



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

... ceso _____

Reg. Top. N.º 024 1986 _____

Compra ☐ Canje ☐ Donación ☐

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

M 1.0
024 0241
1986

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

CLINICA INTEGRAL

"URGENCIAS ODONTOLOGICAS"

MARCELA VEGA VEGA
Código 812290

X SEMESTRE

Director de Tesis:

Doctor CARLOS HIGUERA BONILLA

Bogotá, D.E. Mayo, 1986

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

Dr. JORGE ARANGO TAMAYO - Rector

Dr. JAIME VILLAMIZAR L. - Decano

Dr. JAIRO FORERO MORALES - Vicedecano

DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE
CLINICAS

CLINICA INTEGRAL

Dr. JAIRO FORERO MORALES - Director

Dr. JAIRO GALINDO GARCIA - Docente

Bogotá, D.E. Mayo, 1986

COLABORADORES

Dra. GLADYS DE VARGAS
Cirujana.

Dra. NANCY ESLAVA
Periodoncista.

Dra. PATRICIA BUENO
Endodoncista.

Dr. GABRIEL BERNAL
Docente Coordinador de Clínicas C.O.C.

A MI PADRE

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas con las cuales me siento comprometida por su contribución a la elaboración de esta tesis.

Al Colegio Odontológico Colombiano, de quien recibiré mi grado de Odontóloga,preciado de cúmulos y dádivas, en brindarme sin fatiga ni sosiego, el aliento fértil y constante para culminar satisfactoriamente mis estudios, y a su vez, infundirme un puñado de conocimientos, ética y sabiduría, para el buen desempeño de mi profesión.

Al doctor Carlos Higuera, Director de éste texto, profesional de invaluable atributos y experiencias de la ciencia odontológica, quien de manera incalculable y desinteresada, aportó de manera insasiable su espíritu colaborador a mis compañeros, y en especial, al mio propio para guiarme en el trabajo realizado.

A todo el cuerpo docente de la Universidad, y en especial, a los doctores Gladys de Vargas, Nancy Eslava, Patricia Bueno y Gabriel - Bernal, quienes también con su vasto conocimiento aportaron todo su interés, con el verdadero esmero de enseñanza, iluminando las puertas del sendero recto, conducta y, moral erguida para el buen entendimiento, agrado y orgullo de nuestra profesión.

Marcela Vega Vega

TABLA DE CONTENIDO

	<u>Págs.</u>
 INTRODUCCION Y OBJETIVOS	
I - URGENCIAS ODONTOLÓGICAS.....	1
1.1 DEFINICION.....	1
1.2 HISTORIA CLINICA.....	1
1.2.1 Encabezamiento.....	2
1.2.2 Interrogatorio o Anamnesis.....	2
1.2.3 Examen Físico del Paciente.....	5
1.2.4 Exámenes Complementarios.....	5
1.2.5 Diagnóstico.....	6
1.2.6 Tratamiento.....	7
1.3 CLASIFICACION.....	7
1.3.1 Urgencias endodónticas.....	7
1.3.2 Urgencias Quirúrgicas.....	17
1.3.3 Urgencias Periodontales.....	52
1.3.4 Urgencias de ATM.....	69
1.3.5 Urgencias Protésicas.....	74
 II. COMPLICACIONES EN LA CONSULTA ODONTO- LOGICA.....	 84
2.1 OBJETIVOS.....	84
2.1.1 Información al Odontólogo.....	84
2.1.2 Preparación del Odontólogo.....	84
2.2 PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES	84
2.2.1 Elaborar buena Historia Clínica..	84
2.2.2 Carro de Urgencias.....	84

	<u>Págs.</u>
2.3 TRASTORNOS URGENTES.....	86
2.3.1 Complicaciones Generales.....	86
2.3.2 Complicaciones locales.....	106

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INDICE DE DIAPOSITIVAS

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Esta es una recopilación bibliográfica para los que ejercen la odontología general y para los estudiantes que se preparan a practicarla.

Destinado especialmente a los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, y se publica dentro de los programas de educación de esta institución, constituida por directivos, docentes y alumnos, al servicio de la salud de la comunidad.

Se diseña para ajustarse a las necesidades del estudiante, pero los odontólogos generales y también especialistas encontrarán utilidad en él.

La intención ha sido crear una guía analítica nutrida por una crítica objetiva.

Tratamos de hacer un patrón de conducta para el paciente que llega al consultorio con odontología o traumatismo; en ese momento el - profesional debe tener un criterio y unos conocimientos bien cimentados, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de la urgencia, y sobre todo una capacidad excelente para determinar el - diagnóstico diferencial.

Algunos de los temas interesantes que abordamos son: tratamiento de reacciones agudas en el consultorio dental, atención a los pacientes con trastornos médicos, cuidados postoperatorios, prevención de accidentes, etc.

Describimos en la mejor forma posible información referente a exámen clínico, principios de patología, diagnóstico diferencial de patologías pulpaes, trastornos cardíacos, convulsivos, alérgicos, etc.



I - URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

1.1 DEFINICION

Combinación de circunstancias imprevistas que requieren atención inmediata. El odontólogo encuentra un gran número de situaciones de urgencia. Aún cuando la mayoría no comprometen la vida, muchas pueden producir malestar al paciente y ansiedad al profesional.

El número de urgencias es mayor en el hospital que en el consultorio, primero por el gran número de pacientes referidos por el médico u odontólogo en problemas orales que se consideran mas allá de su alcance, y segundo porque en el hospital se tiene que ver con pacientes cuyo estado médico conduce más fácilmente a la presentación de la urgencia. Este último merece especial atención pues es con este paciente enfermo y debilitado con el que el profesional se encuentra en situaciones de urgencia, que pueden comprometer la vida del paciente.

Generalmente una urgencia constituye una serie de procedimientos que se llevan a cabo rápidamente para aliviar la situación y así poder hacer un diagnóstico definitivo y establecer un plan de tratamiento específico.

1.2 HISTORIA CLINICA

Es la base de cualquier tratamiento. Es la relación minuciosa

detallada por escrito, de antecedentes personales y familiares, pasados y presentes con relación a la enfermedad del individuo. Estos datos se recopilan ordenadamente, para poder llegar a un diagnóstico, un pronóstico y poder elaborar un buen plan de tratamiento.

PARTES DE LA HISTORIA CLINICA:

1.2.1 Encabezamiento

Se registran los datos que identifican al paciente:

- 1.2.1.1 Número de historia.
- 1.2.1.2 Nombre y apellidos del paciente.
- 1.2.1.3 Dirección y teléfono.
- 1.2.1.4 Lugar de nacimiento y ocupación.
- 1.2.1.5 Estado civil
- 1.2.1.6 Edad y sexo.
- 1.2.1.7 Persona responsable del paciente.
- 1.2.1.8 Grupo sanguíneo y RH.

1.2.2 Interrogatorio o Anamnesis

Por su intermedio se tienen antecedentes familiares de valor, antecedentes personales y los síntomas de enfermedad actual.

La anamnesis debe ser muy prolija y detallada, y su valor es

tal que en la mayoría de los casos, después de realizada, es posible insinuar una presunción diagnóstica.

Requiere una habilidad especial del profesional que la ejecute. Dejar hablar pero orientar al paciente para evitar que divague, es una táctica de suma utilidad.

Se divide en:

1.2.2.1 Motivo de consulta. Nos lleva a un diagnóstico de un 50%.

1.2.2.2 Enfermedad actual:

- Síntomas
- Tratamientos efectuados y la acción
- Evolución de la enfermedad.

Finalizando el interrogatorio sobre enfermedad actual, se realizará el referente a diversos aparatos y sistemas del organismo que permitirá descubrir algunos síntomas del proceso que el enfermo subestima. Debemos averiguar para ello sus trastornos digestivos, circulatorios, respiratorios, genito-urina-rios, etc. También referencias sobre alimentación, variaciones en su peso, apetito, sueño y vitalidad.

1.2.2.3 Antecedentes Familiares. Se insistirá sobre enfermedades o causas de fallecimiento de los padres, hermanos, abuelos, esposa e hijos.

Existen muchos procesos displásicos (mal-formativos) de tipo familiar que siguen las leyes de la herencia. Enfermedades crónicas en los padres como la sífilis, e intoxicaciones como el alcoholismo, pueden traer en sus descendientes alteraciones mórbidas.

La tuberculosis, lepra, pueden por motivos ambientales ser fuentes de contagio.

El cáncer pareciera ser frecuente en ciertas familias.

La consanguinidad es causa de muchas disendocrinias y enfermedades displásicas.

1.2.2.4 Antecedentes personales. Debe comenzarse por averiguar datos del nacimiento, la primera infancia y la edad del desarrollo. También las fiebres eruptivas y toda clase de enfermedad. Así mismo las intervenciones quirúrgicas que le han sido efectuadas.

A la mujer debe preguntársele sobre sus ciclos menstruales, embarazos, partos y abortos.

Se debe interrogar sistémicamente sobre funciones gastrointestinales, cardiovasculares, estado psíquico.

También es importante averiguar sobre las residencias anteriores, profesiones u oficios desempeñados, raza, edad, me-

dio ambiente. Existen algunas afecciones denominadas conjugales. El medio ambiente en lo que se refiere a hábitos higiénicos y alimenticios es de primordial importancia en las enfermedades carenciales.

1.2.3 Examen Físico del Paciente

1.2.3.1 General. Tomaremos los signos vitales: presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria. Se complementará con el examen de cabeza y cuello, donde en muchas oportunidades aparecen manifestaciones (adenopatías en especial) en vinculación con la lesión estomatológica, alteraciones de los maxilares, las glándulas salivales, de la ATM.

1.2.3.2 Exámen de la cavidad oral.

- A. Inspección y palpación de la mucosa bucal y partes blandas y duras de la boca.
- B. Examinar minuciosamente los tejidos dentarios y periodontales.

1.2.4 Exámenes Complementarios

Son tan indispensables como el exámen clínico y por lo general confirmatorios, o aún de verdadero valor diagnóstico. Ellos comprenden:

1.2.4.1 Examen Radiográfico. Buenas radiografías ayudan a confirmar el diagnóstico. Pueden ser:

- A. Intraorales Periapicales
Coronales
Oclusales
- B. Extraorales Laterales oblículas
Anteroposterior
Posteroanterior
Occipitamentariana
Submento vertical
Para ATM

1.2.4.2 Exámenes de Laboratorio

- A. Cuadro hemático
- B. Hemoglobina
- C. Tiempo parcial de protrombina y tromboplastina.
- D. Glicemia.

1.2.4.3 Examen Histopatológico. Biopsias.

1.2.5 Diagnóstico

Es la identificación de la patología o el problema del paciente, por medio de los signos y síntomas.

Se necesita tener buenas bases teóricas para llegar al diagnóstico preciso.

El diagnóstico acertado es imprescindible para elaborar un buen plan de tratamiento.

1.2.6 Tratamiento

Secuencia de pasos a seguir clínicamente para solucionar el problema o la patología del paciente.

1.3 CLASIFICACION

1.3.1 Urgencias endodónticas

Patologías pulpares más comunes con las cuales el odontólogo debe estar familiarizado para reconocerla a tiempo y así poder prestar una atención oportuna y eficaz con el objeto de evitar complicaciones mayores que no solo pueden poner en peligro la integridad de la cavidad oral sino también comprometer en casos extremos, la vida del paciente.

1.3.1.1 Diagnóstico diferencial de enfermedad pulpar.

A. Enfermedad pulpar reversible.

- a. Dolor: agudo, fuerte, persistente, por corto tiempo.
- b. Cambios de temperatura: muy sensible al calor y al frío.

- c. Percusión: no hay dolor.
- d. Estímulo eléctrico: hipersensibilidad.
- e. Hallazgo radiográfico: no hay evidencia de lesión periapical.
- f. Tratamiento: remoción de dentina cariada. Retirar la causa. Colocar cemento temporal. Dar analgésicos.

B. Enfermedad pulpar irreversible

- a. Dolor: agudo en las primeras etapas que cede al retirar el estímulo; posteriormente intenso, persistente, pulsátil. Dolor se acentúa con el calor y alivia con el frío.
- b. Cambios de temperatura: sensible al calor.
- c. Percusión: puede haber dolor en etapas avanzadas.
- d. Estímulo eléctrico: hipersensibilidad en etapas primarias; hipersensibilidad más tarde.
- e. Hallazgo radiográfico: en etapas avanzadas ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.
- f. Tratamiento: apertura de la cámara pulpar y apósito.
 - Exodoncia si no se puede conservar.
 - Analgésicos.

1.3.1.2 Aspectos Generales de pulpitis agudas y crónicas.

A. Pulpitis Agudas

- a. Etiología: caries profundas.
 - Exacerbación de pulpitis crónica o subaguda.
- b. Signos y síntomas: dolor.
 - Ligera sensibilidad a estímulos térmicos.
 - En ocasiones sensibilidad a presión mecánica.
- c. Comportamiento del dolor: primeros estadios: Dolor provocado, leve y agudo.

Estadio Avanzado: dolor continuo y pulsátil de intensidad ascendente y aguda.
- d. Estado de la pulpa: vital.
- e. Tratamiento: tratamiento convencional de conductos.

B. Pulpitis Crónica

- a. Etiología: caries profunda poco extensa.
- b. Signos y síntomas: relativamente asintemática, dolor leve.

Respuesta reducida o sensibilidad a cambios de temperatura.
- c. Comportamiento del dolor: dolor sordo,

débil, mal localizado, proyectado. No da mayor cambio por ser lesión pequeña y localizada.

- d. Estado de la pulpa: vital.
- e. Tratamiento: retirar la causa y observar la reacción.

Tratamiento convencional de conductos.

1.3.1.3 Clasificación

A. Aiperemia Pulpar (También llamado pulpitos reversible)

- a. Etiología: irritante, leve, posiblemente caries.
- b. Signos: diente en oclusión traumática, caries profunda, ensanchamiento del ligamento periodontal, calcificación irregular de la pulpa.
- c. Síntomas: sensibilidad dental al calor, frío, ácidos, de breve duración.
- d. Comportamiento del dolor: dolor provocado, leve, que desaparece al eliminar el estímulo.
- e. Estado de la pulpa: vital.
- f. Tratamiento: eliminar la causa. Sacar el diente de oclusión.

B. Pulpitis aguda

- a. Etiología: irritante permanente o por hiperemia no tratada.

- b. Signos: sensibilidad aumenta con calor, disminuye con el frío.
- c. Síntoma: dolor bien localizado; frecuente, con aumento de intensidad, de 2 a 3 minutos.
- d. Comportamiento del dolor: dolor producido por estímulo. Puede haber dolor espontáneo.
- e. Estado de la pulpa: vital.
- f. Tratamiento: en la urgencia procederemos a efectuar la biopulpectomia. Luego deberá realizarse el tratamiento convencional de conductos.

C. Pulpitis aguda purulenta o Supurativa.

- a. Etiología: debido a pulpitis aguda cerosa no tratada.
- b. Signos: responde rápidamente a pruebas de vitalidad. Dolor ligero a la percusión.
- c. Síntoma: dolor espontáneo, continuo, pulsátil, irradiado, aumenta en decúbito.
- d. Estado de la pulpa: vital.
- e. Tratamiento: ubicar el diente afectado, se logra por medio de:
 - Radiografías
 - Percutir con instrumento metálico
 - Colocar calor y comparar con los dientes vecinos.

Procedemos a efectuar la biopulpectomía y luego el tratamiento convencional de conductos.

D. Pulpitis ulcerativa crónica.

- a. Etiología: exposición pulpar abierta.
- b. Signos: inflamación crónica localizada, ulceración pequeña en el sitio donde se presenta exposición pulpar.
- c. Síntoma: dolor espontáneo, sordo, leve, continuo.
- d. Estado de la pulpa: vital.
- e. Tratamiento: en pacientes jóvenes donde no ha terminado la formación de las raíces hacer pulpotomía. En pacientes adultos, hacer biopulpectomía y tratamiento convencional de conductos.

E. Pulpitis hiperplásica abierta crónica o pólipo pulpar.

- a. Etiología: para que se presente se necesita:
 - Diente joven vital
 - Exposición pulpar grande
 - Estímulo continuo.
- b. Signos y síntomas: la anamnesis es de una pulpitis irritante leve. Pólipo localizado en el suelo de la cavidad. Sangra fácil. Dolor al masticar. Con cambios de temperatura da respuestas leves.

- c. Comportamiento del dolor: insensible al dolor.
- d. Estado de la pulpa: vital.
- e. Tratamiento: tratamiento convencional de conductos siempre y cuando el diente haya acabado su formación y calcificación, sino hacer pulpotomía y esperar la reacción.

F. Necrosis Pulpar.

- a. Definición: muerte de la pulpa con el cese de todo metabolismo y por tanto de toda capacidad reactiva. Podemos dividirla en:
 - 1. Necrosis aséptica: no hay infección.
 - 2. Necrosis séptica o gangrena pulpar: hay infección por presencia de bacterias.
- b. Etiología: debida a pulpitis aguda generalizada no tratada que produce estasis sanguíneo y por consiguiente muerte de la pulpa.
- c. Signos y síntomas:

Necrosis: inflamación del tejido adyacente al diente afectado. Caries profundas.

Gangrena: olor fétido, no reacciona a los cambios de temperatura. Cambio de color de la corona del diente.

- d. Comportamiento del dolor: no se obtiene respuesta al frío y corriente eléctrica, pero el calor puede producir dolor al dilatarse el contenido gaseoso del conducto y a veces el contenido líquido del conducto.
- e. Estado de la pulpa: desvitalizada.
- f. Tratamiento: tratamiento convencional de conductos.

G. Absceso Periapical Agudo.

- a. Definición: formación de colección purulenta en el hueso alveolar a nivel del forámen apical, como consecuencia de pulpitis o gangrena pulpar.
- b. Signos y síntomas: al principio el dolor es leve e insidioso, después se torna intenso, violento, pulsátil, vá acompañado de tumefacción dolorosa a nivel apical y a veces con fuerte edema inflamatorio.

Presenta ligera extrusión, movilidad, periodontitis aguda, linfadenitis, fiebre moderada, osteoperiostitis supurada, osteoflemón, asimetría facial, enrojecimiento de la piel, edema e inflamación.
- c. Pronóstico: dependerá de las posibilidades de hacer un correcto tratamiento endodóntico. En dientes anteriores es más favorable.
- d. Tratamiento: drenaje de la colección purulenta a través del conducto.

1. Mantenerlo abierto para dar salida a los exudados. También puede drenarse por incisión.
2. Administrar antibióticos y analgésicos.
3. Aplicar bolsas de hielo en la cara y compresas calientes bucales.

Pasada la fase aguda, el absceso alveolar puede evolucionar hacia la cronicidad en forma de absceso crónico, con fístula o sin ella, granuloma y quiste periapical.

H. Absceso Alveolar Crónico.

Evolución más común del absceso agudo. Son asintomáticos de no reagudizar la infección.

Radiográficamente es una zona radiolúcida rodeando el ápice dental. Muchas veces se acompaña de fístula.

Fístula: conducto patológico que partiendo de un foco infeccioso crónico, desemboca en una cavidad natural o en la piel. Este conducto está constituido por tejido de granulación, conteniendo células con inflamación crónica, pero ocasionalmente puede estar revestido de epitelio escamoso estratificado.

Es un síntoma o secuela de un proceso infeccioso periapical, que no ha sido curado y ha pasado a la cronicidad.

El aspecto de la entrada del conducto o trayecto fistuloso es de un mamelon irregular, con un orificio central permeable a la exploración con sondas, puntas de gutapercha lubricadas con vaselina o jabón líquido.

La fístula no requiere tratamiento alguno. Se debe tratar la lesión periapical causante de la fístula con conductoterapia y en ocasiones cirugía periapical. Se deben hacer lavados antisépticos, soluciones o pastas antibióticas y pastas resorvibles semilíquidas. En abscesos crónicos con trayectos fistulosos empleamos el fenol yodado cauterizando la fístula con la sonda.

Las urgencias endodónticas más comunes son los absceso agudos y pólipos pulpaes.

I. Absceso Fénix.

Absceso crónico que se agudiza.

Presenta sintomatología de absceso agudo y aspecto radiográfico de absceso crónico (zona radiolúcida).

Tratamiento:

- Drenaje del absceso: por el conducto o haciendo incisión.
- Lavar y limpiar el conducto.
- Cuando desaparezcan signos y síntomas hacer

tratamiento convencional de conductos.

1.3.2 Urgencias Quirúrgicas

1.3.2.1 Fracturas dentales, Procesos Alveolares y Maxi_ lares.

A. Etiología:

- a. Accidentes de trabajo
- b. Lesiones por caída
- c. Síndrome del niño golpeado
- d. Lesiones en juegos y ejercicios
- e. Cuerpos extraños que golpean estructuras dentales
- f. Lesiones por peleas
- g. Lesiones debidas a convulsiones
- h. Accidentes automovilísticos
- i. Iatrogenios quirúrgicos
- j. Factores predisponentes: over Jet desarrollado con protrusión de incisivos y un sellado insuficiente.

B. Exámenes y Diagnósticos de las lesiones dentarias

a. Antecedentes:

a1. Cuándo y dónde ocurrió la lesión?

- a2. Cómo se produjo?
- a3. Causó el traumatismo amnesia, inconciencia, vómitos, cefalea intensa, o cualquier otro signo neurológico como otorrea, rinorrea cerebrospinal, letargo, midriasis, que requiera tratamiento inicial del neurólogo?
- a4. Qué otros accidentes ha tenido involucrando -dientes?
- a5. Tratamientos recibidos con anterioridad.

b. Examen Clínico:

- b1. Exploración de heridas extraorales, piel y tejido subcutáneo; palpación del esqueleto facial, iniciando por el reborde orbitario.
- b2. Exploración de fracturas, fisuras, desplazamientos.
- b3. Exploración de lesiones de los tejidos blandos: mucosa gingival, vestibular, palatina y yugal.
- b4. Examen de las coronas dentarias:
 - Presencia de fracturas
 - Exposiciones pulpares
 - Cambios de color
- b5. Movilidad dental o del proceso alveolar.

b6. Pruebas de vitalidad.

b7. Reacción a la prueba de percusión.

c. Examen Radiográfico

c1. Radiografías Periapicales. Para observar:

- Lesiones que afectan la raíz y tejidos periodontales.
- Estado de formación apical.
- Resorción interna o externa.
- Presencia de cuerpos extraños.
- Fracturas.
- Luxación o desplazamientos.

c2. Radiografías Extraorales. Para observar fracturas maxilares.

Pueden ser:

- Posteroanteriores para ambos maxilares.
- Lateral de cráneo.
- Lateral oblícuo derecha e izquierda para fracturas de rama o cóndilo.
- Waters, para maxilar superior.
- Hertz, para arco cigomático.

C. Clasificación

a. Lesiones de los tejidos duros del diente y la pulpa.

a1. Se debe tener en cuenta:

- Diente lesionado
- Tipo de fractura
- Edad del diente
- Tiempo transcurrido entre el accidente y la primera asistencia profesional.
- Restauración proyectada.

a2. Clasificación de Ellis:

- Dientes sin fractura ni lesión Periodontal. Presenta concusión que puede provocar lesiones:

. Inmediatas. Sufusión y Necrosis.

- * Hemorragia pulpar, coloración rosada de la corona; alteración en la respuesta vitalométrica por el estasis sanguíneo.

Tratamiento. Conducta expectante, sacando el diente de oclusión, permitien-

do el restablecimiento de la normalidad pulpar especialmente en el diente joven. Se ratifica con el cambio de color y las respuestas adecuadas al control de vitalidad.

- * Necrosis. Debe realizarse tratamiento convencional de conductos.
- . Mediatas. Calcificación masiva y/o resorciones.
- * Calcificaciones masivas. El pronóstico es favorable. Debe realizarse control radiográfico.
- * Resorciones. Hacer biopulpectomía.
- Fractura coronaria que no involucre pulpa y dentina. El tratamiento se hace según el grado de la fractura:
 - . Pérdida de un borde o ángulo. Hay que biselar y pulir.
 - . Cuando es mayor se hace necesaria la protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio más eugenolato de zinc y/o coronas prefabricadas. Sacar el diente de oclusión.

- Fractura Coronaria con Exposición Pulpar.
 - . Diente adulto. Hacer biopulpectomía.
 - . Diente inmaduro sin formación apical. Realizar pulpotomía o apicoformación (Apexificación) mediante técnicas especiales y pastas alcalinas. Ej.: Técnica de Frank con hidróxido de calcio. Todo depende del tiempo transcurrido y de la presencia o no de infección.
 - . Restauración protésica correspondiente.
- Fractura radicular con o sin compromiso coronario.
 - . Horizontal. Pueden ser:
 - * Fractura de tercio apical. De buen pronóstico, especialmente en diente joven. Debe inmovilizarse, administrar antibióticos, sacar el diente de oclusión. En diente adulto con necrosis debe realizarse tratamiento convencional de conductos y remoción quirúrgica del ápice. (Apicectomía).
 - * Fractura del tercio medio. De pronóstico dudoso. Puede repararse si se mantiene inmovi-

lizado y hay buena nutrición pulpar con formación de un callo interno de dentina reparativa y uno externo de cemento.

Tratamiento. Inmovilización.

- Administración de antibióticos.
- Festón de cemento quirúrgico a nivel gingival.

Si hay necrosis. Eliminar el fragmento apical quirúrgicamente y colocar implante endodóntico de cromo cobalto.

* Fractura del tercio gingival o cervical.

- Si no es muy alta la fractura, el tratamiento es combinado de periodoncia-endodoncia, con eliminación del fragmento coronario. Formación del cuello artificial (con colgajo desplazado apical) y conductoterapia de la raíz residual.
- Si la fractura es muy alta, el tratamiento es combinado endodoncia-ortodoncia para lograr recuperación del fragmento.

- . Verticales. El tratamiento es exodoncia con restauración quirúrgica como un trans_

plante y/o protésica con o sin implante.

- Luxación total o Avulsión.

Desplazamiento completo del diente fuera del alveolo. Hay que realizar buen examen radiográfico donde veremos fracturas óseas asociadas.

Tratamiento. Eliminar la pulpa, preparar el conducto y reimplantar el diente con la abertura sin sellar.

El diente debe ser joven, íntegro, no debe llevar más de 2 horas fuera del alveolo.

. Indicaciones:

- * El diente no debe presentar caries ni enfermedad periodontal.
- * La cavidad alveolar no debe tener muchas conminuciones o fracturas.
- * No debe haber contraindicación ortodonologica.
- * Tener en cuenta el período extraoral. Solo pocas horas.
Conservar el diente en saliva, en el alveolo, o en leche tibia.

. Técnica:

- * Diente en solución salina.

- * Examinar cavidad alveolar, remover coágulos por medio de irrigación.
- * Reimplantar el diente por medio de presión digital.
- * Suturar laceraciones gingivales.
- * Verificar posición radiográficamente.
- * Fenilizar.
- * Aplicar profilaxis antitetánica, si el diente ha estado en contacto con el suelo.
- * Antibioticoterapia.
- * En dientes maduros hacer tratamiento convencional de conductos de 2 a 3 semanas después.

En dientes con ápices sin formar utilizar hidróxido de calcio para evitar resorción externa inflamatoria. En estos dientes puede ser posible la revascularización.

- * Control Radiográfico.
- * Revisión a largo plazo.

Hay que tener en cuenta: el tiempo fuera del alveólo y el tamaño del agujero apical. Si el período del diente extraoral es más de 30 minutos hay que realizar inmediatamente el tratamiento de conductos.

- Subluxación.
 - . Tratamiento:
 - * Intrusión. Conducta expectante, controlar radiográficamente.
 - Colocar ligadura y retenedor de Hawley.
 - Técnica endodóntica - ortodóntica.
 - * Extrusión. Puede ser oclusal, vestibular, lingual.
 - . Tratamiento: se lleva el diente al alveólo.
 - Prueba constante de vitalidad.
 - Inmovilizar el diente.
 - Control oclusal (fuera de oclusión).
 - Técnica periodóntica-endodóntica.
 - . Mecanismo de Reabsorción.

Cuando hay reabsorción por desplazamiento de intrusión, se daña la superficie radicular, se raspa la sustancia no mineralizada del cemento por el trauma, entonces el daño puede ser un área pequeña, - muchas pequeñas o grandes, por lo tanto el organismo ve al diente como un cuerpo extraño y los macrófagos que circulan en la sangre encuentran un diente on una superficie radicular dañada y la reabsorben. No son osteoclastos como se pensaba ante

riormente sino macrófagos. Los osteoclastos participan en una reabsorción normal de los dientes temporales y los macrófagos en reabsorpciones patológicas. Se llama reabsorción superficial, ésta se detiene después de cierto tiempo. Actúan por 100 horas si no ocurre una alteración más.

La reabsorción comienza porque ha sido lesionada por un accidente. Si la pulpa no tiene ningún compromiso entonces se detiene. Cuando se convierte en problema es porque hay compromiso con la pulpa, entonces la terapia para una reabsorción externa inflamatoria es el tratamiento de conductos, pero obturando con hidróxido de calcio. Se cambia el hidróxido de calcio cada 3 meses hasta cuando aparezca un nuevo espacio del ligamento periodontal, y éste no va a ser recto sino que adopta la forma de las lagunas de reabsorción.

La raíz consta de colágeno mineralizado, hidroxiapatita y colágeno, entonces a fin de que los macrófagos digieran la raíz entonces quitan la hidroxiapatita excretando ácido láctico, el pH de este ácido es de 5.0.

Cuando los minerales han quedado disueltos, entonces los macrófagos liberan sustancias enzimáticas que son hidrolasas ácidas para comerse el colágeno, el pH es 5.0 - 5,5; para que actúe necesita un pH ácido entonces el hidróxido de calcio por su pH alcalino 12 - 12.5, entonces cambia el pH en la superficie radicular.

El pH de los túbulos dentinales es de 10.

Los iones del hidróxido de calcio no penetran el cemento. Pero cuando hay reabsorción, entonces los macrófagos se alejan y desaparecen y se detiene la reabsorción y se empieza a formar cemento. El éxito es de un 90%. Toma de 6 a 12 meses para que se restablezca el balance, más o menos al cabo de 6 a 12 meses.

Reabsorción por reemplazo o anquilosis:

La superficie se ha afectado por la intrusión o extrusión del diente, la superficie se ha raspado, el ligamento periodontal se necrosa o una parte de él, entonces las células óseas que revisten el alveolo del diente van a llegar y a sentarse en la superficie afectada, si el ligamento perio -

dontal está necrosado entonces hay una lucha entre cementoblastos y si ganan entonces se repara el cemento, si ganan los macrófagos entonces hay reabsorción inflamatoria. Si son osteoclastos tenemos anquilosis cuando esto pasa el proceso no se detiene y con el tiempo todo el diente va a ser reemplazado. El mecanismo no se entiende bien. El cree o prefiere pensar que cuando el diente entra en contacto con el hueso se vuelve parte de remodelación del diente.

Cuando el hueso entra en contacto con el diente entonces las células óseas piensan que la dentina es hueso. Los osteocitos al reparar se comen un poco de dentina y se reemplaza por hueso. La anquilosis, si menos del 20% de la superficie radicular está anquilosada, esta puede detenerse, por esto una anquilosis transitoria puede suspenderse, debe evitarse la movilidad hasta que se produzca cicatrización periodontal, para que el ligamento mantenga el diente.

. Pronóstico

- * Resorción interna o externa.
- * Necrosis pulpar.

- * Anquilosis
- * Obliteración del conducto
- * Pérdida del hueso de sostén por reacción inflamatoria a nivel del desmodonto.
- * Mejor pronóstico para los dientes inmaduros.

b. Lesiones de los tejidos periodontales y Mucosa Oral.
Se debe realizar:

b1. Examen Clínico:

- Reacción a la percusión
- Pruebas de vitalidad
- Examen periodontal.

b2. Examen Radiográfico.

b3. Clasificación:

- Laceración. Herida superficial o profunda producida por un desgarramiento y generalmente causa por objeto agudo.

Tratamiento: a. Limpieza de la herida

b. Lavar con jabón

c. Regularizar bordes

d. Suturar

- Contusión. Debido a golpe con objeto romo.
Hay hemorragia submucosa.

Tratamiento: a. Lavar con jabón
b. Control de la infección.

- Abrasión. Herida superficial producida por rasgadura o desgarre de la mucosa que deja una superficie áspera y rugosa.
- Hematoma. Debe aspirarse o drenarse, dependiendo del sitio donde se localice, o cuando no desaparece.
- Edema. Debe aplicarse calor y administrar corticoides.

c. Lesiones del hueso de Sosten

c1. Clasificación:

- Conminución de la cavidad alveolar. Se presenta junto con luxación intrusiva o lateral. No hay líneas de fractura pero el impacto causa compresión y contusión.
- Fractura de la pared alveolar. Limitada a la pared del alveolo, lingual, palatina o vestibular.
- Fractura del proceso alveolar. Puede o no afectar la cavidad alveolar.

- Fractura de la mandíbula o Maxilar Superior. Afecta la base de la mandíbula o el maxilar superior y con frecuencia el proceso alveolar.

Puede o no afectar la cavidad dental.

- . Clasificación de fracturas del Maxilar Superior:

- * Lefort I - Fractura Horizontal. El cuerpo del maxilar superior está separado de la base del cráneo, arriba del nivel del paladar y debajo de la inserción de la apófisis eigomática. Puede ser unilateral o de Guerin, en cuyo caso debe diferenciarse de la fractura alveolar. La fractura alveolar no se extiende hacia la línea media del paladar.
- * Lefort II - Fractura Piramidal. Hay fracturas verticales a través de las caras faciales del maxilar superior y se extiende hacia arriba los huesos nasal y etmoides. Generalmente extiende a través del seno maxilar. Puede estar lesionado un hueso molar.
- * Lefort III - Fractura Transversal. Frac_

tura a nivel alto que se extiende a través de las órbitas atravesando la base de la nariz y la región del etmoides hasta los arcos cigomáticos. Cuando hay compromiso neural se presenta cualquiera de estos signos o varios de ellos: Hematoma postauricular, hematoma orbital "oso panda", rinorrea cefalorraquídea, otorrea, desorientación, babinski positivo, midriasis, - flexión anormal.

Se hace reducción separada para órbita, base nasal y cigomáticos. Fijación final craneo facial, que puede ser interna o externa.

Estas fracturas frecuentemente incluyen el proceso ascendente y siempre el septum nasal. La ruptura de la membrana mucosa produce epistaxis, inflamación de los tejidos blandos y hematoma en el sitio de la fractura.

Los hematomas septales pueden ocurrir entre el pericondrio y el cartílago cuadrilátero, siempre se infectan y la formación de abscesos conduce a la avascularidad y necrosis séptica del cartílago

provocando una deformidad nasal en silla de montar. El diagnóstico puede hacerse si al hacer una palpación suave del dorso nasal se produce hemorragia, crepitación, desviación del dorso en una dirección y depresión del otro hueso nasal y apófisis ascendente maxilar.

Los hematomas septales deben incidirse y drenarse de inmediato. Se coloca un elevador romo debajo del hueso nasal deprimido elevando anterior y lateralmente mientras se hace presión al otro lado con el fin de llevar el dorso nasal a la línea media y se estabiliza el relleno interno con entablillado externo.

. Clasificación de Fracturas del Maxilar Inferior.

- * Pueden ser:
 - Favorable. Sin desplazamiento.
 - Desfavorable. Con desplazamiento por la actividad muscular.
 - Vertical
 - Horizontal.
- * Clasificación:
 - Angulo mandibular

- Región de molares
- Rama ascendente
- Sínfisis
- Mentoniana
- Apófisis coronoides
- Cóndilo. Puede tratarse por método abierto y cerrado.

Método Cerrado. Se emplea fijación intermaxilar que inmoviliza las fracturas concomitantes y corrige el desplazamiento de la mandíbula que se presenta en las fracturas de cóndilos. Debido a la acción muscular y la fuerza del golpe, la cabeza del cóndilo muchas veces está dislocada hacia adelante o se mueve mesialmente fuera de la fosa glenoidea. Muchas veces el cuello del cóndilo fracturado permanece cerca de la porción fracturada de la rama ascendente.

En una fractura subcondilar el segmento fracturado permanece en posición lateral en la rama.

Debido al traumatismo de las estructuras de la articulación, existe peligro que el cóndilo se anquilese a la fosa glenoidea por la presencia de hemorragia.

Durante una semana se permite que se lleve a cabo la cicatrización en oclusión correcta con inmovilización intermaxilar.

El objetivo es mover la articulación sin mover las superficies óseas inferiores fracturadas, lo que provocaría falta de unión.

Método Abierto. No entraremos en detalle, porque sería un tratamiento programado, no de urgencias.

c2. Examen Clínico

- Palpación del esqueleto facial
- Movilidad de los fragmentos
- Desplazamiento de los fragmentos
- Pruebas de vitalidad dental.

c3. Examen Radiográfico

- Desplazamiento de fragmentos
- Relación entre la fractura ósea y el periodonto marginal y apical.

c4. Tratamientos:

- Reducción. Colocación del fragmento en posición normal.

Se hace por medio de presión digital, verificando que no queden escalones. Puede hacerse por método abierto o cerrado:

* Método Cerrado. Más difícil manipular las partes fracturadas, pero se conserva el periostio y tegumentos intactos. La cicatrización es rápida.

* Método Abierto. Mayor visibilidad y exactitud en la reducción.

- Fijación. Inmovilización por medio de osteosíntesis y férulas.

* Osteosíntesis. En el hueso sano inmediatamente a la fractura hacemos osteotomía con una fresa y en la parte fracturada hacemos lo mismo. Por medio de los agujeros pasamos un alambre que garantice la fijación de los elementos.

La fijación se hace por 6 semanas, se controla radiográficamente hasta registrar el callo secundario.

- Control de la Infección.

c5. Cicatrización ósea:

- Formación de coágulo.

- Callo primario
- Callo secundario
- Remodelado de cicatriz ósea.

Los fibroplastos sintetizan colágeno en los 10 primeros días y comienzan a aparecer los osteoblastos. Se produce la cicatrización primaria por medio del cuello primario que forma un anclaje sobre el perióstio. Se produce un sellado intermedular (en la parte interna del hueso). También hay un callo de puente que se halla en el periostio en su parte interna.

Por último hay un callo de fijación o unión directamente sobre el periostio. El callo primario se convierte en secundario o madura a partir del día 20 más o menos hasta el día 60. El callo secundario es mineralizado, presenta calcio, fosfatos, hierro, etc. Se retira la férula. Luego del día 60 comienza el modelado, es cuando la cicatriz trata de recobrar todas las características del tejido que está reemplazando, del tejido precursor.

D. Factores que caracterizan el impacto.

- a. Fuerza del golpe
- b. Elasticidad del objeto del golpe
- c. Forma del objeto
- d. Angulo direccional

E. Férulas

a. Requisitos

- a1. Ofrecer estabilidad.
- a2. Conservar integridad de los tejidos periodontales.
- a3. Permitir tratamiento endodóntico.
- a4. Lisa, suave, pulida.
- a5. No debe producir movimientos en dientes contiguos.
- a6. No debe producir trauma oclusal.
- a7. No debe producir empaquetamiento alimenticio.
- a8. Estética.

b. Clases de Férulas

- b1. Interdentales. Erich, Essing, Ivy, Risdon
- b2. Intermaxilares. Con este sistema se fija la arca superior a la inferior. El principio básico es situar los dientes en una oclusión adecuada de forma que los fragmentos mandibulares fracturados queden forzados hacia la posición adecuada. Entonces se mantiene mediante atracción - elástica todo el tiempo que se considere oportuno para conseguir la curación. Los métodos empleados son ligaduras de alambres y arcos-barra vestibulares.

- Arcos Vestibulares. Consiste en una cinta plana de metal con pequeñas proyecciones como de 1 cm. a lo largo de su superficie para el anclaje de las bandas de goma y de alambres. Estas barras quedan ligadas a los dientes del maxilar y de la mandíbula. Si se necesita tracción para reducir desplazamientos de fractura se colocan bandas elásticas desde el maxilar a la mandíbula.

Se coloca primero el arco maxilar. Se corta el arco a longitud adecuada, se curva ligeramente en los extremos para adaptarlo al segundo o primer molar por la parte distal de la zona bucal gingival.

La ligadura de la barra a los dientes se hace con alambre de acero inoxidable. Se pasa el alambre del lado bucal al lingual a través de los espacios interproximales, manteniendo el arco barra en posición. Una vez atravesado, se pinza por el lado lingual, y se estira hasta que haya pasado la mitad de su longitud. La porción lingual se dobla hacia atrás y se lleva alrededor del lado distal del último molar hacia la parte gingival. Los dos extremos se encuentran ahora en el lado vestibular y se deben ligar en dirección a las agujas del reloj, dándole unas pocas vueltas con los dedos. A

medida que el alambre se va retorciendo, el portaagujas se debe mover más en dirección al diente, a lo largo del tallo de la ligadura. Cuando se ha hecho esto en toda la arcada, los extremos de todas las ligaduras se cortan 0,6 cm. y se doblan en forma de U., se empujan hasta adaptarlo a la encía o bien por debajo del arco de barra, para evitar lacerar los tejidos blandos.

- Ligaduras de Alambre.

- . Asas de IVY. Util en fracturas simples sin desplazamientos, en fracturas condíleas simples, y en desdentados parciales. Técnica: El alambre se corta de 15 a 20 cm. Se pinza alambre en el centro con un portaagujas, dándole vuelta haciendo un bucle. Los dos extremos del alambre o asa se pasan por el espacio interproximal desde vestibular a lingual y se devuelven por el otro lado interproximal del diente (una punta o extremo por mesial y la otra por distal). Entonces el alambre distal se dobla mesialmente y se pasa a través del bucle estirándolo hasta que se encuentre con el otro extremo. En este momento los dos extremos se unen y ligan. El asa se retuerce una o dos veces y se dobla lo mismo que el que se ha obtenido

mesialmene, formándose de esta manera dos ganchos.

- Método de Risdon. Se forma arco vestibular con el alambre. Se coloca alambre de 20 cm. alrededor del último molar de cada lado de la arcada. Ambos extremos del alambre se dirigen bucalmente y se ligan juntos formando una larga trenza que se lleva hacia adelante a lo largo de la superficie bucal de los dientes, hasta la región incisiva donde se encuentra con la del otro lado. Entonces se ligan juntos formando un arco de alambre contínuo. Siempre y cuando la fractura sea en la línea media. Si no el arco se hace completo o hasta donde vaya la línea de fractura. Luego se hacen las ansas interdetales.

Para tener éxito en el tratamiento de las fracturas maxilares aparte de escoger la férula correcta se debe tener en cuenta la dinámica muscular que puede producir movimientos adversos, la guía oclusal que es el patrón, y el control de la infección que puede ser provocada por dientes en línea de fractura.

1.3.2.2 Compromisos Oroantrales

Sucedan principalmente por exodoncias de premolares y molares superiores. Se produce infección porque los microorganismos normales de la flora bucal pasan al seno maxilar, produciendo abscesos y poliposis.

Para evitar esta comunicación debe tomarse buena radiografía periapical. El paciente consulta por sintomatología dolorosa al agacharse, fiebre, líquidos se devuelven por fosas nasales, inflamación.

Al examen clínico encontramos una zona cruenta alveolar con formación o nó de coágulo.

A. Pruebas para verificar comunicación oroantral

- a. Prueba de Valsava. Se tapan las fosas nasales, al mismo tiempo le decimos al paciente que trate de expulsar aire por la nariz, el alvéolo hace burbuja si la comunicación es inmediata a la exodoncia.
- b. Examinar profundidad del alvéolo con sonda; con estiletes de plata.
- c. Radiográficamente o con transiluminación.
- d. El paciente con la boca cerrada y las fosas nasales tapadas deberá hacer presión hacia el sitio de la exo-

doncia, se coloca el fonendoscopio y se oirá un silbido.

B. Tratamiento. Quirúrgico.

Tipos de colgajo:

- a. Borde a borde
- b. Wassmund
- c. Doble colgajo
- d. Pediculados o en raqueta. Se levanta el colgajo utilizando la mucosa vestibular anterior o posterior. Debe ser mucoperióstico. Se coloca el colgajo en el sitio, contactando las superficies. Previamente hay que eliminar la infección del seno, valar y limpiar. Como segunda opción el colgajo será de mucosa palatina.

Los tejidos se acercan con puntos de colchonero y los bordes se suturan con puntos separados múltiples. El hueso expuesto en el sitio donador puede cubrirse con cemento quirúrgico o gasa saturada con tintura compuesta de benjuí.

Se han aconsejado discos de hueso autógeno para cierre de la fístula bucoantral, combinados con el procedimiento cadwell-Ive y antrostomía nasal.

Una intervención importante que no deberá dejarse pa_

sar desapercibida es el posible cierre de fístula bucoantrales por medio de trasplantes libres de espesor total obtenidos del lado opuesto del paladar o del tabique mucobucal. Es procedimiento factible y usa tejido que no es extraño a la boca; por ser transferencia de tejido de una parte de la boca a otra.

El sitio donador cura fácilmente, al estar protegido inicialmente por la aplicación de tintura de benjuí, apósitos sedantes, o adaptador de tejidos.

e. Bipediculados para desdentados.

C. Causas de fracaso del cierre de la fístula bucoantral.

- a. Porque no se elimina por completo toda la infección dentro de la cavidad antral antes de operar. Ello puede lograrse con lavados y antibióticos.
- b. El estado físico general del paciente no fué investigado ni tratado adecuadamente.
- c. Colgajos colocados sobre la abertura con demasiada tensión y no crear una superficie viva o sangrante en el sitio receptor del colgajo. Esta tensión aumenta la contracción cicatrizal.
- d. Tensión de la sutura.

1.3.2.3 Comunicación Oronasal

A. Etiología

- a. Lesiones traumáticas. Instrumentos, armas u objetos de distinta índole pueden perforar la tabla vestibular, bóveda palatina, arcada alveolar, dejando establecida comunicación entre la boca y la nariz.
- b. Técnicas operatorias. A continuación de operaciones realizadas en el maxilar superior, para extirpar tumores, quistes, eliminar dientes parcial o totalmente retenidos o erupcionados.
- c. Afecciones inflamatorias del maxilar superior. Osteítis, osteomielitis, necrosis del maxilar de distintos orígenes.
- d. Afecciones específicas. Sífilis y tuberculosis. El goma sífilítico tiene su sitio de elección en bóveda palatina. La tuberculosis localizada sobre la bóveda palatina o el velo, suele dar perforaciones en esta región.
- e. Lesiones congénitas. Fisuras alveolopalatinas.

B. Clasificación:

- Vestibulonasales
- Palatonasales

Tratamiento:

- a. Protésico. Por intermedio de un aparato de caucho o acrílico que obture la brecha mientras está aplicado el aparato. Solo modifica artificialmente un problema que exige otras soluciones.

La prótesis está reservada para los fracasos de tratamiento quirúrgico, o en perforaciones donde no puede ser aplicado este procedimiento por los diámetros de la perforación, el estado local de sus bordes o el estado general del paciente.

- b. Quirúrgico. Debemos valernos de los tejidos vecinos a la perforación, a expensa de los cuales se preparan colgajos. Estos colgajos son desplazados del sitio donde están normalmente sentados y llevados hasta el lugar donde se necesitan.

Técnica de la Preparación de los Colgajos: Wassmud indica tres tipos de colgajos:

- b1. Colgajos Marginales. Se preparan circuncidiendo la comunicación a distinta distancia del borde y según el tipo de brecha a obturar. Este tejido gingival incidido circularmente se desprende con legras pequeñas. Quedan adheridos a la comunicación confrontando sus bordes, luego se sutura. Estos colgajos no son casi suficientes para cerrar

una perforación, ceden al menor esfuerzo (tos, estornudo, presión de aire).

- b2. Colgajos pediculados. Se obtienen de las partes cercanas a la comunicación (paladar; mucosa gingival del vestíbulo, mucosa, submucosa y capa muscular del carrillo).

Se levanta el colgajo mucoperióstico, se coloca sin tensión sobre los bordes de la comunicación. Deben ser trazados de tal manera que se respeten los vasos nutricios, evitando su sección, para prevenir la necrosis del colgajo. Wassmud da unas normas para que el colgajo tenga éxito:

- a. El ancho del colgajo debe tener las dos terceras partes de su largo. (Para evitar necrosis).
- b. La base del colgajo debe ser mayor que su vértice.
- c. El espesor del colgajo debe ser de 4 a 5 mm.

- b3. Colgajos o Puente. Se hacen trazando dos incisiones paralelas que limitan un trozo de fibromucosa de forma regularmente cuadrilátera, que tiene dos puntos de apoyo que son sus extremidades. Estos colgajos se trasladan lateralmente, cubriendo la perforación y suturándolos a la fibromucosa veci

na. Queda sobre el maxilar una porción descubierta, la cual se cubre por tejido de granulación.

1.3.2.4 Raíces Abandonadas

Las raíces residuales que han estado en los maxilares durante cierto tiempo, se consideran infectadas. Es necesario localizar con exactitud la raíz especialmente en área totalmente desdentada.

Si no existen puntos de referencias anatómicos, se coloca una aguja de sutura en los tejidos anestesiados en la región de la raíz y se toma una radiografía para comparar localización de esta en relación de la aguja o cualquier otro medio de contraste como conos de gutapercha.

A. Causas:

- Por fracturas en el cuello anatómico del diente o por debajo de éste.
- Caries dental.

En ambos casos hay despreocupación del paciente hasta cuando hay sintomatología.

B. Tratamiento:

Extracción de la raíz. Se puede hacer por varios métodos:

- a. Procedimiento cerrado. Puede hacerse por vía alveolar despegando la raíz de los tejidos blandos tanto por vestibular como por palatino o lingual. La extracción puede hacerse con solo elevador o con elevador y forceps.

Debe hacerse desbridación, aprehensión, luxación y tracción.

Se usa elevador recto para extraer raíces debajo del borde alveolar, especialmente del maxilar superior.

El instrumento se mantiene en un plano paralelo al eje longitudinal del diente y se mueve hacia arriba, sobre el lado palatino de la raíz, con la palanca colocada en el borde palatino si es necesario.

Otro método es colocar el elevador recto en el área interdental en ángulo recto, con el eje longitudinal del diente, usando intervención bucal.

Se eleva la raíz empleando el tabique interdental como punto de apoyo. Si la raíz se encuentra a más de la mitad de la altura del alvéolo, se usan palancas elevadoras radicales.

Luz, posición del paciente y operador, retracción de lengua y carrillo, y sequedad del campo, deberán estar coordinados.

- Los fragmentos de molares superiores especialmente los que se encuentran en el área del tercer molar, se observan e intervienen mejor de manera indirecta, usando un espejo. El operador se mantiene detrás del paciente.

Las raíces bucales pueden estar curvadas lo que requeriría considerable desplazamiento. Las raíces palatinas de los molares son grandes y están rodeadas por paredes alveolares no dúctiles. Debido a su proximidad al antro, no deberá aplicarse presión directa sobre la raíz. Se logra espacio entre la pared del alvéolo y la raíz a expensas de la primera, y se atacan varios lados antes de poder extraer una raíz curvada.

- Las raíces del primer molar superior son pequeñas y finas. La raíz bucal puede fácilmente empujarse a través de la delgada pared bucal de manera que quede entre perióstio y placa alveolar. Se coloca un dedo sobre la placa bucal para evitar esta situación o para sentir si la raíz penetra en la placa.

La raíz palatina se extrae a expensas del tabique

interradicular.

- Las raíces inferiores en las áreas premolares y anteriores se extraen con palancas elevadoras radiculares.

- b. Procedimientos abiertos. Cuando a causa de paredes de alvéolos rígidos, apices radiculares curvados, - inaccesibilidad o visibilidad inadecuada, no se puede extraer una raíz con procedimiento cerrado, deberá hacerse un colgajo quirúrgico. Cuando se ha precisado la localización de la raíz residual en el hueso, se eleva un colgajo mucoperióstico generalmente y se hace la exodoncia con fresas delgadas de fisura.

1.3.3 Urgencias Periodontales

1.3.1.1 Enfermedad Periodontal

La placa bacteriana es la causa de la enfermedad periodontal, - que inicia con gingivitis y continúa con bolsas periodontales, produciendo destrucción ósea, movilidad y hasta pérdida de los dientes.

Es necesario eliminar los factores locales, haciendo buena fase higiénica, dando instrucciones al paciente de higiene oral, explicándole la importancia de la placa bacteriana.

El tratamiento periodontal requiere la interrelación de la aten-

ción del periodoncio con otras fases de la odontología.

La totalidad del tratamiento incluye:

- a. Tejidos periodontales. Eliminación de la inflamación gingival y los factores conducentes a ella.
- b. Aspectos funcionales. Establecimiento de una oclusión óptima.
- c. Aspectos sistémicos. Complementos sistémicos del tratamiento local y precauciones especiales en el manejo del paciente, impuesta por los estados sistémicos.

Entre los factores locales que producen enfermedad periodontal encontramos:

- a. Placa bacteriana. Película blanda sobre las superficies de los dientes. Tiene su período de maduración donde proliferan los microorganismos produciendo patologías.

Formación de la placa bacteriana: primero aparece una película adquirida, que es amorfa y delgada, constituida por glucoproteínas y microorganismos desorganizados. Cuando estos microorganismos se organizan formando colonias, constituyen la materia alba, formada por células epiteliales descomativas, leucocitos, y mezcla de proteínas y lípidos salivales. Luego

aparece la placa bacteriana.

- b. Cálculo. Es la mineralización de la placa bacteriana. Es predisponente a la enfermedad periodontal porque nos crea superficies rugosas donde se adhiere la placa bacteriana.
- c. Pigmentaciones. Presentan superficies rugosas que ayudan al acúmulo de la placa bacteriana.
- d. Empaquetamiento alimenticio. Debido a diastemas, maloclusiones, caries proximales, mala higiene, cúspides émbolos, etc., ayudando al acúmulo de placa bacteriana.
- e. Iatrogenia. Obturaciones desbordantes, restauraciones desadaptadas marginalmente, etc., donde se acumula la placa bacteriana.
- f. Apiñamiento dental. Coayuda al acúmulo de placa bacteriana.
- g. Respiradores bucales. Hay predisposición a gingivitis en dientes anteriores superiores, debido a la sequedad de los tejidos periodontales, producida por la disminución de saliva.

Todos los factores locales predisponen a la enfermedad periodontal, por eso es muy importante explicarle al pa-

ciente la importancia de la eliminación de éstos.

A. Signos y síntomas de enfermedad periodontal:

- a. Sangrado
- b. Cambio de textura
- c. Cambio de consistencia
- d. Cambio de coloración
- e. Inflamación gingival
- f. Halitosis, mal sabor
- g. Presencia de bolsas periodontales
- h. Puede haber o no exudado purulento.

B. Secuelas de la enfermedad Periodontal. Movilidad dental

Migraciones

Diastemas, Ex-
trusión.

Una de las características más importantes de la enfermedad periodontal es la presencia de "Bolsa Periodontal".

* Bolsa Periodontal. Es la profundización patológica del surco gingival, debido a la migración de la adherencia epitelial hacia apical. El avance progresivo de la bolsa conduce a destrucción de los tejidos periodontales de soporte, aflojamiento y exfoliación de los dientes.

a. Clasificación.

a1. Bolsa Falsa o gingival. Debido a agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales. El surco se profundiza a expensas del aumento de volumen de la encía.

a2. Bolsa verdadera o periodontal. Hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte. Pueden ser:

a. Supraósea. El fondo del hueso es coronario al hueso alveolar subyacente.

b. Infraósea. El fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente.

b. Tratamiento. Eliminación de la bolsa.

Consiste en reducir la profundidad de las bolsas periodontales a la del surco fisiológico y restaurar la salud gingival. Esto se logra con fase higiénica y a veces cirugía periodontal.

1.3.3.2 Fase II de Periodoncia o Fase Higiénica.

Es el primer paso terapéutico en la ausencia cronológica de los procedimientos que constituyen el tratamiento periodontal.

El objetivo del tratamiento inicial es la reducción o eliminación de la inflamación gingival, eliminando los factores etiológicos locales.

La fase higiénica comprende:

- a. Motivación
- b. Enseñanza de cepillado:
 - b1. Técnica del cepillado
 - b2. Seda dental
 - b3. Dentífricos
- c. Control de placa bacteriana
- d. Raspado y alisado coronal y radicular.
- e. Pulido.
- f. Exodoncias necesarias.
- g. Endodoncias necesarias.
- h. Eliminación de caries y obturaciones defectuosas.
- i. Ajustes de oclusión.
- j. Movimientos ortodóncicos menores.
- k. Temporalizaciones para prótesis fijas.
- l. Revaloración de los tejidos.

1.3.3.3 Clasificación de vírgencias Periodontales.

A. Absceso Periodontal

- a. Definición. Obstrucción de la bolsa periodontal.
- b. Etiología.
 - b1. Extensión profunda de la infección desde una bolsa periodontal hacia los tejidos periodontales y localización del proceso inflamatorio supurativo junto al sector lateral de la raíz.
 - b2. Extensión lateral de la inflamación desde la superficie interna de una bolsa periodontal hacia el tejido conectivo de la pared de la bolsa.
 - b3. En una bolsa que describe un trayecto tortuoso alrededor de la raíz se puede establecer un absceso periodontal en el fondo, extremo profundo cuya comunicación con la superficie se cierra.
 - b4. Eliminación incompleta de cálculos durante el tratamiento de la bolsa periodontal.
 - b5. Puede haber absceso periodontal en ausencia de enfermedad periodontal, después de un traumatismo de un diente o perforación de la pared lateral de la raíz durante el tratamiento endodóntico.

c. Características Clínicas.

Dolor irradiado, pulsátil, sensibilidad exquisita de la encía a la palpación, sensibilidad del diente a la percusión, movilidad dental, fiebre, linfadenitis, malestar general, leucocitosis.

d. Aspecto Radiográfico. Zona circunscrita radiolúcida en el sector lateral de la raíz.

e. Diagnóstico. Es necesario hacer buena historia clínica, con hallazgos clínicos y radiográficos.

La continuidad de la lesión con el margen gingival es una prueba clínica de la presencia de un absceso periodontal.

Es común que el absceso se localice en una superficie radicular distinta de la bolsa que lo origina, porque es factible que se obstruya el drenaje cuando la bolsa sigue un trayecto tortuoso.

f. Tratamiento:

1. Anestesia: infiltrativa o conductiva.
2. Drenar el absceso por la bolsa periodontal.
3. Irrigar y limpiar con antiséptico.
4. Fase higiénica.

5. Analgésicos y antibióticos si se requieren.

Esto como tratamiento de urgencias.

Si el absceso y bolsa continúan, deberá realizarse algún tipo de cirugía periodontal.

B. Absceso Gingival

- a. Definición. Obstrucción del surco gingival.
- b. Etiología:
 - Respuesta inflamatoria aguda a cuerpos extraños, forzados dentro del surco gingival.
- c. Clínicamente. Presenta inflamación con superficie lisa y brillante, de 24 a 48 horas la lesión se pone fluctuante y puntiaguda, y puede expulsar exudado purulento. Hay aumento del fluido gingival.
- d. Tratamiento:
 - d1. Anestesar
 - d2. Retirar cuerpos extraños
 - d3. Drenar el absceso por el surco gingival
 - d4. Fase higiénica
 - d5. Lavar con antiséptico.

C. Pericoronitis

- a. Definición: inflamación de la encía que está en relación con la corona de un diente incompletamente erupcionado. Es muy frecuente en la zona de los terceros molares inferiores.
- b. Clasificación:
 - b1. Aguda. Es la que tratamos como urgencia.
 - b2. Subaguda. Hay inflamación, disminuye la sintomatología.
 - b3. Crónica. Exacerba, desaparece y exagera nuevamente.
- c. Características Clínicas:
 - c1. El capuchón pericoronario es fibroso y duro.
 - c2. Principalmente en terceros molares inferiores.
 - c3. El espacio entre la corona del diente y el capuchón pericoronario es una zona ideal para acúmulo de placebacteriana y residuos alimenticios.
 - c4. El capuchón puede estar infectado e inflamado con ulceraciones de diversos grados en su superficie interna.
 - c5. La encía es traumatizada al contactar con el maxi-

lar antagonista.

- c6. Al hacer presión a veces podemos encontrar pus.
- c7. Lesión rojiza, sensible, inflamada, dolor irradiado al oído, garganta y piso de boca.
- c8. Hay presencia de linfadenitis, leucositosis, fiebre, halitosis, malestar general.
- d. Complicación. Puede producirse un absceso gingival.
- e. Tratamiento. Como tratamiento de urgencias:
 - e1. Lavar
 - e2. Eliminar factores locales
 - e3. Fase higiénica
 - e4. Analgésicos

Citar nuevamente al paciente, y si es necesario se eliminará quirúrgicamente el capuchón.

- Operculectomía. Eliminación del capuchón alrededor de la corona del diente, a nivel del límite amelo-cementario. Hacer alisado radicular y coronal.
- Cuña distal de Robinson. Bajo anestesia se co -

mienza la incisión inmediatamente debajo del borde de la ranura ascendente y se extiende hacia abajo y adelante, en dirección a la superficie distal de la corona, tan cerca como sea posible del nivel de la unión amelocementaria, con prolongaciones hacia vestibular y lingual. Esto desprenderá una porción del tejido en forma de cuña que incluye el capuchón pericoronario.

Es necesario eliminar el tejido distal al diente, así como el capuchón que cubre la superficie oclusal.

La incisión de solo la parte oclusal del capuchón deja una bolsa distal que favorece la recidiva de la lesión pericoronaria aguda.

Una vez eliminado el tejido, se debe suturar. Se coloca cemento quirúrgico que se retirará a la semana.

D. Hipersensibilidades

La queja más frecuente de hipersensibilidad de la raíz dentaria es el dolor producido por los cambios térmicos, pero no es raro el dolor producido por la masticación de carbohidratos refinados.

Muchos dentífricos y enjuagatorios pueden despertar la sensibilidad a los dientes.

a. Causas:

a1. Por recesiones gingivales, quedando expuesta la raíz.

a2. Por irritación pulpar producidos por traumatismo crónico periodontal.

b. Tratamiento:

b1. Limpiar y secar el diente.

b2. Aplicar hidróxido de calcio con agua destilada.

b3. Dentopraxil.

b4. Aplicación de fluoruros acidulados.

b5. Cremas dentales con desensibilizantes a largo plazo (cloruro de estroncio) como el Sensodine, Blendamed.

E. Hiperplasia Gingival inflamatoria localizada. Mal llamado "pólipo gingival". Debido a caries profundas con destrucción de las paredes del diente, la encía logra invaginarse sobre la hoquedad, produciendo un "agrandamiento gingival". En algunas ocasiones el paciente se encuentra impedido para cerrar la boca debido al trauma que produce el choque con el antagonista.

a. Manifestaciones Clínicas:

a1. Inflamación.

a2. Enrojecimiento.

a3. Cambio de textura y consistencia de la encía.

a4. Puede haber presencia o no de supuración y halitosis.

a5. Imposibilidad de higiene.

a6. Presencia de restos alimenticios y placa bacteriana.

b. Tratamiento. Eliminación quirúrgica.

c. Diferencias entre pólipo pulpar e hiperplasia gingival.

c1. Orígen. Pólipo pulpar, de orígen pulpar.

Pólipo gingival no es de orígen pulpar.

c2. Clínicamente. Para diferenciarlos clínicamente debemos sondear. Si la sonda penetra en el surco es de orígen pulpar. Si no se puede sondear, y la sonda no penetra en el surco, es de orígen gingival.

F. Gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA)

Enfermedad inflamatoria destructiva de la encía que pre-

senta signos y síntomas característicos. También se conoce con el nombre de infección de vincent, gingivitis úlceromembranosa aguda, boca de trinchera, encía de trinchera, estomatitis ulcerativa, gingivitis ulcerativa, etc.

a. Características Clínicas:

- a1. Signos bucales. Hay presencia de depresiones crateriformes socavados en la cresta de la encía que abarcan la papila interdental, la encía marginal o ambas. La superficie de los cráteres gingivales está cubierta por una pseudomembrana gris, separada del resto de la mucosa gingival por una línea eritematosa definida.

El olor fétido, aumento de salivación y la hemorragia gingival espontánea o hemorragia abundante ante el estímulo más leve son otros signos característicos.

La lesión puede circunscribirse a un solo diente, un grupo de dientes o abarcar toda la boca. Es rara en bocas desdentadas, pero a veces producen lesiones esféricas aisladas en el paladar blando.

- a2. Síntomas bucales. Dolor constante, irradiado corrosivo que se intensifica al contacto con alimentos condimentados o calientes o con la masticación.

Hay sabor metálico desagradable, y la consistencia de la saliva es "pastosa".

- a3. Signos extrabucales y sistémicos. Linfadenopatía local y aumento leve de temperatura. En las complicaciones graves hay leucocitosis, pérdida de apetito, fiebre alta, pulso acelerado.

b. Tratamiento:

- b1. Eliminar pseudomembrana.
- b2. Fase higiénica.
- b3. Enjuagatorios con agua oxigenada cada dos horas.
- b4. Si es necesario dar antibióticos.
- b5. Instrucciones de higiene oral.

G. Gingivostomatitis herpética aguda.

- a. Etiología. Infección de la cavidad bucal causada por el virus herpes simple. Aparece con mayor frecuencia en adultos.

b. Características Clínicas:

- b1. Signos bucales. Lesión difusa, eritematosa, brillante de la encía y mucosa adyacente con grados variables de edema y hemorragia gingival.

En el período primario se caracteriza por vesículas circunscritas esféricas, grises, que se localizan en la encía, mucosa labial o vestibular, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua.

Aproximadamente a las 24 horas las vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas úlceras dolorosas con un borde rojo, elevado a modo de halo y una porción central hundida amarillenta o blanco grisáceo.

El cuadro Cx comprende una coloración entematosa difusa brillante y agrandamientos entematosos de la encía con tendencia a hemorragia. La enfermedad dura de 7 a 10 días.

b2. Síntomas bucales

Irritación general de la cavidad bucal que impide comer y beber. Las vesículas rotas son focos de dolor. Sensibles al tacto, cambios térmicos y - condimentos, jugos de frutas y al movimiento de comidas ásperas.

b3. Signos y síntomas extrabocales y sistémicos

Junto con las lesiones bucales hay manifestaciones herpéticas en labios o cara con vesículas y forma-

ción de costras superficiales. La adenitis cervical, fiebre y malestar general son características comunes.

c. Tratamiento:

c1. Antiácido (milanta) para cambiar PH de cavidad oral.

c2. Analgésicos.

c3. Zovirax. (Tabletas). Para disminuir tiempo de duración y prevenir encefalitis herpética que causa la muerte.

1.3.4 Urgencias de ATM

1.3.4.1 Luxación de ATM

Ocurre con relativa frecuencia cuando hay relajación de la cápsula y del ligamento temporomandibular que permite al cóndilo moverse hasta un punto anterior a la eminencia articular del temporal durante los movimientos de apertura.

La contracción y el espasmo muscular mantienen el cóndilo en esta posición, de manera que es imposible para el paciente cerrar la boca y regresar a su posición normal de oclusión. La dislocación puede ser unilateral o bilateral y puede ocurrir espontáneamente después de abrir lo más posible la boca, como ocurre durante un bostezo o los procedimientos dentales de costumbre.

es más frecuente aguda, pero a veces es recidivante o crónica.

A. Tipos de Luxaciones

- a. Luxación anterior. El cóndilo es mantenido hacia adelante bruscamente por el espasmo de los músculos temporal, pterigoideo interno o masetero y origina la protrusión del maxilar inferior con abertura de la boca.

Comienza por falla del mecanismo de inervación recíproca en todo el sistema muscular, iniciando por el espasmo de los pterigoideos externos.

Hay dolor en la región de la articulación, seguida de incapacidad para cerrar la boca y cuando hay unilateral, una incapacidad para desplazar el maxilar inferior hacia el lado afectado.

Hay dolor en la zona de la articulación, edema y limitación de la movilidad.

a1. Etiología.

Generalmente la etiología es por una interferencia dentaria la cual origina un nuevo patrón neuromuscular.

Resulta de incoordinación de los músculos de la

masticación.

Se produce espasmo mientras el cóndilo está situado por delante de la eminencia articular del Temporal: el espasmo se produce cuando los músculos son súbitamente estirados por la amplia abertura de la boca mientras el cóndilo está delante de la eminencia (Reflejo miotático).

b. Luxaciones hacia atrás y arriba

Resultan de lesiones en la barbilla o en el reborde inferior del maxilar inferior. Suelen ser unilaterales.

El cóndilo es llevado a la parte posterior de la cavidad glenoidea. Podría sufrir la cápsula y todo el colchón retrocondíleo, el cual está ricamente irrigada.

Puede producirse hemorragia en el espacio articular, pudiendo originar una anquilosis. Hay cefaleas fuertes.

B. Tratamiento

Para reducir la luxación hay dos técnicas donde se hace presión hacia abajo en los dientes posteriores y presión hacia arriba en el mentón, acompañado de un desalojamiento posterior de la mandíbula. Y se procede a llevar-

la hacia atrás; generalmente el cierre es de un solo golpe y en ocasiones violento.

En la primera técnica la mandíbula se lleva hacia adelante, abajo y atrás.

En la segunda técnica se tracciona adelante, se hacen movimientos de rotación y se lleva atrás.

El operador debe estar de pie frente al paciente.

El espasmo muscular puede ser lo suficientemente grande para no permitir la manipulación simple del cóndilo para regresarlo a su posición normal. En este caso debe hacerse relajación muscular suficiente para lograr reducción adecuada del cóndilo luxado.

Esto se puede hacer por medio de anestesia general o relajante muscular.

1.3.4.2 Subluxación de ATM. LLamada también luxación recidivante.

Dislocación anterior incompleta o parcial del cóndilo mandibular de la fosa glenoidea. Esta hipermovilidad se distingue de la luxación por la capacidad del paciente para autorreducir el cóndilo.

La subluxación mandibular implica que el cóndilo se mueve hacia adelante y sobrepasa la eminencia articular durante la aber-

tura de la boca.

El cóndilo puede estar situado hasta 5 mm. por delante de la eminencia articular cuando la boca se abre ampliamente.

El vértice del cóndilo está situado por delante del vértice de la eminencia en la posición abierta. Además el cóndilo puede desplazarse por completo por delante de la eminencia articular o situarse en la fosa infratemporal, al igual que ocurre en una luxación.

La subluxación puede ser unilateral o bilateral. Los pacientes presentan una debilidad de la articulación al bostezar o al ser sometidos a tratamiento dental.

Radiográficamente. Desplazamiento anterior del cóndilo cuando se encuentra en una posición con la boca abierta.

Etiología. Puede producirse tras la intubación endotraqueal, tras la práctica de procedimientos quirúrgicos dentales y orales, o el bostezo.

El chasquido al abrir la boca se detecta por palpación o auscultación. La maloclusión es frecuente.

El dolor va con frecuencia asociado con los últimos milímetros de la abertura. Hay que eliminar el chasquido, ya sea con tallado selectivo, placa relajante, ortodoncia, etc., eliminando la causa que lo produce.

1.3.5 Urgencias Protésicas

1.3.5.1 Prótesis Fija

La falla de una prótesis se manifiesta de diferentes maneras. Se producen molestias, la prótesis se desplaza, hay recidiva de caries, las estructuras de soporte se atrofian o la pulpa se degenera, se produce fractura de la estructura o del frente estético, la prótesis no presta más utilidad o puede haber una pérdida completa del tono o forma tisular.

A. Molestias. Es natural que la molestia llame más la atención que cualquier otro tipo de falla.

a. Puede ser causada por:

- a1. Contactos prematuros.
- a2. Zona masticatoria sobreextendida e inadecuadamente ubicada.
- a3. Presión excesiva sobre los tejidos.
- a4. Aumento o disminución de las zonas de contacto.
- a5. Sobreprotección o protección insuficiente del tejido gingival.
- a6. Zonas cervicales sensibles.
- a7. Choque térmico
- a8. Deficiencia en el sellado marginal.

b. Conducta a seguir:

- b1. Los contactos prematuros se corrigen mediante ajuste oclusal con pequeñas piedras de borde biselado o fresas redondas.
- b2. La zona masticatoria sobreextendida e inadecuadamente ubicada es de difícil corrección si el procedimiento requiere desgaste de porcelana, que no puede volver a glasearse.

En caras oclusales metálicas el desgaste será mínimo, de lo contrario se puede presentar una perforación, lo que haría necesario repetir la restauración. Lo ideal es elaborar un buen examen oclusal en el momento en que se pruebe la restauración y hacer el desgaste necesario para conseguir una buena funcionalidad y evitar desgastar ya cementada la restauración.

- b3. Si la presión excesiva sobre los tejidos es desde el momento de la cementación de la prótesis, hay que retirarla y reconstruirla. Si la presión es por factor irritante, retirarlo, limpiar y lavar la zona.
- b4. El ajuste de las zonas de contacto, aumenta o disminuye en presencia de maloclusiones. La solución es restituir la armonía oclusal mediante el ajuste de las superficies oclusales de la prótesis o de los antagonistas.

b5. La sobreprotección del tejido gingival tiene por síntomas una cierta tumefacción y hemorragia. Es factible reducir las zonas excesivamente voluminosas de una corona o tramo, remodelarlas y pulirlas. Para la protección insuficiente del tejido gingival, no hay otra solución que retirar la prótesis y construir otra.

b6. Las zonas cervicales sensibles expuestas se tratan con fluoruro estañoso y cloruro de zinc.

Se colocaría un apósito de cemento de ionómero de vidrio, sin cavidad. Siempre y cuando la restauración tenga buen sellado y no se le toque para nada.

b7. Si persiste el choque térmico durante varios días después de cementada la corona o prótesis, puede haber lesión pulpar grave, contacto prematuro, o un margen límite amelocementario expuesto.

La conducta a seguir será esperar a que se produzca una evolución más definida antes de decidir respecto del tratamiento que podría ser la endodoncia.

b8. Cuando hay deficiencia en sellado marginal, hay que repetir la prótesis.

- B. Aflojamiento de prótesis. Cuando una prótesis se afloja, puede ser factible quitarla y volver a cementarla, toda vez que sea posible corregir la causa de la falla. Una prótesis se afloja por:
- a. Deformación del colado metálico en el pilar. Se produce cuando el límite de la fluencia de una aleación es muy bajo, o cuando el colado es demasiado fino a causa de la reducción insuficiente del pilar en las zonas que recibirán fuerzas provenientes de los dientes antagonistas. La corrección se hace reconstruyendo la restauración.
 - b. La técnica de cementado. Volver a cementar el puente con los pilares y anclajes secos y mantenerlo inmóvil hasta que haya cristalizado o polimerizado.
 - c. La solubilidad del cemento. El cemento se disuelve - por: márgenes sin adaptación, por deformación de los anclajes y la consiguiente separación de un margen o por desgaste se originó perforación en la superficie oclusal. Hay que construir una prótesis nueva.
 - d. Caries Recurrente. Retirar la prótesis, reparar los anclajes o reconstruir la prótesis.
 - e. Movilidad de uno o más pilares. Se requiere estudiar atentamente la zona de la prótesis para determinar si la inclusión de otros anclajes y la ferulización corrigieron el defecto o si es posible eliminar el anclaje

afectado. Determinar los factores periodontales o de oclusión. Tener en cuenta la ley de Ante (si se cumple o no).

C. Recidiva de Caries. Se produce por:

- a. Sobreextensión de los márgenes.
- b. Colados cortos.
- c. Márgenes desaptados.
- d. Desgaste natural.
- e. Desprendimiento de un anclaje.
- f. Higiene bucal insuficiente.
- g. Porque la protección temporal desnudó el cuello del diente por un desplazamiento de la encía.

En muchos casos es factible restaurar pequeñas zonas con caries en la cara vestibular o lingual de un diente portador de una corona tres cuartos o en una superficie proximal que lleva una incrustación como anclaje sin alterar o movilizar el colado.

D. Retracción de los tejidos de soporte. La pérdida del proceso alveolar se puede dar por sobrecarga debida a:

- a. Extensión del tramo.
- b. Tamaño de la superficie oclusal.

- c. Forma de los nichos.
- d. Contorno de los anclajes.
- e. Muy pocos anclajes.
- f. Sobreextensión de los márgenes cervicales.
- g. Técnica poco cuidadosa de impresión con cilindro de cobre.

La pérdida del proceso alveolar se retarda o detiene mediante tratamiento periodontal, el restablecimiento de un plano oclusal correcto o por desgaste selectivo de la oclusión.

- E. Fractura de los elementos del puente. Ocurren por falla en la soldadura, técnica incorrecta del colado. El agrietamiento de un frente, o la susceptibilidad a la fractura puede provenir de un calentamiento o enfriamiento demasiado brusco durante el glaseado, y también debido a contacto prematuro. Hay que reponer el frente sin alterar el puente, si hay fractura de los elementos de la prótesis, hay que repetirla.

- F. Caída de Frentes. Debido a:

- a. Muy poca retención. Se construirá un frente de resina nuevo para reemplazar el anterior.

Como tratamiento de urgencias, lo ideal es repetir la carilla (acrilar o porcelanizar).

- b. Maloclusión. Se impone un cambio en la anatomía oclusal.

La fractura de frentes y desprendimiento de frentes estéticos no siempre implica la remoción de la prótesis, pero si la falla se repite con frecuencia, el reconstruir el puente es la única solución.

1.3.5.2 Prótesis Removibles

- A. Reparación en la resina. Los segmentos de resina acrílica que se han fracturado pueden ser unidos químicamente por medio de resina autopolimerizante. La técnica consiste en unir las partes fracturadas en su posición correcta y mantenerlas juntas con cera pegajosa mientras se hace un modelo de yeso II. En la resina se prepara una línea de reparación, a una profundidad de 2 a 3 mm. en cada lado de la línea de fractura y se coloca papel de estaño o algún material similar en el modelo de yeso del lado de la fractura. La resina autopolimerizante puede colocarse en el sitio de reparación por medio de uno de los siguientes métodos:

1. Puede colocarse una pequeña porción del polímero en el sitio de la fractura y después colocar una gota de monómero.
2. Puede mojarse un pincel con el monómero, tocar con él el polímero para incorporar un poco de polvo, y aplicar la mezcla al sitio de reparación. En este caso

el material se añade hasta que el sitio se encuentre obturado. Una vez polimerizada se alisa y pulle.

- B. Fractura de un diente. La substitución de un diente fracturado, en la base de resina acrílica requiere que se elimine primeramente los remanentes del diente fracturado. El material de la base se adapta para recibir el nuevo diente, llevando a cabo una preparación en forma de caja dentro de la superficie lingual de la resina. Se elige un diente de forma y color y se adapta en el espacio, manteniéndolo en el lugar adecuado entre los dientes adyacentes, en tanto se introduce resina acrílica, dentro de la preparación.

Se debe tomar impresión con la prótesis en su lugar. Se saca modelo en yeso común (Tipo II), con el fin de que el diente sustituido pueda ser adaptado al proceso del modelo y pueda unirse a la base de la prótesis con resina acrílica autopolimerizante.

- C. Fractura del brazo del gancho. En el caso de fractura del brazo retentivo de un gancho de tipo circular, el método más simple de repararlo es contornear un brazo de alambre forjado y unirlo a la base de la prótesis con resina autopolimerizante. Aún cuando es rápido y sencillo, este método no siempre constituye el más perfecto y puede no ser el mejor mirado desde otros puntos de vista.

- D. Pérdida de un diente pilar. El gancho que ocupaba el lugar del diente pilar perdido debe eliminarse de la prótesis, debe alisarse y pulirse cualquier superficie rugosa causada por la eliminación. En el nuevo diente pilar se prepara un nicho para el descanso y un plano de guía. La prótesis se asienta en la boca, se toma impresión con alginato y se hace vaciado en yeso. Se elabora el gancho para el nuevo pilar (en cera) y se vacía, soldándolo al esqueleto o procesándolo en la resina según lo dicte el diseño de la prótesis.

El diente artificial se adapta dentro del espacio creado, por el diente perdido, y se une a la prótesis con resina acrílica autopolimerizante. La prótesis debe estar en perfecto estado, pues el costo de esta reparación es alto y cabe la posibilidad de una nueva prótesis.

1.3.5.3 Prótesis Total.

Las fracturas de dentadura más comunes son las que se presentan en la línea media de la mandíbula y el maxilar. Sin embargo otros tipos de fracturas son reparados en la misma forma.

Pasos:

Primero que todo debemos unir los fragmentos para determinar ajuste preciso. Si estos no pueden aproximarse, la reparación no será exitosa. La prótesis se sostiene con cera pegajosa y pequeños palillos de madera. Se hace un modelo de yeso después de haber bloqueado las zonas retentivas dentro de la prótesis.

La restauración se retira del modelo y se elimina la cera pegajosa y los palillos.

La preparación para la reparación comienza por la eliminación de 2 a 3 mm. deacrílico de la fractura de la línea media de la prótesis. Se hace un bisel largo y redondeado a cada lado de la abertura de 5 mm. de ancho a lo largo de toda la línea media y hasta la superficie labial.

Se pinta el modelo de yeso con una solución separadora y las dos porciones de la prótesis se colocan nuevamente sobre el modelo. El acrílico para la reparación se aplica humedeciendo los fragmentos por reparar de monómero, y agregando el polímero en polvo y más monómero. Esto se hace en pequeños incrementos hasta cubrir todas las áreas. Deberá procederse con cuidado para evitar la deshidratación del acrílico de reparación antes de que toda la zona haya sido obturada. La prótesis se recorta y pule.

Preparación de dientes Fracturados. Hay que retirar los dientes fracturados, desgastando el acrílico de la cara lingual, sin ir a tocar el acrílico en la cara bucal de la prótesis.

Los nuevos dientes se ajustan en el espacio vacío. El acrílico se aplica con pincen humedecido con monómero.

II - COMPLICACIONES EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Proporcionar amplia información que permita al odontólogo valorar los aspectos de la medicina interna relacionados con el paciente dental.

2.1.2 Preparar al odontólogo para algunos de los problemas médicos comunes en los que se puede ver precisado a intervenir.

2.2 PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

2.2.1 Elaborar buena Historia Clínica

2.2.2 Carro de Urgencias

Todo consultorio debe tener un carro de urgencias donde se transportan todos los elementos necesarios para poder atender cualquier tipo de urgencias. Los medicamentos y equipos apropiados, distribuidos en diversas áreas separadas del consultorio no serán benéficos cuando se dispone de poco tiempo y de escasa ayuda.

El carro debe ser móvil para que se pueda desplazar a cualquier parte del consultorio dental, incluyendo sala de espera.

El carro se cubrirá con un plástico para conservar los instrumentos limpios.

El carro debe contener los siguientes artículos:

- a. Fonendoscopio y tensiómetro.
- b. Solución amoniacal.
- c. Oxígeno.
- d. Mascarilla facial completa.
- e. Equipo para infusión intravenosa
- f. Un frasco de 500 ml. de solución de dextrosa al 5% para infusión intravenosa.
- g. Cánulas bucofaríngeas de diversos tamaños.
- h. Aparato portátil de succión.
- i. Cronómetro.
- j. Forma de control de urgencia y pluma.
- k. Jeringas y agujas de diversos tamaños.
- l. Torundas con alcohol.
- m. Torniquete.
- n. Tela adhesiva.
- o. Medicamentos apropiados.

Cada uno de ellos es necesario para que el equipo de urgencia determine las reacciones funcionales básicas como presión arterial, pulso, para aplicar respiración, para establecer vía di-

recta para la administración de medicamentos.

Oxígeno. Es el elemento más importante para la supervivencia del hombre. Cuando se presenta hipoxia ocurre retención de bióxido de carbono, esto aumenta la acidez de los tejidos y provoca la muerte de las células. Por tanto es importante que en el consultorio dental se cuente con un suministro de oxígeno, para que se utilice en casos de insuficiencia o paro respiratorio.

El medio más eficaz de respiración artificial es suministrar al paciente oxígeno al 100%. La forma más conveniente de almacenar oxígeno al 100% en consultorio dental, es el uso de cilindro tipo E.

2.3 TRASTORNOS URGENTES

En el consultorio dental pueden ocurrir diversas urgencias que tienen diferentes causas y requieren tratamientos diferentes.

2.3.1 Complicaciones Generales

2.3.1.1 Urgencias Circulatorias.

A. Síncope. Es la reacción adversa más común que muestran los pacientes en el consultorio dental. El temor al procedimiento dental produce una reacción en cadena de vasodilatación general y por lo tanto, una disminución en el vo-

lumen de sangre que retorna al corazón. Es debido a stress, es vasovagal.

a. Signos y Síntomas. Lipotimia, sensación de desmayo, debilidad, náusea, pulso débil y sudoración fría, presión arterial disminuída, miócnasis. Si no se aplican de inmediato los procedimientos apropiados puede convulsionar.

b. Tratamiento:

Colocar al paciente en posición de tren de lenburgo, con la cabeza en situación inferior al nivel del corazón, y las piernas a nivel superior. Esto ayudará al retorno de sangre a lado derecho del corazón y evitará el estancamiento de las mismas en las piernas.

Se le afloja la ropa al paciente, administrar oxígeno y succionar secreciones de la cavidad oral.

Administrar solución amoniacal para estimular respiración.

La mayoría de los pacientes reaccionan rápidamente al tratamiento y sus mecanismos funcionales normales pueden evitar que se repita la alteración.

Los pacientes con antecedentes de ataque de síncope en el consultorio dental pueden ser objeto de medicación previa con algún sedante que les alivie la ansiedad.

B. Choque. Es el resultado de un gasto cardíaco insuficiente.

a. Etiología:

a1. Disminución de la capacidad del corazón para impulsar sangre. Ej.: infarto del miocardio.

a2. Por falla en el retorno venoso:

- Vasodilatación generalizada
- Trauma
- Anafilexia
- Fenómeno vasovagal (neurogénico)
- Hemorragia
- Aumento de permeabilidad capilar (infección toxémica).
- Disminución de la presión arterial y oxígeno, hay daño arterial y venoso. Vasodilatación.

a3. Disminución de la calidad de la sangre. Falta de células o transportador para llevar oxígeno.

b. Signos Clínicos:

El paciente parece desangrado, pálido, piel fría y húmeda, inquieto, agitación, intranquilo y confundido.

Respiración rápida y poco profunda. Siente náuseas y sed. Pulso rápido, débil e irregular.

Presión sistólica baja.

c. Tratamiento:

El tratamiento básico es aumentar gasto cardíaco, administrar oxígeno, y para eso hay que determinar la causa:

Hemorrágico. Oxígeno, transfusiones y vasopresores.

Deshidratación. Oxígeno, solución electrolítica.

Quemaduras. Administrar plasma.

Anafiláctico. Adrenalina intravenosa, antihistáminico y corticoides.

Se registraran la presión arterial y el pulso a intervalos repetidos para poder buscar una valoración precisa de la intensidad del choque. Es básico establecer una vía intravenosa para administrar medicamentos y líquidos.

Deben administrarse medicamentos para mejorar la hipotensión arterial persistente y lograr que la sangre fluya al encéfalo y a otros órganos vitales.

C. Coma. Estado de inconciencia prolongado.

D. Paro cardíaco. El flujo sanguíneo cesa repentinamente.

Puede presentarse como fenómeno tardío del choque o por

sí solo sin que haya existido trastorno previo.

a. Etiología:

a1. Reacciones alérgicas a medicamentos.

a2. Susceptibilidad a la anestesia.

a3. Ataque cardíaco.

a4. Asfixia.

a5. Choque eléctrico

La determinación del paro cardíaco radica en la presencia o no de pulso palpable.

Se debe observar si la respiración y pulso están ausentes. Inspeccionar las pupilas, estas se dilatan y evidencian la necesidad de reestablecer la circulación sanguínea y ventilación del paciente.

La ausencia de respiración y latido cardíaco son signos de muerte clínica, donde transcurren 4 a 6 minutos sin pulso y sin respiración, para que un número suficiente de células nerviosas se deterioren y produzcan la muerte biológica.

El lapso de tiempo entre la muerte clínica y biológica, aproximadamente de 4 a 6 minutos, es el período disponible para proporcionar tratamiento vigente en la forma de resucitación cardiopulmonar.

b. Tratamiento:

b1. Prevenir la muerte biológica.

b2. Proporcionar ventilación artificial. Puede hacerse de varias formas:

- Respiración boca a boca. El operador exhala el aire de sus pulmones hacia los pulmones del paciente.
- Pasos:
 - . Extraer de la boca cualquier obstrucción como dentaduras, dientes fracturados, amalgama o saliva abundante.
 - . Inclinar hacia atrás la cabeza del paciente colocando una mano sobre su frente y otra abajo del cuello.
 - . Apretar las fosas nasales con los dedos, colocar boca de operador en la del paciente.
 - . Soplar con intensidad suficiente para que se expanda el tórax del paciente. Entre las exhalaciones se debe apartar la boca para que se pueda inspirar aire fresco. Debe hacerse 12 veces por minuto.

- Respiración boca-naríz. Se hace cuando hay trismus o espasmos de los músculos mandibulares. Además si el paciente no tiene dientes y no se dispone de cánula bucal.

Pasos:

- . La cabeza del paciente se coloca en la misma posición y la mano que estaba atrás del cuello se lleva al mentón para cerrar la boca, de manera que no escape aire durante la inflación a través de la naríz.
 - . Luego se hace lo mismo que la resucitación boca a boca.
- Administrar oxígeno con mascarilla o cateter nasal.
3. Circulación artificial. Si hemos tenido éxito en la ventilación adecuada de los pulmones, debemos ahora hacer circular el oxígeno a los órganos vitales del cuerpo. Esto se lleva a cabo mediante el masaje cardíaco: consiste en comprimir el corazón a través de la parte anterior del esternón. Al comprimirlo se establece una acción de bomba cardíaca y mantenerse la circulación artificial debido a que el esternón se adhiere a

las costillas mediante cartílago que le da cierta elasticidad al mismo.

Siempre debe utilizarse un respaldo sólido, independientemente de donde se realice el procedimiento. Si es posible es mejor colocar al paciente en posición supina en el piso.

Pasos:

- Debe colocarse el talón de la mano sobre el extremo del esternón óseo que se encuentra inmediatamente arriba del apéndice xifoides. El brazo izquierdo del operador debe estar recto y estirado por completo.
- Los dedos del operador deben estar paralelos a las costillas pero sin tocarlas.
- Luego se coloca la mano derecha en la misma posición sobre la izquierda y se puede iniciar la compresión.
- El asistente debe mantener los brazos rígidos y extendidos moviéndose hacia adelante, de manera que todo el peso del cuerpo se apoye sobre el esternón del paciente.

Esto comprime el corazón subyacente contra la columna vertebral y expulsa la san-

gre del ventrículo izquierdo hacia la -
circulación general y la del ventrículo
derecho hacia los pulmones.

Después rápidamente se deja de compri-
mir para permitir que la elasticidad de
la pared torácica expanda una vez más el
tórax.

En este momento el ventrículo derecho se
llena de sangre venosa de los vasos peri-
féricos y el ventrículo izquierdo se llena
de sangre oxigenada proveniente de los
pulmones.

- . Se repite con frecuencia de 60 compresio-
nes por minuto con el objeto de hacer cir-
cular al encéfalo un volumen suficiente de
sangre.

2.3.1.2 Urgencias Cardíacas

A. Angina de Pecho.

Dolor agudo y opresivo en la región precordial que puede
irradiar hacia el hombro y brazo izquierdo. El dolor es
desencadenado por el ejercicio y aliviado por el reposo.

- a. Etiología. Una de las causas, es cuando las arterias
coronarias que irrigan el corazón, se estrechan por
la formación de depósitos grasos en el interior de sus

paredes, produciendo arteroesclerosis. Se desencadena por insuficiencia de oxígeno.

b. Tratamiento:

b1. Reconocimiento de tipo de dolor característico de este procedimiento.

b2. Suspender todo tratamiento dental en proceso.

b3. Suministrar oxígeno.

b4. Dejar en reposo al paciente.

b5. Nitroglicerina.

b6. Dar de alta al paciente cuando haya cesado el dolor.

c. Si se sabe que el paciente sufre de angina de pecho se deben tomar medidas antes de someterlo al tratamiento dental:

c1. Dar tranquilizantes antes de la cita.

c2. Prohibirle fumar 48 horas antes de la cita, porque se dificulta oxigenación adecuada de la sangre.

c3. Dar la cita a media mañana o media tarde pues los alimentos abundantes pueden producir dolor de angina de pecho.

c4. Dar nitroglicerina poco antes de la intervención.

B. Infarto del Miocardio

Trastorno resultante de una oclusión completa de una de las arterias coronarias, lo cual produce muerte de una porción del miocardio.

a. Signos y Síntomas. Dolor subesternal prolongado, opresivo, intensísimo y constante.

a1. El dolor puede acompañarse de disnea y cianosis.

a2. Disminución del gasto cardíaco.

a3. Edema pulmonar.

a4. Fibrilación ventricular.

a5. Rotura del corazón.

b. Tratamiento:

b1. Poner cómodo al paciente.

b2. Administrar oxígeno.

b3. Llamar al médico.

Es necesario transportar al paciente al hospital para controlar los problemas secundarios del infarto.

2.3.1.3 Trastornos Convulsivos

Ataques epilépticos pueden presentarse en el consultorio dental.

Las formas clínicas de epilepsia se pueden dividir en mayores y menores.

- A. Ataques de epilepsia Mayores. Llamados también gran mal. Son trastornos generalizados que afectan la porción encefálica encargada del movimiento del cuerpo, la corteza motora.

Se caracteriza por pérdida de conciencia y movimientos rígidos de las extremidades.

Habitualmente una epilepsia mayor es autolimitada y el paciente se recupera antes de podersele dar tratamiento. Sin embargo puede ocurrir el trastorno conocido como estado epiléptico, que consiste en una recurrencia continua de convulsiones sin recuperación de la conciencia.

Este trastorno se puede controlar administrando medicamentos antes que ocurra la lesión encefálica grave.

- B. Ataques de epilepsia Menor. Pequeño mal.

Hay períodos de inactividad del paciente. El paciente muestra mirada en blanco y posiblemente no haga ningún movimiento o solo movimientos rítmicos menores. Estos ataques se limitan a 30 segundos y principalmente da en niños de 4 a 12 años.

C. Tratamientos.

Medicamentos: Fenobarbital, dilantin, que reducen la actividad de las zonas lesionadas del encéfalo, en las cuales se originan los estímulos anormales.

Tratamiento en el consultorio dental. Mantener vía aérea permeable, succionando las secreciones bucales y colocando entre sus dientes una sonda o varios abrelenguas para evitar lesionar la lengua.

Administración de oxígeno y aflojar la ropa apretada.

2.3.1.4 Reacción Alérgica . Puede ser considerada como complicación general o local.

En odontología es frecuente usar tratamiento medicamentoso como ayuda al tratamiento dental.

Analgésicos, antibióticos, sedantes, anestésicos locales, son importantes en el tratamiento dental.

El uso de cualquier medicamento indica el riesgo de producir alergia medicamentosa, lo cual puede ser de riesgo mínimo o poner en peligro la vida del paciente por choque.

Alergia medicamentosa puede ser definida como trastorno que ocurre cuando el paciente se ha vuelto hipersensible a un medicamento al que ha tenido exposición previa. A la exposición repetida a un medicamento ocurre una reacción antígeno-anticuerpo.

Es una reacción alérgica, el medicamento actúa como antígeno y prepara a las células específicas del cuerpo para una reacción futura. Estas son llamadas células blancas. El antígeno estimula producción de sustancias conocidas como anticuerpos. Los anticuerpos pueden combinarse con antígeno en las células blancas.

Esta reacción entre antígeno anticuerpo produce destrucción de la célula blanca con liberación de sustancias como la histamina y bradicina. La histamina produce el edema hístico y el prurito que se observa en algunas reacciones alérgicas de la piel.

A. Clasificación. Las reacciones pueden ser:

a. Inmediatas. Se presentan minutos o pocas horas después de la exposición al medicamento.

a1. Se denomina anofilexia y puede dividirse en:

- Cutánea. Produce prurito.
- Respiratoria. Produce broncoespasmo, edema laríngeo.
- Vascular. Hay colapso vascular y choque irreversible.

a2. Signos y Síntomas. Náusea, desmayo, sudoración, urticaria, prurito, hinchazón, edema angioneurótico, disnea, cianosis, taquicardia, insuficiencia vascular.

- b. Retardadas. Ocurren 36 a 48 horas después de la administración medicamentosa.

Clínicamente hay exantema cutáneo.

B. Pruebas para Alérgia. Subcutánea, sublingual.

Prueba de Penicilina. Se coloca gota de penicilina diluída (1000 unidades por ml.) sobre el antebrazo tratando de no provocar salida de sangre. Si la reacción es positiva, se producirá roncha con ampolla o sin ella, dentro de los 15 minutos iniciales. Frente a la más mínima reacción sistémica coloque un torniquete en zona proximal al sitio de la prueba, e inyecte 0.1 ml. de adrenalina en la misma región.

Las pruebas en mucosa son similares a las cutáneas pero más peligrosas porque la absorción es más rápida y por la imposibilidad de colocar torniquete ante una reacción sistémica.

C. Las reacciones alérgicas más comunes son:

- a. Edema Angioneurótico. Por Aspirina.

La aspirina aunque es alergénica, pocas veces produce alérgia.

Si hay alérgia a la droga se presenta con asma y ede-

ma angioneurótico. Este último se presenta como edema bien circunscrito y localizado.

Las manifestaciones son sobre labios, párpados, lengua, glotis, bronquios. Puede obstruir las vías aéreas. Las manifestaciones labiales se pueden confundir con absceso periapical dental.

b. Penicilina y shock anafiláctico.

Es el medicamento que más a menudo puede producir alérgias. Se cita como la causa de 80% de todas las reacciones producidas por antibióticos que ponen en peligro la vida.

b1. Manifestaciones clínicas. Urticaria que comienza por las palmas de las manos, planta de los pies y cuero cabelludo, erupciones y eritemas; edema angioneurótico en el aparato respiratorio, colápsos. Puede llegar a producirse shock anafiláctico.

Shock anafiláctico. Caída fatal de la presión sanguínea, que obliga a tratamiento inmediato.

b2. Tratamiento:

- Mantenimiento de vías aéreas permeables: la obstrucción de los bronquios debido a broncoespasmos, requiere administración de bronco

dilatador como epinefrina y aminofilina para permitir ventilación adecuada de los pulmones.

- Sosténimiento de la circulación. Vigilancia constante de pulso y presión arterial. El paciente debe colocarse en posición de Trendelenburg. Si la posición del paciente no alivia el problema de hipotensión, se deben colocar medicamentos para elevarla. Se debe administrar adrenalina por:
 - Antihistamínico
 - Broncodilatador
 - Vasoconstrictor.
- Tratamiento Medicamentoso para neutralizar el alérgeno.
 - . Antihistamínicos. Benadryl, dimetane, clorotrimaton. Antagonizan la acción de histamina durante la reacción alérgica.
 - . Corticosteroides. Actúan sobre el sistema vascular. Una dosis intramuscular o intravenosa de cortisona sintética, reforzará la concentración normal de cortisona secretada por la glándula suprarrenal y ayudará a mantener la estabilidad durante las siguientes 12 a 24 horas.

Las reacciones alérgicas agudas pueden ocau

sionar paro cardíaco y hacer necesario iniciar la resucitación cardiopulmonar.

c. Reacciones al Anestésico Local

El diagnóstico de las reacciones alérgicas producidas por anestésicos locales se complica más por el hecho de que la boca es una zona importante desde el punto de vista psíquico, y por tanto puede disimular muchos de los episodios emocionales del síncope. Como el síncope implica un desequilibrio del sistema vascular periférico, no es posible diferenciarlo en un principio de otros trastornos periféricos de origen no tóxicos.

c1. Reacciones Alérgicas

- Shock anafilático.
- Edema angioneurótico, urticaria y asma. El tratamiento a seguir:
 - . En reacciones leves se administra antihistamínico cada 4 horas, por vía oral.
 - . En reacciones severas se inyectan 0.5 ml. de epinefrina al 1:1000, subcutánea, seguida de administración de antihistamínico - cada 4 horas.

c2. Reacciones Tóxicas

- Diagnóstico. Ansiedad, inquietud, locuacidad, taquicardia, aumento de respiración, temblor, vómito, náusea, convulsiones. Luego se produce depresión medular, pérdida de conciencia, caída de presión sanguínea, falla respiratoria. Puede presentarse colapso cardiovascular.
- Tratamiento:
 - . Si la sintomatología es leve se acuesta el paciente, se le suministra oxígeno.
 - . Controlar pulso, respiración, presión.
 - . La droga se incrementa lentamente de 0.5 a 1 ml., usando lo necesario para controlar la excesiva actividad muscular.

Esto si hay convulsiones o temblor, dando barbitúrico intravenoso de acción rápida.

 - . En la fase de depresión el paciente se mantiene acostado con las piernas ligeramente elevadas, para facilitar la circulación cerebral.
 - . Administrar oxígeno.

- . Si la presión sanguínea no mejora con la oxigenación adecuada se debe administrar 5 a 10 mg. de Vasoxul Methoxamine, Hydrochloride, por vía intravenosa.

c3. Reacciones de hipersensibilidad. Tratamiento similar al de reacciones tóxicas.

c4. Mala Técnica:

- Inyectar el anestésico local en el músculo pterigoideo interno, provoca trismos. El tratamiento es administrar calor y miorelajantes.
- Inyectar el anestésico en la glándula parótida provoca parálisis facial pasajera. El tratamiento es administrar calor y tranquilidad al paciente.
- Inyectar el anestésico en zona baja retromolar provoca anestesia del plexo faríngeo lo cual angustia al paciente, que siente anestesiada la garganta y se asfixia. El tratamiento es sentar al paciente, explicarle la situación y darle tragos pequeños de agua para que confirme que puede respirar y que la garganta no está obstruida.
- Colocar anestesia en una arteria produce is-

quemia de toda la región periférica inervada.
La colocación de anestesia en una vena produce hematoma.

d. Estimulación o convulsiones recurrentes

Si en el transcurso de una reacción alérgica sobreviene considerable estimulación o convulsiones recurrentes, hay que orientar la atención al aparato cardiorrespiratorio. Si éstas continúan se puede recurrir a un barbitúrico de acción corta o ultracorta, o bien al - Diazepan (valium) para controlar las convulsiones. Se debe dar el sedante por vía intravenosa en pequeños incrementos de droga. Se dan 500 mg. por ml. de pentobarbital o escorbital.

e. Vómitos

Se debe eliminar el material regurgitado de la boca y farínge.

Se coloca el paciente en decúbito ventral, bajando los hombros y la cabeza por debajo de la línea de la cintura.

Mantener abierta la boca, elevando la frente al paciente.

2.3.2 Complicaciones Locales

2.3.2.1 Aguja Rotas. Sucede raras veces.

Hay pocas pruebas que las agujas rotas migren, suelen quedar aprisionadas in situ por el tejido cicatrizal que se forma rápidamente en torno. Cuando se rompe una aguja hay que pensar si es posible retirarla enseguida.

Si está superficial y se localiza fácilmente con el examen clínico y radiográfico, por lo general un cirujano competente puede extraerla. Si el intento de retirar la aguja fracasa el cirujano debe dejar la aguja donde está.

Si la aguja se rompe en tejidos profundos o si es difícil localizarla, hay que pensar en dejarla sin intentar siquiera su remoción.

Los cuerpos extraños metálicos con excepción de los que se alojan en el ojo y corazón, no son nocivos y se deben dejar en su sitio.

Para evitar roturas de agujas se debe:

- a. Usar aguja desechable por lo menos calibre 25 y 30 mm. de longitud.
- b. No introducir la aguja hasta el cono.
- c. No se debe reorientar la aguja luego de introducida.

Cuando se rompe la aguja:

- a. No se asuste, conserve la calma.

- b. Dígale al paciente que no se mueva y usted no le saque la mano de la boca. Manténgale la boca abierta.
- c. Observe si el fragmento asoma, y en este caso extraígallo con pinza algodónera.

Si el fragmento se pierde:

- c1. No haga ninguna incisión, no insista.
- c2. Dígale al paciente lo sucedido, con calma, disipe temores y aprensión.
- c3. Anote el incidente en el registro.
- c4. Envíe al paciente a consulta con un cirujano oral.

2.3.2.2 Instrumentos Rotos. Lo mismo que las agujas rotas.

Si el fragmento es grande y se localiza con facilidad hay que extraerlo. Pero si es pequeño y se ha desplazado, se deja donde está.

Hay que explicar lo sucedido al paciente.

2.3.2.3 Lesiones de los nervios y vasos sanguíneos.

- A. Lesiones de los nervios. Las intervenciones quirúrgicas en la boca pueden lesionar los nervios de la cara y cavidad oral. Los más afectados son los nervios dentarios inferior, lingual y mentonero.

Etiología:

- El uso imprudente de curetas y elevadores a la extracción de raíces profundas.
- Las raíces del tercer molar pueden desarrollarse y crecer alrededor del dentario inferior, de manera que éste pueda resultar lesionado durante la extracción.
- Las lesiones del nervio mentonero se producen por el uso imprudente de instrumentos en la región próxima al agujero mentoniano.
- Nervio lingual puede ser dañado durante intervenciones a nivel del tercer molar inferior o de la glándula submaxilar.

B. Lesión de Vasos Sanguíneos. Afortunadamente los vasos son pequeños y las hemorragias se controlan con compresión. Sin embargo si hay hemorragia en un vaso de mayor calibre, se hace ligadura.

2.3.2.4 Aspiración o deglución de cuerpos extraños

Los objetos implicados con mayor frecuencia son los dientes, sin embargo cualquier cuerpo puede ser aspirado y deglutido (raíces, prótesis, coronas, gasas, limas, etc.).

Deben tomarse precauciones para evitar la aspiración de objetos. Se aconseja tapar la garganta con una gasa; una vez el ob-

jeto ha caído en la garganta el paciente toserá, si no lo expulsa se debe inclinar el cuerpo del enfermo hacia adelante, con la cabeza hacia abajo y entre las piernas para facilitar la salida del cuerpo extraño. Si el intento resulta en vano, se debe visualizar la farínge y extraer el objeto con los dedos o instrumentos adecuados. Los cuerpos pueden alojarse en la farínge y obstruir la respiración, produciendo cianosis, disnea, estridor laríngeo, asfixia, síncope. Si esto ocurre el operador debe tomar la lengua del paciente, y tirarla hacia adelante despejando la farínge por medio de los dedos, instrumentos o una aspiración.

Si con ello no logra aliviar la obstrucción, debe crear sin demora una vía aérea de urgencia.

Superada esta emergencia, el paciente debe ser tratado por el especialista.

Si el objeto ha pasado a aparato digestivo. Si el objeto es instrumento de endodoncia, una aguja o restos de una aguja desechable, o cualquier fresa larga o instrumento que pueda producir perforación intestinal debido al peristaltismo gástrico, se tomarán radiografías abdominales cada 20 a 30 minutos con el fin de controlar el recorrido del instrumento en el aparato digestivo. Es necesario estar atento a la sintomatología del paciente, por lo menos 12 horas a nivel hospitalario.

Si el objeto ha pasado a vía respiratoria, debe ser enviado a especialista.

2.3.2.5 Hemorragias dentarias.

A. Tipos de Hemorragia:

- a. Proveniente de capilares, arteriales y vénulas. Puede ser primario o secundario y se produce espontáneamente por traumatismos diversos, incluyendo el quirúrgico. Generalmente es moderada o leve y no causa problemas a menos que se prolongue mucho. Puede resultar de alteraciones en el mecanismo de coagulación de tipo adquirido o congénito, o de la acción de drogas.
- b. Intervienen los vasos mayores, tanto arterias como venas. La hemorragia puede ser primaria o secundaria y es debida a accidentes o traumatismos quirúrgicos.

La pérdida de sangre es siempre seria y puede ser grave si no se trata inmediatamente.

La hemorragia puede producirse en tejidos blandos, hueso, boca o fuera de ella.

B. Tratamiento:

a. General

a1. Transfusión de sangre total.

- a2. Plasma. Establece la volemia en casos de gran pérdida sanguínea.
- a3. Expansores de plasma. Restablecen la volemia.
- a4. Fibrinógeno. Se usa en hemofílicos.
- a5. Vitamina K. Promueve la síntesis hepática de protrombina.
- a6. Vitamina C. Mantiene integridad capilar.
- a7. Estrógenos. En mujeres para controlar hemorragia capilar o mecánica. Se usa en tratamientos de epístaxis y hemorragias gastrointestinales.
- a8. Adrenosén, Kutapresión, Loagamin. Controlan hemorragia capilar.

b. Local

- b1. Adrenalina. Tópicamente mediante gasa o algodón, 1:1000 o en infección de 1:50.000. La adrenalina detiene rápidamente la hemorragia y hace que se forme un buen tapón mecánico en la luz del vaso.
- b2. Solución de Monsel. Topificaciones con subsulfato férrico precipitan proteínas y pueden utilizarse en zonas de hemorragia capilar.
- b3. Trombina. Actúa como agente hemostático en pre

sencia de fibrinógeno plasmático.

- b4. Veneno de víbora Russell. Vienen en ampollas de 5 ml., es un preparado de tromboplastina que se aplica en forma similar a los anteriores y promueve formación del coágulo sanguíneo.
- b5. Acido Tónico. Envuelto en un saquito de té, precipita proteínas y favorece formación de coágulo. Se aplica haciendo morder el saquito durante 5 minutos. No se debe permitir acúmulo de saliva.
- b6. Espuma de gelatina. Gelfoam: se reabsorbe de 4 a 6 semanas, destruye la integridad plaquetaria para establecer una trama de fibrina sobre la cual se produce un coágulo firme.
- b7. Celulosa oxidada. Oxycel: esta sustancia libera ácido celulósico que tiene gran afinidad con la hemoglobina y dá origen a un coágulo artificial. Se reabsorbe en 6 semanas. No debe usarse sobre epitelio (por ser muy ácido).
- b8. Celulosa oxidada y regenerada. Surgical: es resistente la almohadilla de gasa, se adhiere más que la anterior, no inhibe epitelización. Se puede usar sobre superficies epiteliales.
- b9. Hielo. Aplicación local de hielo con intervalos de 5 minutos durante las primeras cuatro horas.

b10. Electrocauterización. Hay dos procedimientos:

1. Indirecto: se toma el vaso con pinza hemostática y se le toca con el instrumento eléctrico.
2. Cauterizar directamente los pequeños vasos que sangran, lo cual coagulan la sangre y las proteínas de la zona y detiene la hemorragia en los sitios más vascularizados.

c. Procedimientos Mecánicos. Aplicación de cualquier tipo de fuerzas capaz de contrarrestar la presión hidrostática del vaso sangrante, hasta tanto se haya formado un coágulo:

- c1. Compresión. La hemorragia puede controlarse haciendo morder una gasa o esponja seca colocada directamente sobre la zona sangrante.
- c2. Taponamiento del alvéolo. Taponar la cavidad a presión con esponjilla o gasa para que la tensión intraalveolar detenga la hemorragia.
- c3. Tablilla protectora. Antes de la cirugía fabricar una tablilla protectora capaz de ser sujeta con alambre y mantenida fija en la zona operatoria.

El método facilita una compresión continua sobre la región hemorrágica y permite estabilizar los tejidos, lo cual impide la recurrencia de la hemo-

rragia durante los movimientos de masticación y deglución.

- c5. Ligaduras y suturas. Ligaduras profundas con catgut o nylon para heridas superficiales.

Siempre que sea posible usar agujas atraumáticas.

- c6. Cera para huesos y otros. A veces debe recurrirse a cera para huesos, u otra sustancia rígida que ocluye el orificio hasta que se produzca la coagulación.

- c7. Sacabocados. El uso de este instrumento con el fin de machacar el orificio de un canal, es frecuentemente el único medio de detener una hemorragia intraósea.

"Para todo tratamiento quirúrgico odontológico se deben exigir como mínimo los dos tiempos parciales, el de protrombina y tranboplastina para evaluar los dos mecanismos de la coagulación, intrínsecos y extrínsecos.

Los antecedentes de salud son muy importantes puesto que por ejemplo hay un sangrador que presenta todos los exámenes de evaluación hemorrágica normales y sin embargo le falta el factor XII o de Von Willebrand".

C. Manejo de problemas específicos:

- a. Hemofilia. Enfermedad transmitida por un gen específico ligado al sexo, aparece en el hombre pero es transmitido por la mujer.

Antes de alguna intervención debe hacerse una cuidadosa evaluación hematológica, administrando transfusiones, fibrinógeno, y concentrados de factor VIII en cantidad suficiente. La cirugía debe ser corta y conservadora, evitando al mínimo las posibilidades de hemorragia.

Las intervenciones odontológicas en hemofílicos deben realizarse en centros especializados que posean la experiencia y los medios adecuados para prevenir y controlar la hemorragia.

Antes y después de la intervención se debe trabajar en estrecha colaboración con el hematólogo y el médico tratante.

- b. Hipertensión. Desde el punto de vista dental es importante identificar al paciente hipertenso no diagnosticado.

Si durante la historia o la exploración clínica se descubren signos o síntomas de hipertensión, el odontólogo está obligado a medirla. Si la presión es alta de-

be aconsejar al paciente que consulte con su médico antes de iniciar el tratamiento dental. El paciente hipertenso no compensado, constituye un mayor riesgo operatorio pudiendo presentar hemorragia tras una intervención de cirugía menor. Así mismo, en un individuo hipertenso no compensado, el tratamiento dental puede precipitar un accidente cerebrovascular o un infarto del miocardio.

Los fármacos hipotensores presentan diversos efectos colaterales, entre ellos la predisposición a la hipotensión ortostática y mayor sensibilidad a la acción de los barbitúricos.

Las consultas dentales de los hipertensos, compensados han de ser lo más cortas posible y exentas de ansiedad.

Es aconsejable la premedicación con barbitúricos.

- c. Fiebre Reumática. La etiología está relacionada con hipersensibilización indirecta surgida tras una infección por estreptococos.

Tratamiento dental. Cuando se produce la cicatrización de las válvulas cardíacas después de la fase aguda de la fiebre reumática, las lesiones valvulares - constituyen un buen terreno para la instalación y el

desarrollo de las bacterias durante las bacteremias.

La colonización de bacterias en la válvula cardíaca alterada origina la endocarditis bacteriana.

El odontólogo tiene que identificar a los pacientes que han padecido fiebre reumática, con el fin de protegerlos con antibióticos de la bacteremia que se produce a consecuencia de intervenciones dentales.

La penicilina es el mejor fármaco para la cobertura antibiótica profiláctica. Se recomienda administración por vía oral de 500.000 unidades, cuatro veces al día, comenzando el día anterior a la intervención y continuando dos días más. Una hora antes de la intervención debe administrarse una dosis extra.

Los pacientes alérgicos a la penicilina deberán sustituirla por eritromicina.

- d. Diabetes Mellitus. Un diabético no compensando con una infección oral aguda plantea un difícil problema de tratamiento. La infección oral deberá tratarse para compensar el estado diabético.

Se ha de recoger material de la zona infectada para efectuar cultivos bacterianos y pruebas de sensibil-

dad a los antibióticos y se debe administrar al paciente un antibiótico como la penicilina. Una vez se tengan los resultados del antibiograma se administrará el antibiótico específico el cual sea más sensible al agente infeccioso. En caso de no poderse realizar antibiograma, el antibiótico de elección será la penicilina.

Incluso el diabético compensado con insulina puede causar preocupaciones serias al odontólogo.

Todo diabético con infección oral requiere aumento de la dosis de insulina para compensar su diabetes.

Otro problema con el cual puede tropezar el odontólogo, es con el Shock Insulínico. Aunque el diabético rara vez olvida sus dosis de insulina, es frecuente que no desayune si tiene cita por la mañana con el odontólogo. Debido a la presencia de exceso de insulina, puede sufrir una hipoglucemia que provoque incluso un shock insulínico, que se combatirá administrando alguna forma de carbohidratos, por ejemplo zumo de naranja azucarado.

Para tratamiento de urgencia de la dosis excesiva de insulina puede utilizarse también el glucagón.

- e. Anemia. Es la disminución de capacidad de transporte de oxígeno por parte de la sangre, estado debido

con mucha frecuencia a la disminución del número de glóbulos rojos circundantes.

Tratamiento dental. Hay que determinar la etiología de la anemia para poder tratar rápidamente la enfermedad primaria. A excepción de las urgencias, deben retrasarse todos los tratamientos dentales hasta aclarar la etiología de la anemia y el médico haya ordenado el tratamiento pertinente.

- f. Cáncer Oral. Antes de realizar ninguna intervención dental en tales pacientes, ha de consultarse con el médico o el terapeuta del cáncer que ha tratado al paciente por si proporciona alguna información que incluya sobre la conducta que haya que seguir. Al mismo tiempo se puede informar al médico acerca del tratamiento que se ha de aplicar al paciente.

La medida más importante de cuidado oral en el pa - ciente del cáncer de la boca tratado es el mantenimiento de una buena higiene oral. La mucosa oral de los pacientes tratados, es una mucosa alterada, ha disminuído su vascularización, su tono y capacidad para responder a la irritación. Desde este punto de vista es esencial que se eliminen todas las causas reales o en potencia de irritación y que la boca se mantenga lo más limpia posible. Desde luego el paciente es quien tiene la responsabilidad principal de mantener una buena higiene oral, pero el odontólogo debe supervisar periódicamente sus esfuerzos.

- g. Otras discrasias sanguíneas. En pacientes con cualquier discrasia sanguínea, deben efectuarse los estudios de laboratorio necesario y tomar las medidas preoperatorias adecuadas después de la consulta con el médico tratante.

2.3.2.6 Interacción con drogas

Hay que determinar qué droga se encuentra tomando el paciente para evitar la posibilidad de establecer interacción de consecuencias graves. Ejemplos:

- a. Analgésicos como los Salicilatos.
 - Potencian los anticoagulantes.
 - Aumentan el efecto hipoglucémico de las sulfonamidas.
 - Aumentan efecto anticonvulsivante del Dilantín.
- b. Analgésicos Narcóticos. Potencializa la sedación y la depresión respiratoria de las fenoticias (tranquilizantes). Igual sucede con los inhibidores de la MAO.
- c. Mepiridina (Demerol). Aumenta los efectos depresores.
- d. Simpaticomiméticos no deben ser utilizados simultáneamente con inhibidores de la MAO o con antidepresores trícíclicos porque aumentan la actividad de estas drogas.

- e. Los antiácidos hacen insoluble la penicilina y por tanto reducen su absorción. Igualmente actúa la leche con las tetraciclinas y lincomicinas.

Además hay que considerar los trastornos que pueda - presentar el paciente. Ejemplo:

Con glaucoma no se puede suministrar anticolinérgicos (para disminuir el flujo salivar, por Ej. Atropina), porque puede aumentar la presión del líquido intraocular.

Para prevenir interacciones con tratamiento de pacientes controlados médicamente, diabéticos, hipertensos, epilépticos, con problemas cardiovasculares, etc., se debe coordinar con el médico tratante para evitar producir una sobredosificación o anulación de la droga que está debidamente dosificada.

2.3.2.7 Otras complicaciones

Lesiones de los tejidos blandos

La pérdida de control de los instrumentos produce a veces laceraciones, desgarramiento u otras en los tejidos.

Los elevadores o forceps pueden resbalar en las superficies de los dientes y dañar los tejidos del labio, mejillas, lengua, piso de boca o paladar.

Durante la exodoncia puede producirse fractura del hueso adyacente al diente, con desgarramiento de la mucosa. Además los discos y otros instrumentos rotatorios pueden resbalar accidentalmente y lesionar los tejidos blandos adyacentes.

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.

- a. Desgarramiento de la mucosa. Estas heridas deben tratarse inmediatamente, en la mayoría de los casos se procede a suturar sin desbridamiento. La hemorragia se controla generalmente por compresión, - aunque a veces es necesario ligar los vasos principales o los sitios que sangran.
- b. Heridas profundas de los tejidos blandos. La ruptura de vasos importantes ocasionan hemorragias. Hay que conseguir la hemostasis. Luego se debe suturar 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.
- c. Quemaduras térmicas. Pueden producirse con los instrumentos calientes o rotatorios. Generalmente no requieren tratamiento.
- d. Heridas punzantes. Se puede producir por punción acci_

dental con instrumentos usados por el odontólogo. A veces hay perforaciones completas cuando la le sión afecta los labios, mejillas y paladar blando.

El tratamiento consiste en explorar la herida para que no queden cuerpos extraños, lavarla con anti-séptico y dejarla que cicatrize.

CONCLUSIONES

1. Como esta es una recopilación bibliográfica que ojalá pueda servir de consulta, actualizamos en lo posible tanto los diagnósticos como los tratamientos de acuerdo a los conceptos vigentes en la facultad.
2. Para el tratamiento de urgencia siempre se escogerá la conducta menos lesiva, la menos dolorosa, pero de todas maneras la más efectiva.
3. El tratamiento de la cavidad oral debe estar relacionado con el resto del organismo, tanto en salud como en la enfermedad debe dirigirse la atención sobre el paciente como un todo, más que sobre la boca como entidad aislada.
4. El uso de los exámenes de laboratorio clínico debe realizarse, para descubrir enfermedades que repercuten sobre el estado de la boca o sobre la salud general.
5. En enfermedades específicas debe tratarse el paciente conjuntamente con el médico. La interconsulta puede evitar muchas complicaciones.
6. Las urgencias más comunes a nivel de facultad son las endodónticas y periodontales.

7. A nivel hospitalario las urgencias quirúrgicas son las más frecuentes.
8. Hay que evitar al máximo accidentes causados por imprudencias del odontólogo. Es conocido de todos los medios odontológicos la gran iatrogenia existentes actualmente.
9. Todo odontólogo debe tener conocimientos sobre como tratar las complicaciones que pueden presentarse en el consultorio.
10. En la práctica diaria el odontólogo debe tener presente los principios de ética profesional.

Siempre se practicará el tratamiento ideal, de lo contrario el mejor que se adecúe a los medios económicos del paciente.

11. Como experiencia saludable concluimos que los textos clásicos no coinciden unos con otros en los diagnósticos y tratamientos y comparativamente con los conceptos del colegio creemos que tenemos un buen nivel académico.

INDICE DE DIAPOSITIVAS

1. Historia Clínica de Urgencias.
2. Asimetría facial por absceso dentoalveolar agudo.
- 3 y 4 Aspecto Radiográfico de absceso crónico.
5. Aspecto clínico de absceso crónico: Fístula.
- 6 y 7 Raíces abandonadas.
8. Raíces abandonadas con abscesos crónicos.
9. Pólipo pular.
- 10 y 11 Procedimientos quirúrgicos para el cierre de comunicación oroantral.
12. Clasificación de fracturas dentales.
- 13 y 14 Fracturas coronales.
15. Fractura Radicular en tercio cervical.
- 16, 17 Fractura Radicular en tercio medio.
y 18
19. Fractura radicular en tercio apical.
20. Férula de Rissdon
- 21 y 22 Férula de Erick

- 23 y 24 Férula de Essing
25. Aspecto Radiográfico de absceso periodontal con compromiso pulpar.
- 26 y 27 Cemento cervical expuesto por retracción gingival.
- 28 Hiperplasia gingival localizada (pólipo gingival).
- 29, 30 y 31 Pericoronitis.
- 32 GUNA.
- 33 GUNA: Papila interdental socavada típica entre el canino inferior y el incisivo lateral.
- 34 GUNA: lesión progresiva con destrucción progresiva del tejido.
- 35 GUNA: lesión típica con hemorragia gingival espontánea.
- 36 GUNA: lesión típica que provocó contorno irregular de la encía.
- 37 Gingivostomatitis herpética aguda: eritema difuso típico.
- 38 Gingivostomatitis herpética aguda: lesiones vesiculares gingivales.
- 39 Subluxación de ATM: el cóndilo mandibular se encuentra por delante de la cavidad glenoides.
- 40 Técnica para reducir luxaciones de ATM.
- 41 y 42 Caída de frentes estéticos.

43,44, 45 Iatrogenia. Fractura de instrumento endodóntico en
conducto radicular.

46 y 47 Iatrogenia. Perforaciones radiculares.

T.O 0037 1986
Trabajo de Grado
Ejemplar I



T0037