inferior. (Filmina 4).

2.5. REACCIONES ALERGICAS.

2.5.1. Anafilaxia.

Reacción general aguda, que se produce en una persona previamente sensibilizada, tras recibir un suero extraño, ciertos medicamentos, inyecciones o picaduras de insectos.

La liberación masiva y repentina de mediadores provoca prurito generalizado. La vasodilatación y el paso de plasma a los tejidos produce disminución del volumen plasmático; el líquido pasa a los alvéolos pulmonares y puede producir edema pulmonar; puede producirse angioedema de obstructivo de vías respiratorias altas, broncoespasmos que puede provocar hipoxia y cuando ésta coincide con hipotensión se ve arritmia cardíaca y puede ocurrir colapso cardiovascular generalizado y muerte.

La sintomatología puede desarrollarse en un tiempo de uno o dos minutos, el paciente puede llegar a estar inconciente, convulsivo, embotado y morir.

2.5.2. Reacciones Anafilactoides.

Son parecidas a las anafilácticas, sólo que en éstas no hay exposición anterior con el antígeno y no se encuentra ningún anticuerpo. Dentro de éstas tenemos aquéllas producidas por medios de contraste utilizados en radiografías, anestésicos locales, aspirinas, penicilinas, codeína y sus derivados, meperidina, morfina, agentes proteolíticos, etc.

2.5.3. Tratamiento.

Si se dá cuenta de lo que está sucediendo, se debe interrumpir la acción inmediatamente. El tratamiento único más importante es administrar lo más rápidamente posible adrenalina por vía subcutánea (0,3 ml. de solución acuosa al 1: 1000).

Los síntomas de urticaria suelen aliviarse con antihistamínicos por vía oral. Tenemos : Difenhidramina (Benadryl) 50 a 100 mg. cada 4 horas o ciproheptadina (Periactin) 4 a 8 mg. cada 4 horas.

2.6. OBSTRUCCION RESPIRATORIA AGUDA.

Es el bloqueo parcial o total de la vía aérea.

Se debe realizar un diagnóstico rápido de la obstrucción, sospechar cuando el paciente comienza a boquear con gran esfuerzo y se ve tiraje supraesternal e incapacidad para intercambiar el aire.

Es necesario saber si la apnea que sigue en la hiperventilación producida por un estado de ansiedad y especialmente se acompaña de cianosis puede crear confusión.

En el paciente consciente, la obstrucción desencadena una serie de mecanismos protectores de origen reflejo cuya finalidad es expulsar el objeto.

Las obstrucciones de la vía aérea son clasificadas tomando su ubicación y grado de obstrucción. Las que ocurren arriba de la laringe son clasificadas como obstrucciones de la vía respiratoria superior; las que ocurren por debajo se clasifican como obstrucciones de la vía inferior. La interrupción de la areación pulmonar se llama obstrucción completa y la areación parcial como obstrucción parcial.

Dentro de las causas más comunes de la obstrucción de vía respiratoria superior son las siguientes : obstrucción por la lengua en enfermos inconscientes, aspiración de objetos desde la boca como dientes realizados en una exodoncia, dientes fracturados, instrumental, gasas, etc.; traumatismos de cara y cuello, reacciones alérgicas que producen tumefacción y las quemaduras graves con edema masivo de los tejidos.

En el caso de obstrucción de vía superior el paciente se torna cianótico o de color gris cenizo. Cuando la obstrucción es parcial se oyen ruidos agudos en la inspiración y se observa retracción de los músculos accesorios de la respiración, así como de los espacios supraesternal,

supraclavicular, intercostal y epigástrico.

2.6.1. Tratamiento.

Se debe realizar un diagnóstico rápido de la obstrucción.

Cualquier intento de extraer el objeto por parte del odontólogo suele ser activamente resistido por lo cual es necesario persistir en esa actitud sin recurrir a la fuerza. Las maniobras deben iniciarse cuando el paciente comienza a perder la conciencia. Se debe colocar al paciente boca abajo para que trate de expulsar el objeto; se explora la boca y faringe con los dedos extrayendo el cuerpo extraño.

Cuando no se ha logrado despejar la vía aérea y continúa la obstrucción se debe establecer la vía respiratoria por medios quirúrgicos. Se debe recordar que en la unión del cartílago tiroides y el cricoides se encuentra la membrana cricoidea que es una estructura superficial sólo cubierta por piel; la membrana carece de vasos sanguíneos importantes y así no hay peligro de hemorragia.

Se inicia una incisión transversal y curvilínea sobre la cara anterior de la tráquea. El trazo se realiza a la altura del III o IV anillo traqueal. Se prefiere transversal debido a que al cruzar perpendicularmente la tráquea hace que sea imposible no encontrarla. Se realiza la incisión del tejido celular y ligadura de vasos superficiales, se rechaza el istmo de la glándula tiroides hacia arriba o se secciona,

se separan hacia afuera los músculos pretraqueales, incisión de la tráquea, resección de un anillo cartilaginoso, se pasan puntos del borde inferior de la traqueostoma a la piel, se anudan para cerrar espacios; muertos entre la tráquea y la piel. (Filminas 5 - 6 - 7 - 8 - 9).

2.7. SEPTICEMIA - BACTEREMIA.

La extracción dentaria o la eliminación de focos sépticos puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre. "Es la complicación más grave de cualquier infección localizada. (Lyons, 1942)" (4).

"Puede seguir dos cursos" infección muy grave sin que ocurran lesiones locales, quizá porque el paciente no vive lo suficiente para ello. La invasión es tan fulminante y grave como la bacteremia estreptocócica o meningocócica. Los pacientes mueren en pocos días si no se controla la infección" (4).

En el segundo caso, la bacteremia es menos fulminante pero puede acompañarse de focos metastásicos en tejidos y órganos siendo más común en piel, tejido subcutáneo, pulmón, riñón y músculo esquelético. Se puede contaminar el cerebro y sus membranas, cavidades pleural, pericárdica y peritoneal.

2.7.1. Tratamiento.

La terapia antibiótica reducirá la aparición de la bacteremia después

de la cirugía bucal, pero no la eliminará entonces es de suponer que la bacteremia puede ocurrir y continuar con la administración de antibióticos preferiblemente la penicilina.

2.8. FIEBRE REUMATICA.

Es una enfermedad inflamatoria general, no supurada, a menudo recurrente, causada por infección con estreptococos hemolíticos beta del grupo A.

Ataca principalmente articulaciones, corazón, piel, serosas, vasos sanguíneos y pulmones. La importancia de la fiebre reumática resulta de su capacidad para causar daño grave del corazón.

La fiebre reumática ocurre principalmente entre los 5 y 15 años de edad, atacando por igual mujeres y hombres.

Comienza de una a cuatro semanas después de la infección estreptocócica que suele ser faringitis.

Se distinguen tres etapas de la enfermedad :

- Infección estreptocócica aguda de la nasofaringe.
- Período de reposo durante el cual el estreptococo persiste en la faringe.
- Fase en que aparecen trastornos electro cardiográficos y síntomas

- Fase en que aparecen trastornos electro cardiográficos y síntomas de fiebre reumática aguda.

El 95 % de los pacientes tienen aumento del título de antiestreptolisina O y en la mayor parte de las demás hay alto título de antiestreptocinasa, antidesoxirribonucleasa 13 (anti-nad-asa B), anti - Nad- asa o antihialurodinasa.

El examen de laboratorio para confirmar el nivel de antiestreptolisinas se solicita como ASTOS.

Un paciente que ha sufrido o que padece la enfermedad y que va a ser sometido a una cirugía debe premedicarse con antibioterapia porque se podría producir una septicemia que ocasionaría colonización bacteriana en las válvulas cardíacas conocida como Endocarditis Bacteriana.

2.9. ENDOCARDITIS BACTERIANA.

La endocarditis bacteriana o vegetante es una de las infecciones más graves del hombre, se caracteriza por colonización de una o de más válvulas cardíacas por bacterias y otros microorganismos con producción de masas frágiles de microorganismos y coágulo sanguíneo que producen lo que se llama vegetaciones.

Una de las vías corrientes de entrada de los microorganismos causales es la infección dental ya que existe una relación estrecha entre el

agente etiológico y los microorganismos de la cavidad oral, pulpa dental, lesiones periapicales, enfermedad periodontal y otras formas de infección oral.

2.9.1. Tratamiento.

El tratamiento que se realizará estará encaminado a la prevención de la aparición de la enfermedad.

En caso de presentarse se recomienda el uso de la penicilina procaína por vía intramuscular.



CAPITULO III

3. COMPLICACIONES LOCALES

3.1. HEMORRAGIA.

En la salida anormal de sangre con todos sus componentes del interior de los vasos a consecuencia de traumatismo o enfermedad. Los signos locales dependen del vaso de donde proviene; la hemorragia puede ser lenta o a manera de chorro.

3.1.1. Clasificación.

Según el tiempo en que se presenta la hemorragia :

- Hemorragia primaria o inmediata : Comienza en el momento de la lesión generalmente causada por la ruptura de vasos sanguíneos.
- Hemorragia Intermedia o Recurrente : Se presenta durante las 24 horas después de terminada la intervención quirúrgica y de la primera hemorragia. Inmediatamente después de ésta hay descenso de la presión arterial que permite la formación de coágulos. Cuando

el paciente se recupera, sube la presión y el coágulo es arrojado. Este tipo de hemorragia puede originarse también por afloramiento o ruptura de una sutura.

- Hemorragia Secundaria o Tardía : Comienza después de 24 horas y puede ser originada por infección que rompe los vasos sanguíneos, por ulceración o por desintegración del coágulo. También algunos trastornos generales la pueden causar.

Según la causa :

- Hemorragia Traumática : Esta resulta de la lesión o sección de los vasos sanguíneos y no formarse un coágulo ya sea porque es expulsado del sitio lesionado.
- Hemorragia Bioquímica : Depende de las anormalidades de los elementos sanguíneos o del sistema vascular que impide la formación del coágulo o de su formación posterior.

Según el vaso sanguíneo de donde provenga :

- Hemorragia Arterial : Proviene de una arteria. La sangre sale en chorro intermitente de color rojo vivo.
- Hemorragia Venosa : Proviene de una vena. Es de color rojo oscuro.
- Hemorragia Capilar : Proviene de vasos capilares; se caracteriza por el escurrimiento pausado y casi imperceptible, tiene un color intermedio.

Según su Situación :

- Hemorragia Externa : Se encuentra en piel o tejidos blandos sub-
hacentes.
- Hemorragia Interna : Se encuentra en una cavidad, viscera hueca
o tejidos profundos sin que salga a la superficie.

Según la gravedad y el peligro :

- Hemorragia Moderada : Cuando se vierte poca cantidad de sangre.
- Hemorragia Grave : Cuando va acompañada de shock.
- Hemorragia Copiosa o Abundante : Cuando proviene de un gran vaso
difícil de localizar o detener la hemorragia.

3.1.2. Tratamiento.

Las hemorragias postexodónticas casi siempre ceden en un período de media a una hora, ordenándole al paciente que muerda con firmeza una torunda de gasa. Se le debe advertir al paciente que evite los enjuagues ya que éstos perturban la formación del coágulo sanguíneo alveolar. Se le dice al paciente que en cuanto aparezca una ligera hemorragia después de la extracción muerda firmemente una pelota de gasa o tela fina por un tiempo de media hora, y avisarle al odontólogo si continúa la hemorragia.

En la extracción de un molar inferior se puede lesionar la arteria dentaria inferior. Se debe buscar inmediatamente la arteria y ligarla.

Cuando la exodoncia fué en un tercer molar, se debe buscar la arteria que generalmente se encuentra muy cerca del nervio dentario inferior y es difícil de separar entonces se puede introducir una esquirila de hueso en la entrada del conducto en forma centrípeta. En caso tal que sea muy profunda la hemorragia se debe intentar la ligadura de la arteria carótida externa que es más fácil de encontrar que la arteria maxilar interna.

En el taponamiento que se le hace a la arteria alveolar se emplea gasa yodoformada al 200 % sobre la que se sutura la mucosa y sobre ésta se colocan unos apósitos compresivos. Muchas veces sucede que al retirar el taponamiento se puede reproducir la hemorragia, entonces se vuelve a hacer el procedimiento cambiando la gasa, siempre usando yodofórmica que puede dejarse de 8 a 14 días.

En el caso de hemorragias que surgen en el período intraoperatorio se puede lograr su hemostasia cogiendo la arteria con una pinza hemostática y se deja durante unos minutos. Si la hemorragia es ósea, se controla colocando un instrumento romo en el lugar sangrante y comprimiendo las trabéculas óseas por medio de un golpe de martillo.

En casos de hemorragias difusas se coloca un apósito compresivo, que puede ser hecho de corcho, madera, pasta de moldear o placas. Se obtiene la ayuda de los dientes antagonistas que al chocar con estos apósitos sirven para comprimir el área de la hemorragia (Filmina 10).

Se puede emplear agentes hemostáticos como el Gelfoam embebido en trombina y se le aplica un punto de sutura para mantener el hemostático en su sitio; gasa yodoformada impregnada de agua oxigenada, adrenalina, sueros, tromboplastina, percloruro de hierro, el uso de celulosa oxidada también es recomendado.

En el caso de hemorragias mediatas se practica un enjuagatorio con agua oxigenada tibia para limpiar la cavidad oral. Se seca el área, se observa de donde proviene la hemorragia, si se observa el punto sangrante se puede cauterizar. Si la hemorragia es profunda se procede de nuevo al taponamiento con gasa impregnada con medios hemostáticos. En casos en los que se han separado los bordes de una herida que había sido suturada, se hace una inspección del área, se aplicará anestesia local cuyo efecto vasoconstrictor permitirá nuevamente la sutura.

"Todos los problemas que originan hemorragia, pueden prevenirse por el empleo sistemático de la sutura postextracción; por este procedimiento la hemorragia es excepcional". (2).

Cuando se ha recurrido a los métodos locales para detener una hemorragia y no han sido efectivos se debe recurrir a medicaciones generales como transfusiones sanguíneas, se puede mejorar el estado general administrando analépticos, infusión de líquidos adecuados como suero, plasma, expansores de plasma. También se dará medicaciones con coagulantes como vitamina K. calcio, agentes antifibrinolíticos.

3.2. HEMATOMA.

Es la difusión, derrame y depósito de sangre siguiendo planos musculares, a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado la cirugía. Se produce a menudo por la punción de vasos sanguíneos, por la aguja al inyectar el anestésico.

Características : Aumento de volumen a nivel del sitio en el que se realizó la cirugía, cambio de color de la piel vecina; este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina tomando primero una coloración rojo vinoso que luego se torna violeta, amarillo violeta y amarillo. El cambio de color de la piel dura varios días y termina al octavo o noveno día. El hematoma puede infectarse produciendo color local rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar durando ésta aproximadamente una semana. Algunos pueden abscesarse.

3.2.1. Tratamiento.

Se recomienda explicarle lo sucedido al paciente inmediatamente. La conducta debe ser expectante después de un tiempo variable el hematoma se reabsorbe por sí sólo.

En el hematoma sin supuración se coloca bolsas de hielo para disminuir el dolor. Cuando supura se trata como a un absceso incidiéndolo y

colocándole un drenaje. Se debe dar sulfamidaterapia y antibióticos, considerando que éste se puede infectar según su magnitud.

3.3. LESION DE LOS TEJIDOS DUROS.

3.3.1. Fracturas.

3.3.1.1 Fractura del Maxilar.

La fractura puede producirse con mayor frecuencia en un maxilar que ha sido debilitado por factores predisponentes, enfermedades que debilitan los huesos, alteraciones sistemáticas, alteraciones locales.

Clasificación :

- Simple : Es aquella en la que el integumento que cubre el hueso está intacta. Puede ser desplazada o nó.
- Tallo Verde : Es aquella en la que un lado del hueso está roto, mientras que el otro está doblado.
- Expuesta : Es aquella en la que la rotura del hueso se asocia con una herida externa.
- Conminuta : Es aquella en la que el hueso está fragmentado o aplastado.

Casi todas las fracturas de los maxilares que se producen en la región de los dientes que son expuestos, se va a separar a través de un alvéolo dentario y se extiende desde el ápice hasta el borde inferior.

3.3.1.2. Signos y Síntomas.

En general la fractura que se produce durante la extracción es acompañada de un crujido audible y de movilidad anormal en la zona lesionada. Las fracturas desplazadas en las zonas dentadas son puestas de manifiesto por un fragmento deprimido o elevación y la interrupción de la continuidad del plano de oclusión generalmente en el maxilar inferior.

3.3.1.3. Fractura de la Apófisis Alveolar

Es una de las complicaciones más frecuentes, produciéndose fractura de las tablas vestibular y lingual. Dependiendo de su magnitud se le debe dar importancia al accidente. Cuando se realiza la exodoncia del fragmento roto puede salir con el diente (Filmina 11), quedando una superficie áspera y dentada o puede quedarse en la herida. Algunas veces el segmento fracturado puede irse dentro del alvéolo.

3.3.1.3.1. Tratamiento.

Dependiendo del tipo de fractura se puede intentar dos tipos de tratamiento : Cuando el hueso fracturado queda en la herida. Si el fragmento es pequeño, y si se ha separado del periostio se debe extraer; si el fragmento es grande y se mantiene fijo al periostio se debe colocar en su lugar mediante presión digital y se fija por medio de suturas al tejido adyacente.

Si el fragmento fracturado se llegara a ir dentro del alvéolo se debe eliminar porque el secuestro origina los procesos inflamatorios consiguientes que no terminan hasta que no se retire el fragmento óseo.

3.3.1.4. Fractura de la tuberosidad del Maxilar.

Una de las complicaciones más peligrosas es la fractura del segmento distal de la apófisis alveolar hasta la tuberosidad del maxilar. Al realizar la exodoncia del segundo o tercer molar puede originarse una fuerza excesiva o mal aplicada que va a provocar fractura de la tuberosidad del maxilar quedando el seno maxilar expuesto. Muchas veces parte de ella puede desprenderse acompañando al molar (Filmina 12).

3.3.1.4.1. Tratamiento.

Si la tuberosidad ha sido fracturada se intentará conservar su integridad. Se debe tratar de separar el diente de la tuberosidad sin producir lesiones en el hueso, es mejor esperar unas semanas antes de extraer el diente para permitir la cicatrización de la fractura; cuando ésta haya cicatrizado se podrá levantar el periostio, extirpar la porción del hueso cortar y extraer el diente por partes. Si se necesita extraer el diente inmediatamente se estabilizará la tuberosidad tanto como sea posible y se hará la extracción quirúrgica del diente; luego se reposicionará la tuberosidad fracturada en su lugar y se fijará la vitalidad del hueso la de la irrigación aportada por el periostio.

3.3.1.5. Fractura del Maxilar Inferior.

Este tipo de fractura es raro pero no excepcional. La mayoría de las veces ocurre por el uso inadecuado de forceps, o por aplicación de fuerzas exageradas. (Filmina 13). Casi siempre se producen en personas de edad que poseen maxilares atróficos y delgados.

3.3.1.5.1. Tratamiento.

Se debe realizar la reducción de la fractura o sea la colocación de los extremos del hueso en una relación adecuada de forma que se toquen y se realiza la fijación es decir la mantención de los fragmentos en su lugar hasta que se produzca la cicatrización.

"La mayoría de las fracturas maxilares pueden reducirse manualmente. Cuando los huesos de los maxilares contienen dientes la oclusión de los mismos puede utilizarse para guiar la reducción" (1). "Se puede colocar alambres, arcos, peines o férulas sobre los dientes y luego extendiendo bandas elásticas o alambres desde el arco inferior al superior, los huesos son sostenidos en su posición adecuada por medio de una interdigitación correcta y armoniosa de los dientes" (1).

3.3.1.6. Fractura del Diente.

Es el accidente más frecuente de la exodoncia (2). En el curso de la extracción al aplicarse el forceps en el diente la corona o parte de ésta o la raíz se fractura quedando una porción dentro del alvéolo.

(Filmina 14).

Clasificación :

- Las raíces se clasifican de la siguiente manera :
- Fractura a nivel del margen gingival (Filmina 15).
- Fractura a nivel de tercio medio.
- Fractura a nivel del tercio apical (Filmina 16).

Las fracturas que se producen a nivel del tercio gingival que a aquellas que ocurren en el tercio medio y son de peor pronóstico las que ocurren a nivel del tercio apical.

Los órganos dentarios debilitados por procesos cariosos o con anomalías radicales no pueden resistir la fuerza aplicada fracturándose en el punto de menor resistencia.

3.3.1.6.1. Tratamiento.

A nivel del tercio gingival se pueden utilizar los siguientes elevadores : Winter 11 D y 111. Clevent recto (Figura 1 a B).

Mediante movimientos de rotación y presión simultánea se coloca la punta del elevador a lo largo de la superficie mesial de la raíz en el espacio ocupado por el periodonto paralelo al eje longitudinal de la raíz. Luego se emplea el elevador contra y se repite el mismo procedimiento por distal del diente.

El elevador recto se usa como cuña, se coloca por mesial y se aplica presión apical y un ligero movimiento vestíbulo lingual y después se coloca el elevador por distal y se repite la acción hasta lograr luxar el diente.

A nivel del tercio medio : Casi siempre se requiere el levantamiento del colgajo para permitir al operador una mejor visualización del campo operatorio; facilitar la acción de los elevadores.

Se usan los siguientes elevadores : Winter 11D, 111, 14D, 141 clevent recto (Figura 1 a B) (Figura 2 A).

Se puede aplicar los elevadores de una forma similar al anterior.

A nivel del tercio apical se utilizan los elevadores apicales derecho, izquierdo y recto (Figura 2 B).

Se debe examinar la raíz del diente fracturado para determinar cuánto diente se ha dejado dentro del alvéolo.

Se coloca la punta del elevador apical contra la pared del alvéolo y se hace deslizar hasta que contacte con la curvatura vuelta hacia la pared, hasta que el plano del fragmento sea colocado suavemente.

Cuando el fragmento apical no puede ser removido con los elevadores se debe hacer levantamiento del colgajo porque se puede impulsar el ápice

fracturado al seno maxilar o se puede introducir dentro del canal dentario o en fosas nasales.

3.3.2. Lesión del Seno Maxilar.

Debido a la anatomía del seno maxilar y su proximidad con las raíces de molares y premolares superiores, el seno maxilar siempre debe tenerse en cuenta cuando se extraen dientes de esta zona. Se debe considerar como un riesgo natural de la exodoncia que debe tenerse en cuenta y saber cómo enfrentarse.

3.3.2.1. Causas.

- Destrucción del piso seno por una infección crónica que parte del ápice de dientes superiores.
- Destrucción del piso durante la extracción de un molar o premolar superior.
- Perforación de la capa epitelial del seno por el uso incorrecto de la cureta, en los casos en que la separación entre la raíz del diente y el seno maxilar está formada sólo por mucosa sinusal.
- Hundimiento accidental de un elevador a través del piso del seno al intentar extraer una raíz fracturada o de un diente retenido.
- Cuando se intenta extraer una raíz fracturada de su posición en el alvéolo y se le hace fuerza hacia el seno maxilar.
- Penetración al intentar la extracción de premolares, molares o caninos incluidos.

- Fractura de un segmento del reborde alveolar con desprendimiento del seno maxilar.
- Enucleación de un quiste en el cual el tabique óseo ha sido erosionado por la presión de éste hasta desaparecer la capa epitelial que se adhiere a la pared quística.

3.3.2.2. Perforación del piso del Seno.

Los signos de la apertura son : Un orificio oscuro en el fondo "Al introducir una sonda se pierde en un espacio ilimitado. Si se cierra la nariz y se sopla pasa aire a la boca desde la nariz" (9), o al realizar un enjuagatorio pasa de la boca al seno y de allí hacia la nariz.

Se puede ocasionar una infección en el seno cuyo dolor es continuo, comprensivo o irradiado. La mayoría de las veces el paciente siente una sensación de pesadez del maxilar superior la intensidad del dolor es variable, casi nunca se presenta tumefacción.

3.3.2.3. Impulsión de un Diente o una Raíz al seno Maxilar.

Una presión fuerte en dirección craneal puede impulsar un diente o una raíz al seno maxilar (Filmina 17); éste se puede alojar de diferentes maneras en relación con el seno maxilar :

- "La raíz penetra dentro del seno desgarrando la mucosa sinusal y se va a situar en el piso de la cavidad.

- La raíz se desliza entre la mucosa del seno y el piso óseo quedando por lo tanto cubierta por mucosa.
- La raíz cae dentro de una cavidad patológica debajo del seno y en ella queda alojada". (2) (Figura 3A).

La desaparición de un ápice no supone forzosamente que haya ido a parar al seno maxilar. Muchas veces puede haber atravesado una delgada capa ósea y se oculta bajo la mucosa vestibular o palatina o se puede ir entre el interior de un quiste.

3.3.2.4. Tratamiento.

Antiguamente se demostraba que los fragmentos de raíces u otros cuerpos extraños dejados en el seno maxilar podrían ser tolerados durante años sin generar síntomas, y que eran responsables de sinusitis a menos de que hubiera una fístula bucoantral. Hoy en día el criterio es diferente. Se debe retirar todo cuerpo extraño que se encuentre dentro del seno maxilar.

Si el accidente sucede dentro de la cirugía, la herida está abierta y la zona se encuentra anestesiada, se debe retirar inmediatamente.

Para la extracción de una raíz que se encuentra dentro del seno maxilar se procede de la siguiente manera : Se toma una radiografía de la zona para localizar la raíz; Colgajo mucoperióstico; osteotomía; corte de la mucosa del seno; colocación en el seno la punta del aspirador que

toma la raíz y la extrae; sutura del colgajo (Figura 3B).

Para la extracción de un diente se procede así : Se localiza el diente; colgajo bucal para exponer el diente; se localiza y se extrae con una pinza hemostática; se reposiciona el colgajo y se sutura. Si el diente se encuentra ubicado dentro del seno y es difícil su extracción se realiza la siguiente técnica : Incisión curva y alta por encima de las raíces de los dientes; se levanta el colgajo; se realiza la osteotomía que debe ser amplia para poder tomar el diente; reposición del colgajo y sutura.

Cierre de la comunicación oroantral : Se utiliza una incisión trapezoidal que abarque el alvéolo del diente extraído, incisiones verticales divergentes hacia el fondo para asegurar una óptima vascularización del colgajo. La disección del colgajo mucoperióstico debe ser lo suficientemente extenso para permitir la incisión transversal del periostio para aumentar la capacidad de estiramiento del colgajo; para que el colgajo no quede tan tenso se puede extirpar una porción de hueso alveolar vestibular, remodelándose con una lima para hueso; se reposiciona el colgajo con puntos colchoneros horizontales en los bordes vestibular y palatino, el resto de la herida con puntos simples (Figura 4 - 5).

Se le debe recomendar al paciente lo siguiente :

- Que trate de no sonarse.
- No debe hacer esfuerzos de succión. Evitar el cigarrillo.
- Cuando estornude abra la boca.

- Antibioterapia profiláctica.
- Sutura por 15 días.

Cuando se presenta una comunicación oroantral se debe identificar a través de la prueba de Valsalva que consiste en comprimir ambos orificios nasales y que el paciente trate de soplar por la nariz; el aire en caso de apertura, saldrá ruidosamente por el sitio de la comunicación.

3.3.3. Lesión de un Diente Vecino.

La presión que se hace a un instrumento cualquiera puede ser transmitida a dientes vecinos generalmente cuando el tipo de palanca que se utiliza está siendo mal aplicada. Se puede producir entonces una fractura del diente vecino en su porción coronal si ésta se encuentra debilitada; si el diente posee una obturación se puede desprender totalmente la obturación o ruptura de la misma. En un diente sano se puede producir fractura del tejido dentario que puede ir desde una fractura simple en esmalte hasta una complicada que abarque el tejido pulpar.

Se puede producir una luxación en el diente vecino hasta la avulsión del diente.

La lesión puede ocurrir a nivel del ápice del diente vecino produciendo fractura de éste o daño en su paquete vasculonervioso. Al realizar la debridación se puede producir daño del diente que va desde la super-

ficie coronal hasta la región apical en el interior del alvéolo originando una bolsa periodontal que podría causar problemas endoperiodontales.

3.3.3.1. Tratamiento.

"El tratamiento de cualquier lesión de los dientes vecinos depende de la importancia del traumatismo"(10).

Si se produce fractura de la corona se observa la magnitud de la fractura que podrá ser restaurada o pulida ; si afecta pulpa se aconseja pulpectomía o pulpotomía según el caso.

En el caso de una luxación del diente, éste se lleva a su posición mediante presión digital y se feruliza. Si se dá el caso de la avulsión entonces se reimplanta el diente ferulizándolo y controlándolo posteriormente.

3.4. LESION DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

Es un accidente que se produce al actuar con brusquedad, sin medida y sin criterio quirúrgico. Algunas veces se puede deslizar objetos de la mano del operador y herir encías o partes blandas vecinas. Se puede producir desgarros de la mucosa gingival lengua o carrillos.

Se encuentra varios tipos de heridas en tejidos blandos :

- Contusión : golpe producido por el impacto del instrumento romo, sin romper la piel.
- Abrasión : herida producida por el frotamiento o raspado de la superficie de recubrimiento.
- Laceración : herida producida como resultado de un desgarramiento producido por un objeto agudo.
- Herida penetrante : generalmente son heridas por punción producidas por objetos puntiagudos. Son profundas e interesan otras estructuras.

También los tejidos blandos se afectan por quemaduras térmicas, químicas y galvánicas.

3.4.1. Tratamiento.

Cuando ocurre una lesión a los tejidos blandos generalmente está acompañada de hemorragia; lo primero que hay que hacer es controlarla; luego de conseguida la hemostasia se deben suturar las heridas; si son heridas profundas se suturan por planos usando hilo reabsorbible.

"Todas las heridas de la boca se producen en una zona contaminada; en consecuencia, la infección secundaria es una complicación que siempre debe tenerse en cuenta" (10).

Si las heridas no son profundas no se recomienda el uso de antibiótico; pero si son profundas y fueron hechas con un instrumento contaminado se recomienda la antibioticoterapia.

3.5. LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.

Los nervios maxilofaciales corren a través de canales y conductos óseos y pasan peligrosamente cerca de las superficies cutáneas y mucosas donde son vulnerables a distintos traumatismos. Las ramas terminales deben coexistir con los tejidos locales que tienen una incidencia patológica extremadamente alta; los senos paranasales, los dientes y el periodonto.

Muchas de las lesiones comunes provocadas por traumatismos leves, irrigación química e infección necrótica pueden inducir parestesias transitorias así como paresias musculares leves.

Una causa es la compresión de las ramas nerviosas alveolares inferiores durante la extracción dentaria.

Los problemas clínicos pueden ir desde una parestesia apenas perceptible provocada por pequeños neuromas en continuidad hasta una neuralgia profunda con características fantasmas que reflejan una fisiopatología del sistema nervioso central.

Una fuente de entumecimiento facial, temporario o permanente es el traumatismo.

Causas :

- Traumatismo producido durante la exodoncia o intervención quirúrgica y se lesiona el diente correspondiente a la zona.
- Uso inadecuado de instrumental.
- Extracción de dientes incluidos que causan lesión en el nervio por traumatismo o compresión.
- Infección, edema, toxemia o aplastamiento.
- Levantamiento de colgajos.
- Fracturas.

Los nervios más afectados son el nervio dentario inferior, mentoniano, lingual y nasopalatino.

3.5.1. Tratamiento.

La regeneración de un nervio se puede lograr siempre y cuando los bordes lesionados estén próximos entre sí. La regeneración del nervio dentario se puede conseguir al unir los bordes; la del nervio mentonero es más difícil debido al movimiento de los labios y las mejillas que hacen difícil la aproximación de los bordes. El nervio nasopalatino se une con bastante frecuencia porque al realizar la sutura el colgajo en su lugar se logra una buena aproximación.

3.6. TRISMUS.

Es un espasmo muscular constante; puede ser transitorio o persistir

durante un período de varios días. Es una reacción por inflamación directa a los músculos masticadores, presente más que todo en procesos provenientes de los molares inferiores o por traumatismo iatrógeno ya sea cuando se aplica anestesia troncular inferior o cuando se incide directamente sobre el músculo masticatorio.

Los diferentes grados van desde el trismus agudo que no permite más que una separación de 2 ó 3 mm hasta una abertura bucal de 20 mm.

3.6.1. Tratamiento.

Se recomienda la fisioterapia activa. Se le puede dar al paciente un pedazo de parafina o tela de caucho; se debe instruir al paciente para que ejercite la boca; se utiliza una tracción elástica con presión digital para que abra la boca 40 a 50 veces. Se le ordena al paciente analgésicos y antiespasmódicos y paños de agua caliente localmente. Si estos métodos no son efectivos, se debe forzar la mandíbula bajo anestesia general.

3.7. FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO.

Una mala técnica quirúrgica es la causa más frecuente de la fractura del instrumental. Puede irse a partes blandas u óseas vecinas.

Se ha dado el caso de fractura de elevadores, (Filmina 18) pinzas, cucharillas de Black, curetas, fresas, agujas, etc.

3.7.1. Tratamiento.

"Si el fragmento es grande y se localiza con facilidad, hay que extraerlo. Si es pequeño o se ha desplazado a mucha profundidad en los tejidos, en un sitio donde su remoción resultaría traumática e insumiría mucho tiempo, se le deja donde está" (10).

3.8. DOLOR POSTOPERATORIO.

Es un tipo de complicación muy frecuente debido a traumatismos excesivos y prolongados durante el acto quirúrgico, dejar restos dentales, radiculares u óseos después de una extracción.

El dolor puede ser muy frecuente y desproporcionado, casi siempre después de la extracción, irradiados al oído o a la base del maxilar superior, muchas veces con duración de horas o de medio día y muy frecuentes por la noche. A veces el calor los calma.

Los dolores pueden depender de la cicatrización del alvéolo por primera intención y de la ausencia del coágulo y su desintegración; también pueden ser ocasionados por dolor en el nervio o por infección. En casos de inflamación y traumatismos de la mucosa puede haber infartación ganglionar.

El dolor postexodóncico se presenta con mayor frecuencia en dientes posteriores inferiores sobre todo en terceros molares, pero puede presentarse en cualquier diente.

En general un coágulo bien formado es la mejor garantía contra el dolor. Pero si éste no se forma o formado se destruye, es mejor taponar el alvéolo para evitar la colección de alimentos.

3.8.1. Tratamiento.

Debe explorarse bien la cavidad oral en busca de otro diente que podría ser la causa del dolor.

El dolor puede ser calmado con medicamentos como analgésicos y terapia de frío.

Se le debe dar al paciente ciertas recomendaciones como : guardar reposo con la cabeza en alto, colocar una bolsa de hielo en la región operada durante 10 minutos por un tiempo de 2 horas, no realizar ninguna clase de enjuagatorio, dieta blanda.

3.9. INFECCION POSTOPERATORIA.

Cuando se realizan cirugías en cavidad oral se debe tener conciencia de que los tejidos albergan una microflora; aunque esta microflora es compleja y patógena, los mecanismos de defensa permiten la cicatrización exitosa de las heridas.

Cuando un paciente regresa con una infección después de la cirugía debe hacerse una reevaluación de la historia clínica. Una infección post-

operatoria puede ser la clave de una enfermedad sistémica.

Una infección puede sobrevenir a raíz de abscesos, celulitis y a un proceso de mayor intensidad e importancia.

Muchos de los procesos inflamatorios que se manifiestan en cavidad oral son la evidencia de una infección aguda por microorganismos.

La infección puede ser la lesión primaria en el maxilar superior o el inferior, pero no es frecuente la invasión de los tejidos blandos adyacentes de los carrillos, labio, lengua y paladar blando.

3.9.1. Características Clínicas.

Los pacientes con infección aguda presentan temperatura elevada, taquicardia, taquipnea, tumefacción facial, grados variados de dolor, fluctuación o nó, adenopatías regionales dolorosas a la palpación.

En el estudio clínico se debe incluir detalles acerca de la ubicación y duración del dolor, malestar, fatiga y pérdida del apetito.

Se puede descubrir los cuatro signos característicos de la inflamación o uno sólo de ellos : rubor, calor, dolor y tumor.

El rubor es secundario a la vasodilatación local, el tumor es debido a la acumulación de líquido tisular o de pus, el calor a una mayor irri-

gación sanguínea y el dolor es provocado por la presión sobre las terminaciones nerviosas.

Se debe hacer un examen extrabucal completo de cabeza y cuello para encontrar linfadenopatías, drenaje purulento a través de una fístula.

En el examen intrabucal se observa el grado de apertura bucal y se observan lugares como piso de boca, pilares amigdalinos y la faringe posterior.

3.9.2. Alveolitis.

Se le conoce también con el nombre de alvéolo seco, alvéolo necrótico, alvéolo infectado, osteitis alveolar y osteomielitis localizada postextracción.

Es la infección pútrida del alvéolo dentario después de una exodoncia. Es una complicación muy frecuente, la más molesta y fastidiosa de la exodoncia. Se produce debido a unos factores como traumatismo, infección, disminución del suministro vascular del hueso circunvecino y estado sistémico general.

Se puede presentar de varias formas :

- Formando partes del cortejo de inflamaciones óseas más extendidas como osteitis, periostitis óseas, celulitis y otras.

- Inflamación o predominio alveolar con alvéolo fungoso, sangrante y doloroso.
- Alveolitis seca, alvéolo abierto sin coágulo, partes óseas expuestas dolorosas, tejido gingival, infiltrado muy doloroso sobre todo en los bordes.

La alveolitis seca se desarrolla generalmente entre el tercer y cuarto día postoperatorio que se caracteriza por un dolor intenso y continuo y un color fétido debido a la necrosis del coágulo sanguíneo primario y se mantiene dentro del alvéolo como un cuerpo extraño séptico.

3.9.2.1. Tratamiento.

El tratamiento debe estar encaminado a aliviar el dolor y a estimular la reparación del coágulo. El tratamiento consiste en aplicar un tapón que contenga un analgésico para el dolor y un antiséptico para combatir la infección.

Se debe irrigar el alvéolo para retirar restos necróticos del alvéolo y detritus.

Hay diferentes tipos de curas. Existe una que ha sido muy efectiva y está compuesta de un tríptico formado por :

- Xilocaina : analgésico.
- Terramicina : antibiótico, antiséptico.

- Bepantene : esteroide, disminuye la inflamación y aumenta la cicatrización.

Esto se mezcla y se aplica sobre una gasa yodoformada dentro del alvéolo, cubriendo todo el hueso expuesto. Este tratamiento se debe repetir cada dos días y generalmente al cabo de 5 a 10 días la alveolitis está curada. Generalmente el dolor es aliviado antes de que el paciente salga del consultorio.

3.9.3. Osteomielitis.

Es la infección de la porción esponjosa medular del hueso, que por lo general entra por vía de una herida a través de la cortical ósea (un alvéolo) admitiendo una infección en la estructura central. Puede entrar la infección como resultado de una infección periapical o pericoronaria previa a cualquier intervención quirúrgica o puede ser introducida durante la punción con una aguja especialmente si han sido empleados métodos con presión administrando anestesia intraósea.

La infección puede estar localizada, o puede difundirse por toda la estructura medular del hueso maxilar (Filmina 19) y puede ser precedida por una infección aguda, previamente puede haber una celulitis o seguir lo que aparentemente fué una simple extracción de un diente infectado.

Los síntomas son : dolor profundo persistente, que ocasionalmente se acompaña de edema de los tejidos blandos, acompañado de una periostitis;

malestar y aumento de la temperatura. El estado puede persistir hasta que la infección irrumpe a través de la cortical del hueso e invade los tejidos blandos.

3.9.3.1. Tratamiento.

Se debe empezar por administrar el antibiótico en altas dosis. Se debe administrar el antibiótico que el laboratorio halle más eficaz después de realizado el antibiograma.

"Se realiza el drenaje del material purulento (Filimina 20); se hace la secuestromía" (1). El secuestro se levanta suavemente de su lecho de tejidos blandos. Este lecho no se raspa; los márgenes del hueso cortical son devueltos al hueso cortical que descansa sobre el hueso medular. Se deja cicatrización por segunda intención.

3.9.4. Celulitis Aguda.

Algunas veces la infección bacteriana es abrumadora o las bacterias son muy virulentas o resistentes al tratamiento con antibióticos; la resistencia del huésped es muy pequeña entonces la invasión bacteriana avanza hasta zonas remotas del sitio de origen de la infección (Filimina 21).

"Una celulitis de origen dentario generalmente está confinada a la zona general de los maxilares. Los tejidos blandos se ponen edematizados y a menudo duros a la palpación" (1). No se ha localizado ni producido la supuración.

El paciente presenta reacción sistémica, aumento de la fórmula leucocitaria, aumento de la temperatura y malestar.

La colección purulenta sigue planos de tejidos blandos hacia la superficie buscando donde drenar.

3.9.4.1. Tratamiento.

Se debe hacer la evacuación del material purulento. El drenaje calma los síntomas dolorosos. Se realizará el antibiograma para dar el antibiótico ideal.

Se realiza el drenaje de la siguiente forma : se incide con un bisturí por debajo del punto fluctuante, se introducen unas pinzas y se va penetrando hasta planos profundos; se evacúa la pus y se coloca un dren suturándolo a la piel. Se vigilan los labios de la incisión y que el dren los mantenga abiertos, y se aplica un apósito grueso.

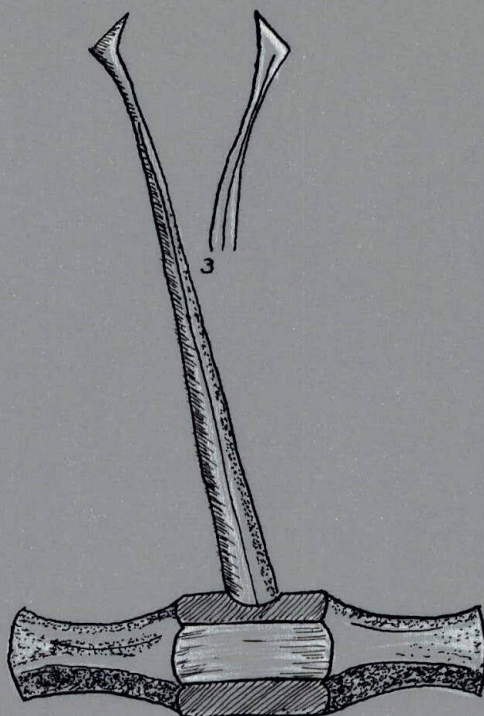
CONCLUSIONES

1. El odontólogo que realice procedimientos quirúrgicos en cualquier momento se tendrá que enfrentar con complicaciones intraoperatorias o postoperatorias. La mayoría de éstas son leves, sin embargo, son conocidas, podrían pasar a mayor proporción.
2. Algunas complicaciones son inevitables, mientras que las otras resultan de procedimientos inadecuados, negligencia o desinterés por parte del operador.
3. El odontólogo por su propio beneficio y en beneficio de sus pacientes, está obligado a actualizar constantemente sus conocimientos sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de urgencia.
4. A pesar de todos los cuidados se pueden producir complicaciones inclusive en los profesionales más expertos, por tanto, el odontólogo debe tratar aquellos que son inevitables, con sano juicio, conocimientos técnicos apropiados y diligencia.
5. Toda cirugía en lo posible debe ser programada con suficiente anticipación con el ánimo de evaluar mejor al paciente con una buena

anamnesis, y de ser necesario utilizar medios paramédicos para establecer el estado de salud de ese paciente.

A N E X O S

A



B

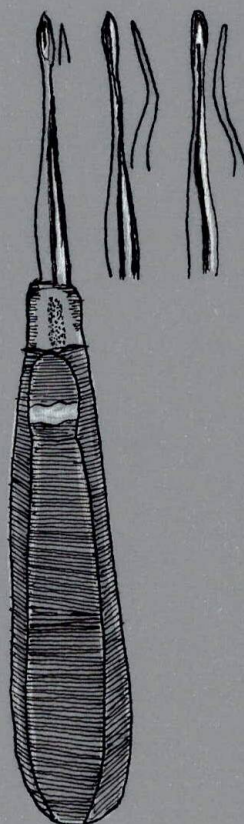
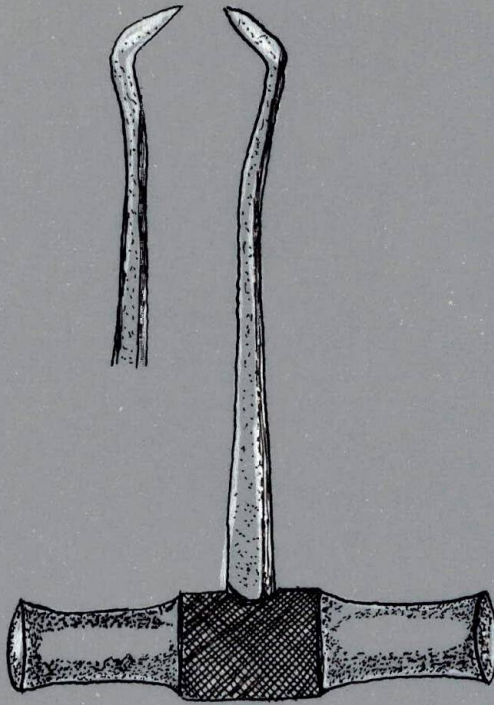


Figura 1

A



B

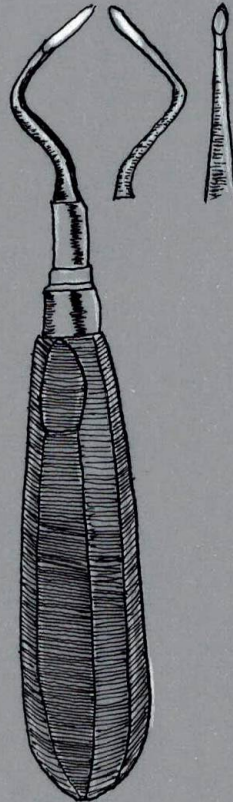
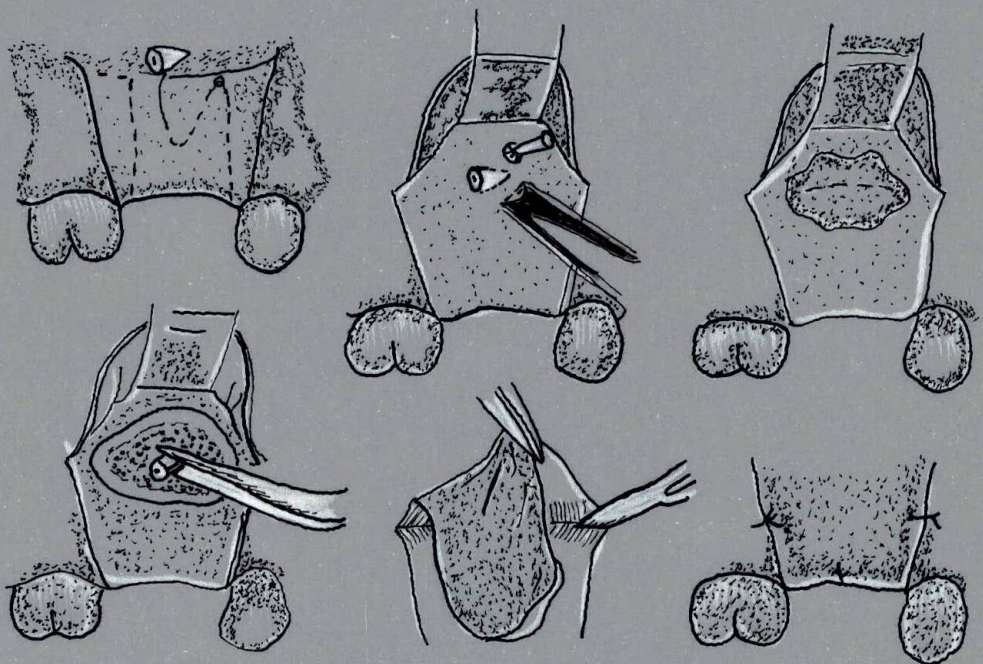


Figura 2



A



B

Figura 3

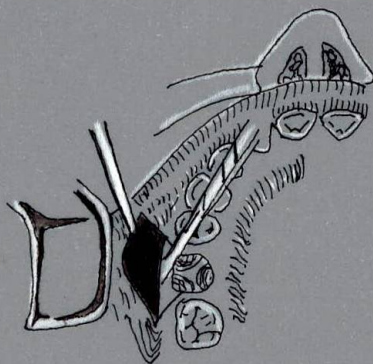
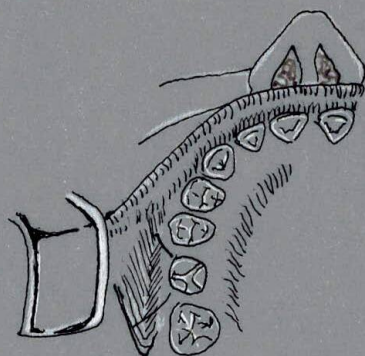


Figura 4

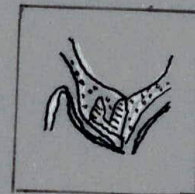
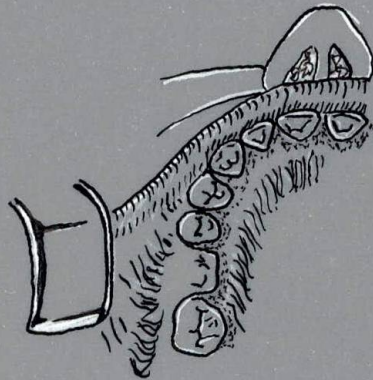
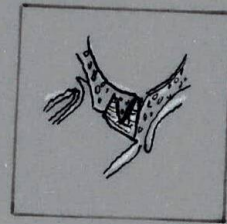
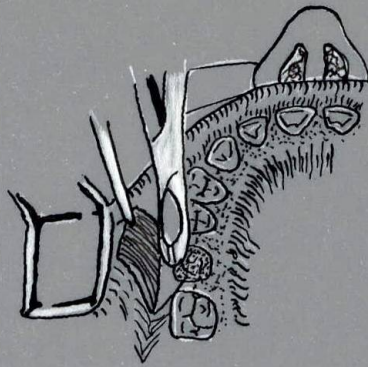


Figura 5

T.O 0082 1987
Trabajo de Grado
Ejemplar 1



T0090