

00377

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

URGENCIAS ODONTOLOGICAS

Presentado por:

Martha Lucia Reyes Matiz

BOGOTA, MAYO 21 DE 1988

DIRECTIVOS COLEGIO

Rector	Jorge Arango Tamayo
Decano	Marisol Arango
Viscadedecano	Jairo Forero
Director de Tesis:	Guillermo Arenas
Coordinador x	Gladys de Arenas

APROBACION MONOGRAFIA

La presente monografia fue revisada teniendo como parámetro de aprobación la posible utilización por parte de los alumnos del COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO de cada uno de los casos aqui expuestos que son extraídos de la causuística más común en las clínicas de la facultad.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. C. ...', is written over a horizontal line.

DEDICATORIA

El culminar los estudios en ODONTOLOGIA ha sido el mayor de los logros de mi vida y en el que han tenido que ver muchas personas a las cuales quiero dedicar el triunfo obtenido.

A mis padres. Alfonso Reyes y Gloria Matiz de Reyes por el esfuerzo, y apoyo que me ofrecieron para no desistir en ningún momento de mis intenciones.

AL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO sus directivas y a los docentes en general por el esmero en sus enseñanzas para mi aprendizaje.

Y a las personas que de una u otra forma me colaboraron para tal fin.

INTRODUCCION

El presente pretende explicar el conocimiento de las urgencias odontológicas por escrito y mediante ilustraciones, y poner este contenido al alcance del odontólogo y estudiante de odontología.

Se explica cada una de las patologías tanto odontológicas como sistémicas, sus causas síntomas y tratamiento algo preventivo y cura inmediata.

Lo más importante es establecer un correcto diagnóstico mediante una anamnesis y unos exámenes para poder tratar correctamente a nuestro paciente.

Espero haber contribuido a la comprensión y conocimiento de tan maravilloso tema de la odontología y salud.

INDICE

1.	URGENCIAS ENDODONTICAS_____	1
1.1	HIPEREMIA_____	1
1.2	PULPITIS AGUDA SEROSA_____	2
1.3	PULPITIS AGUDA SUPURATIVA_____	3
1.4	PULPITIS CRONICA ULCEROSA_____	4
1.5	PULPITIS CRONICA HIPERPLASICA_____	5
1.6	NECROSIS Y GANGRENA_____	6
2.	URGENCIAS PERIODONTALES_____	8
2.1	PERIODONTITIS APICAL AGUDA_____	8
2.2	ABSCESO ALVEOLAR AGUDO_____	9
2.3	ABSCESO ALVEOLAR CRONICO_____	10
2.4	ABSCESO PERIODONTAL_____	11
2.5	PERICORONITIS _____	12
2.6	HIPERSENSIBILIDAD_____	13
2.7	HIPERPLASIA GINGIVAL_____	13
3.	URGENCIAS QUIRURGICAS_____	14
3.1	FRACTURAS DENTALES_____	14
3.1.1	ROTURA DE LA CORONA_____	14
3.1.2	FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA_____	14
3.1.3	FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA_____	14

3.1.4	FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA Y RAIZ_____	15
3.1.5	FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA Y RAIZ_____	15
3.1.6	FRACTURA DE LA RAIZ_____	16
3.2	TRAUMATISMOS DE DIENTES Y TEJIDOS PERIODONT._____	16
3.2.1	SUBLUXACION O AFLOJAMIENTO_____	16
3.2.2	LUXACION INTRUSIVA_____	17
3.2.3	EXFOLICION, AVULSION, EXARTICULACION_____	17
3.2.4	ALVEOLITIS_____	18
3.2.5	HEMORRAGIA POSTOPERATORIA_____	19
3.3	LUXACION MANDIBULAR_____	19
3.4	RAICES ABANDONADAS_____	20
3.	URGENCIAS SISTEMICAS RELACIONADAS CON ODONTOLOGIA__	21
4.1	SHOCK_____	21
4.2	ANAFILAXIA_____	22
4.3	DIABETIS_____	23
4.4	REACCION TOXICA A ANESTESICO LOCAL_____	24
4.5	ANGINA DE PECHO_____	24
4.6	INFARTO DEL MIOCARDIO_____	25
4.7	DEPRESION RESPIRATORIA_____	25
4.8	HEMORRAGIA_____	25
4.9	DOLOR CONSECUTIVO A LA EXODONCIA_____	27
4.10	EDEMA CONSECUTIVO A LA EXODONCIA_____	28
4.11	ENDOCARTITIS _____	28
4.12	HIPERTENSION _____	29

URGENCIAS

Combinación de circunstancias imprevistas que determinan tratamiento inmediato, instancia, necesidad perentoria.

Clasificación urgencias: endodónticas (1)
quirúrgicas (2)
periodontales (3)
sistémicas (4)

Motivo de consulta:

Examen físico: general: pulso, presión arterial, si esta bajo tratamiento médico enfermedades sistémicas presenta, si está embarazada ej; hepatitis, discracias sanguíneas.

cavidad oral: observación presencia de caries, fistulas, raíces abandonadas, higiene oral, tejidos blandos, músculos, grado de apertura.

diente a tratar: presencia de caries, grado de caries, estado de la corona, (fracturas) vitalidad al calor al frío, estado periodontal, percusión, cambio de color, cómo es el dolor, tiempo.

Exámenes solicitados: radiografías, tpt pt coagulación, vitalidad pulpar.

Impresión diagnóstica: identificar patología.

Conducta: tratamiento a seguir:

CAPITULO I

1. URGENCIAS ENDODONTICAS

Enfermedad pulpar - reversible

- irreversible

Reversible

- Dolor agudo fuerte persistente por corto tiempo
- Sensibilidad al calor y al frío
- Percusión no dolor
- Estimulo eléctrico sensible
- Hallazgo radiográfico
- Tratamiento: retiro de causa cemento temporal, observación

Irreversible

- Dolor agudo que sede al retirar estímulo más persistente y es de tipo pulsátil
- Sensibilidad al calor
- Sede con frío
- Percusión de sintomatología
- Radiografía
- Etapas avanzadas algo de ensanchamiento del ligamento periodontal
- Tratamiento: retirar causa; colocar medicamentos, formular analgésicos, endodoncia, tt. Convencional de conductos.

1.1 HIPEREMIA

Acumulación excesiva de sangre por lo consiguiente congestión de vasos pulpaes puede ser arterial o venosa.

Etiología: traumática (golpe o maloclusión) térmica (usar fresas gastadas, galvanismo, sobrecalentamiento) químico (dulces & ácidos) biológica (invasión bacteriana).

Sintomatología: dolor agudo de corta duración que puede comprender desde un instante hasta un minuto provocado por los alimentos & el agua fría el aire frío dulces & ácidos, ~~No~~ se presenta espontáneamente y cesa tan pronto se elimina causa. dolor provocado agudo de corta duración desaparece al suprimirse el estímulo, vitalidad positiva.

Exploración clínica: percusión palpación movilidad normales

Respuesta a agentes químicos: dolor intenso momentáneo al dulce y ácido.

Pronóstico favorable si la irritación se elimina a tiempo

Tratamiento: bases intermedias, de sensibilizantes (dentropraxil) y óxido de zinc y eugenol.

Caso clínico: paciente 27 años de edad presenta sintomatología en el 48 al calor al frío vitalidad pulpar positiva, amalgama desadaptada, radiográficamente no presentaba ninguna alteración.

1.2 PULPITIS AGUDA CEROSA

Es una inflamación aguda de la pulpa caracterizada por exacerbaciones intermitentes de dolor, el que puede hacerse continuo.

Etiología: invasión bacteriana a través de una caries, aunque también puede ser causada por factores químicos, térmicos, & mecánicos.

Sintomatología: el dolor puede ser provocado por cambios bruscos de temperatura y especialmente por frío, por alimentos dulces o ácidos, por la presión de los alimentos en una cavidad, por la succión ejercida por la gran congestión de los vasos pulpares. Dolor agudo espontáneo localizado o difuso, pulsátil intermitente o continuo.

El examen visual cavidad profunda que se extiende hasta la pulpa o bien una caries por debajo de una obturación.

Exploración clínica: percusión, palpación, movilidad no proporciona elementos de diagnóstico, vitalidad positiva. El dolor se exagera al acostarse por cambios de posición.

Respuesta a agentes químicos: dolor a dulces y ácidos

Radiografía: caries profundas.

Pronóstico: favorable para el diente desfavorable para la pulpa.

Tratamiento: biopulpectomia y tratamiento convencional de conductos.

Caso clínico: paciente 13 años caries grado V dolor localizado pulsátil intermitente vitalidad positiva radiográficamente caries profundas. dientes 11, 21, 12

1.3 PULPITIS AGUDA SUPURATIVA

Inflamación dolorosa, aguda caracterizada por la formación de un absceso en la superficie o en la intimidad de la pulpa.

Etiología: invasión bacteriana a la pulpa, agentes químicos, térmicos, o mecánicos.

Sintomatología: el dolor es siempre intenso y generalmente se describe como lancinante, pulsátil o como si existiera una

presión consistente y continua hasta intolerable. Aumenta con el calor y a veces con el frío sin embargo el frío continuo puede intensificarlo. Aparente alargamiento del diente.

La descripción del dolor y el examen objetivo; dolor localizado o reflejo intensidad dolor es intolerable.

Exploración clínica: percusión más o menos elemento de diagnóstico, caries penetrantes, prueba de vitalidad positiva; respuesta a mayor intensidad.

Respuesta a agentes químicos: ligera respuesta a ácido.

Radiografía: puede revelar una caries profunda, extensa o por debajo de una obturación en contacto con un cuerno pulpar o una exposición muy apropiada a la pulpa aumento del espacio periodontal.

Pronóstico: favorable al diente.

Tratamiento: biopulpectomia y tratamiento convencional de conductos. Evacuación del pus para aliviar al paciente bajo anestesia local luego se coloca una curación para posteriormente extirparse la pulpa a las 24 horas. Iniciar tt. convencional.

1.4 PULPITIS CRONICA ULCEROSA

Se caracteriza por la formación de una ulceración en la superficie de una pulpa expuesta; generalmente se observa en pulpas jóvenes o en pulpas vigorosas.

Etiología: exposición de la pulpa, seguida de la invasión de microorganismos provenientes de la cavidad bucal.

Sintomatología: el dolor puede ser ligero, manifestándose en forma sorda, o no existir, excepto cuando los alimentos hacen

compresión en una cavidad.

Diagnóstico: dolor ligero o no, únicamente por compresión de alimentos espontáneo.

Exploración clínica: poco dolor a la percusión

Respuesta a agentes químicos: no presenta respuesta. Vitalidad positiva

Radiografía: revelar una caries profunda con exposición pulpar, una caries por debajo de una obturación.

Pronóstico: favorable siempre que la extirpación de la pulpa y el tratamiento de conductos sea correcto.

Tratamiento: extirpación de la pulpa o remoción de toda la caries superficial y la excavación de la parte ulcerada.

1.5 PULPITIS CRÓNICA HIPERPLÁSICA O POLIPO PULPAR

Inflamación de tejido proliferativo de una pulpa expuesta caracterizada por la formación de tejido de granulación y a veces de epitelio, causada por una irritación de baja intensidad y larga duración.

Etiología: exposición lenta y progresiva de la pulpa a consecuencia de la caries requisitos: cavidad grande y abierta, una pulpa joven y un estímulo crónico y suave (masticación e infección bacteriana).

Sintomatología: asintomática, exceptuando el momento de la masticación en que la presión del bolo alimenticio puede causar dolor y de una posible hemorragia debido a la rica vascularización.

Se observa en dientes de niños y de adultos jóvenes, asintomático excepto durante la masticación que es de dolor

severo y sangra con facilidad.

Exploración clínica positiva: pólipo pulpar que se presenta en niños con cavidades grandes vitalidades poco o no cambios térmicos.

Respuesta a agentes químicos: no presenta respuesta.

Radiografía: cavidad grande con abierta comunicación con cámara.

Pronóstico: favorable

Tratamiento: tejido polipoide y extirpar luego la pulpa con bisturí, pulpotomía o colocamos apósito (formocresol) por tres días (fijación).

Caso clínico: paciente de 13 años con polipo pulpar en el 26 a la exploración clínica sangraba con facilidad a la palpación, presentaba cavidad grande y profunda.

1.6 NECROSIS Y GANGRENA (FETIDEZ)

Es la muerte de la pulpa; puede ser parcial o total, según quede afectada una parte o la totalidad de la pulpa.

Etiología: cualquier causa que dañe a la pulpa puede originar su necrosis particularmente, una infección un traumatismo previo, una irritación provocada por el ácido libre o por los silicosulfuros.

Sintomatología: puede o no presentar síntomas dolorosas a veces el primer índice de mortificación pulpar es el cambio de coloración del diente.

Vitalidad negativa

Exploración clínica: a veces hay dolor a la presión y percusión hay movilidad y elongación del diente, oscurecimiento de

la corona.

Radiografía: cavidad u obturación grande, una comunicación grande con el conducto radicular y un ensanchamiento del ligamento periodontal.

Prognóstico: favorable

Tratamiento: convencional de conductos

Caso clínico: paciente de 21 años con resina extensa en el 21 presentaba oscurecimiento coronal no pesentaba ninguna sintomatología radiograficamente se observaba ligero ensanchamiento del ligamento periodontal y una cavidad que entraba en contacto con la cámara pulpar.

CAPITULO II

URGENCIAS PERIODONTALES

2.1 PERIODONTITIS APICAL AGUDA

Inflamación aguda del periodonto apical, resultante de una irritación procedente del conducto radicular, o de un traumatismo.

Etiología: mecánica (golpe sobre un diente) obturación alta, cuerpo extraño, sobreobturación, sobreinstrumentación, por agentes químicos como formocresol, causa microbiana.

Sintomatología: dolor ligero y sensibilidad del diente o dolor cuando se presiona, o dolor con bastante intensidad, al punto de dificultar oclusión, sensación de alargamiento.

Diente sensible a la percusión o a la presión suave, mientras que la mucosa recubre el apice radicular puede o no evidenciar sensibilidad a la percusión; dolor fuerte constante localizado y aumenta a la masticación.

Exploración clínica: dolor localizado agudo y dolor a la percusión vitalidad negativa.

Radiografía: estructuras aparentemente normales, ligero ensanchamiento del espacio periodontal.

Pronóstico: favorable

Tratamiento: diente liberado de oclusión vaporización 24-48 horas destapado para salida de gases, lavamos con suero y colocamos apósitos de antibióticos y eugenolato de 48 - 72 horas.

Caso clínico:

2.2 ABSCESO ALVEOLAR AGUDO

Colección de pus localizada en el hueso alveolar a nivel del ápice radicular de un diente, resultante de la muerte de la pulpa, con expansión de los tejidos periapicales a través del foramen apical.

Etiología: irritación traumática química o mecánica, invasión bacteriana del tejido pulpar mortificado.

Sintomatología: ligera sensibilidad del diente; el dolor se hace intenso y pulsátil apareciendo una tumefacción de los tejidos blandos que recubren la zona apical a medida que la infección progresa, la tumefacción se hace más pronunciada y se extiende a cierta distancia de la zona de origen.

Inflamación intra o extra oral dolor constante palpitante movilidad dentaria tanto del diente afectado como sus colaterales.

Exploración clínica: inflamación dura densa compacta coloración roja, tumefacción tejidos blandos que recubre zona apical localización y extensión, dolor a la percusión, vitalidad negativa puede haber dolor agudo al calor no respuesta al frío.

Radiografía: engrosamiento del ligamento periodontal.

Pronóstico: favorable

Tratamiento: drenaje a través del conducto si los tejidos blandos están fluctuantes haremos incisión en caso necesario de analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios. Cuando no hay colección de pus enjuagatorios calientes ayudan a su colección, dar antibióticos y analgésicos. Cuanto más profun-

do se forme el absceso dentro del tejido más difícil será palparlo. Si está indicada su conservación los conductos con las pulpas necróticas deben abrirse en un esfuerzo por aliviar la presión generada dentro de una cámara cerrada; si esto no logra producir el alivio deseado el diente debe extraerse cuanto más rápidamente se haga esto, antes puede esperarse que remitan los síntomas.

Caso Clínico: paciente de 22 años, diente 22 presenta dolor intenso y pulsátil radiográficamente se observa ligero ensanchamiento del ligamento periodontal.

2.3 ABSCESO ALVEOLAR CRONICO

Es una infección de poca virulencia y larga duración localizada en el hueso alveolar periapical y originada en el conducto radicular. Es una colección localizada de pus en una cavidad formada por los tejidos de desintegración.

Etiología: infección del hueso alveolar periapical origen a través del conducto por absceso alveolar agudo preexistente; tratamiento mal realizado.

Sintomatología: asintomático, indoloro o ligeramente doloroso.

Indoloro o ligeramente doloroso pruebas de vitalidad, oscurecimiento de la corona.

Exploración clínica: presencia o no de fístula, obturación o cavidad extensa diente móvil y sensible a la percusión.

Radiografía: engrosamiento del espacio del ligamento periodontal.

Pronóstico: favorable

Tratamiento: eliminar infección del conducto radicular, tratamiento convencional de conductos y medicamentos.

Caso clínico: paciente de 22 años presenta en el 27 sintomatología radiográficamente presenta una zona radiolucida a nivel periapical.

2.4 ABSCESO PERIODONTAL

Etiología: obturación de bolsa sin dolor percusión movilidad dentaria.

Sintomatología: extremo dolor

Dolor a la percusión y movilidad dentaria

Exploración clínica: tumefacción de los tejidos blandos recubre la superficie de la raíz comprometida, puede ser inducido por la influencia traumática de una prótesis parcial, los tejidos aparentemente se cierran a nivel de la superficie gingival impidiendo el drenaje de los abscesos y provocando la distensión de las molestias que constituyen generalmente la primera indicación que tiene el paciente de este estado.

Radiografía: zona radiolucida lateralmente a la raíz.

Pronóstico: favorable

Tratamiento: fase higiénica incisión del absceso fluctuante desde la profundidad de su cavidad hasta la encía. La incisión debe extenderse a través de los tejidos blandos a la superficie radicular, que ha sido previamente desnudada por la presencia del proceso infeccioso. Si una o más superficies de la raíz han sido desnudadas hasta un punto que está más allá del tercio apical, está indicada la extracción.

2.5 PERICORONITIS

Inflamación de la encía en relación de la corona de un diente parcialmente erupcionando más frecuentemente en el tercer molar.

Etiología: erupción de los dientes, prótesis.

Sintomatología: dolor irradiado al oído, garganta y piso de boca, linfadenopatía submaxilar trismus, dolor alrededor del tercer molar, elevación de temperatura.

Lesión supurativa, hinchada muy roja, exquisitamente sensible, tumefacción alrededor del diente.

Exploración clínica: el espacio entre el diente y el capuchón se acumula de residuos de alimentos y proliferación bacteriana, el capuchón suele estar infectado e inflamado y tiene ulceraciones en su superficie interna.

Pronóstico: favorable

Tratamiento: depende de la intensidad de la inflamación, las complicaciones sistémicas y las conveniencias de conservar el diente afectado.

Hay que lavar la zona con agua tibia para eliminar los residuos superficiales y exudado de la superficie se aplica anestesia tópica, limpiar con antiséptico. Instrucciones paciente enjuagatorios cada hora con sal si está muy hinchado se hace una incisión anteroposterior con bisturí, luego eliminamos el capuchón coronario. (peligro de infección por espacios).

2.6 HIPERSENSIBILIDAD debida a:

- retracción gingival
- bolsas
- hiperemia pulpar

Sintomatología: dolor al calor, al frío; sensación de destem-
plamiento.

Tratamiento: después de anestesia raspaje periapical aplica-
ción de dentopraxil, barniz cavitario, hidroxido de calcio,
fluor. Si el diente presenta movilidad dentaria ferulizar y
aplicación de desensibilizantes, el paciente es conveniente
que se cepille con un dentífrico a base de clorofila o senso-
dyne, además debe suprimir la dieta ácida. (mejorar técnicas
de cepillado.

2.7 HIPERPLASIA GINGIVAL

Aumento de tamaño de un tejido producido por el aumento de la
cantidad de sus componentes celulares

Etiología: provocado por fenitoina (anticonvulsivo), cambios
hormonales, idiopática, respirador bucal.

Exploración clínica: agrandamiento del margen gingival vesti-
bular y lingual y las papilas interdentes, alcanzan a cubrir
una parte de la corona dentaria.

Sintomatología: indoloro, salvo que su tamaño y forma sean
tales que permitan la acumulación de residuos bajo su margen
o interpongan en la oclusión.

Pronóstico: favorable

Tratamiento: raspaje y curetaje, gingivectomía y apósito de
cemento quirúrgico.

CAPITULO III

URGENCIAS QUIRURGICAS

3.1 FRACTURAS DENTALES

- Rotura de la corona (infracción)
- Fractura no complicada de la corona
- Fractura complicada de la corona
- Fractura no complicada de corona y raíz
- Fractura complicada de corona y raíz
- Fractura de la raíz

3.1.1 ROTURA DE LA CORONA (Infracción)

Etiología: generalmente lesiones por caídas

Tratamiento: suavisar bordes ásperos con disco, para evitar lacerar la lengua, labios, de 6-8 semanas de vitalidad; control radiográfico.

3.1.2 FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA

Compromete esmalte dentina sin compromiso pulpar, sensible a cambios de temperatura colocar desensibilizantes que selle túbulos dentinales.

Tratamiento: limpieza del diente con solución salina, aplicación del medio recubridor, adaptación de corona temporal, control de la oclusión, control radiográfico, pruebas de vitalidad. Posteriormente se realiza una corona protésica.

3.1.3 FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA

Comprende esmalte dentina y pulpa

Tratamiento: anestesia local, o pulpectomia; aplicación de

sustancia protectora; adaptar una corona temporal, controlar el diente radiográficamente y por pruebas de vitalidad; el pronóstico es favorable. Se lava con solución salina si hay vitalidad previa anestesia se lava se coloca hidroxido de calcio y una protección temporal se controla el diente a los 15 y 45 días si responde al tratamiento directo se hará una restauración con prótesis fija o porcelana acrílica y pines, si no responde se hará el tratamiento. Convencional de Conductos, Núcleo y Corona.

3.1.4 FRACTURA NO COMPLICADA DE CORONA Y RAIZ

Administrar anestesia local, remover los fragmentos sueltos, fracturas que se extienden más de 3 mm por debajo del surco gingival generalmente la extracción es obligada. Fracturas que se extienden menos de 3 mm por debajo del surco gingival se puede efectuar una gingivectomía y recubrimiento de la dentina. (sacar el diente de oclusión).

3.1.5 FRACTURA COMPLICADA DE CORONA Y RAIZ

Administrar anestesia local, remover los fragmentos dentarios sueltos, si la fractura se extiende más de 3-4 mm por debajo del surco gingival. La extracción es generalmente obligada. Si la fractura se extiende menos de 3-4 por debajo del surco gingival, se puede construir una corona Jacket de porcelana anclada por medio de perno después de efectuar una gingivectomía y una ostectomía, este tipo de restauración parece favorable con respecto al borde periodontal.

Como restauración temporal el fragmento coronal se puede unir a la raíz por medio de un perno. Este tipo de restauración muchas veces produce inflamación gingival y tiende a aflogarse después de un tiempo. (sacar el diente de oclusión).

3.1.6 FRATURA DE RAIZ

Si la fractura se extiende en el tercio medio con o sin desplazamiento se efectúa exodoncia. Si es del tercio apical con desplazamiento lo cual indica un extrangulamiento del paquete se realizará cualquier técnica de cirugía apical. Si no hay desplazamiento ni cambio de color en la corona se estabilizará por medio de férulas interdentes. Y observación.

3.2 TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES Y TEJIDOS PERIODONTALES

Concusión: lesiones de las estructuras de sostén sin movilidad anormal pero con un evidente signo positivo a la percusión.

Tratamiento: desoclusión del diente; pruebas de vitalidad periódicas hasta un año, control en el cambio de color de las coronas.

3.2.1 SUBLUXACION O AFLOJAMIENTO

Con movilidad anormal pero sin desplazamiento del diente es la lesión que se presenta en la exodoncia.

Tratamiento: desoclusión del diente; ferulización; controles de vitalidad periódicas.

3.2.2 LUXACION INTRUSIVA

Desplazamiento del diente dentro del hueso alveolar y puede dar con comunicación del seno maxilar o perforación del proceso alveolar y compromete a los dientes vecinos. Radiográficamente no se observa el espacio del ligamento periodontal; posible espichamiento del paquete vasculo nerviosa. Tratamiento: administrar anestesia local si es necesario. Reponer el diente en su posición normal. Los dientes intruidos deben dejarse que hagan de nuevo erupción espontáneamente; en caso de tratamiento retrasado en que el diente se consolida en su nueva posición se debe permitir al diente realinearse por si mismo en la posición normal o efectuar una reposición por medios ortodónticos.

3.2.3 EXFOLICION, AVULSION, EXARTICULACION

Lesión de los tejidos de sostén del diente en el cual el diente es desalojado en forma total de su alvéolo, no necesita examen clínico para saber que fue lo que sucedió. El tratamiento depende del tiempo transcurrido entre el accidente. Después de ocurrido el accidente la madre debe colocar el diente del niño bajo la lengua o en suero fisiológico o agua destilada, al llegar el paciente al consultorio debemos verificar si existe otro tipo de fractura clínica y radiográficamente; se limpia la porción radicular del diente con una gaza mojada en solución salina, anestesiados al paciente, retiramos el coágulo y vamos colocando lentamente el diente si este ejerce una presión que impide su total reposición debemos efectuar una ventana a nivel

apical para facilitar la salida de sangre y así reubicar el diente.

Si ha sido mucho el tiempo transcurrido desde el momento del accidente debemos realizar el tratamiento convencional de conductos y luego reposicionamos al diente dentro del alvéolo.

Las consecuencias pueden ser una reabsorción externa, una anquilosis. Luego debemos colocar ferulas para lograr que el diente no se mueva, posteriormente hacemos un control de vitalidad si este carece a las tres semanas debemos realizar el tratamiento convencional de conductos; se debe recetar una dieta blanda, analgésicos y enjuagatorios.

3.2.4 ALVEOLITIS

Dolor fuerte posiblemente trismus halitosis olor necrótico dolor intenso y continuo irradiado generalmente se presenta post exodoncia.

Tratamiento: anestesiarnos, curetiamos alvéolo forma suave retiramos residuos de alimentos, irrigamos con suero fisiológico, colocamos apósito quirúrgico como alvojin (xilocalina, eugenol, bepantene) gasa yodoformada.

Instrucciones al paciente; tomar antibiótico, enjuagatorios con antisépticos durante tres días, regresar a un control, radiografía periapical para desechar fractura alveolar, etc. Generalmente se presenta fiebre en el sitio de la alveolitis.

3.2.5 HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

Limpiar la boca de coagulos sanguíneos con una gaza y luego enjuagarse con agua salada tibia. Hay coagulos que se alojan cerca al alvéolo. Darle instrucciones que muerda firmemente la gaza sobre la zona de cirugía o usar una bolsita de té durante 20 minutos.

Si persiste se usan las esponjas de gasa y los agentes hemostáticos como el Gelfoan.

Se anestesia localmente al paciente, se elimina el coagulo formado por el alvéolo se ubica la zona de hemorragia si previene de un punto sangrante del alvéolo se bruñe el hueso con el lado romo de la cucharilla o de la cureta. Si existe una hemorragia ósea generalizada se empaqueta un agente hemostático tal como el Gelfoan amebido en trombina y se satura.

3.3 LUXACION MANDIBULAR

Es debida a aperturas máximas en consultorios odontológicos movimientos bruscos

Tratamiento: calmar al paciente (hay hipertonia muscular que va dificultar el regreso del maxilar a su posición; compresas tibias o sulfato de magnesio. Aplicar relajantes musculares, protegemos los dedos pulgares con pañuelos los colocamos en los premolares a nivel oclusal se realiza un movimiento abajo atrás arriba para volver el maxilar a su posición original. Además debemos proteger los incisivos para evitar fracturas.

3.4 RAICES ABANDONADAS

Exodoncias superiores de 5, 6, 7, puede ocasionar compromiso orofaríngeo debemos realizar la prueba de bursalva después de exodoncias oprimir fosas nasales del paciente hacer que vote aire por la nariz colocamos espejo y vemos burbujas de sangre o chorro de sangre.

Tratamiento: curetaje zona suave, apósito, colgajo desplazado hacia palatino realizando incisión distal del alvéolo vertical, horizontal suturar para confrontar pared palatina con el colgajo desplazado formulamos analgésico y antibiótico.

CAPITULO IV

URGENCIAS SISTEMATICAS RELACIONADAS CON ODONTOLOGIA

4.1 SHOCK

Consiste en una manifestaci3n brutal de una insuficiencia circulatoria grave caracterizado por una bajada brusca e intensa de la tensi3n arterial un pulso r3pido y d3bil, sudoraci3n fr3a, postraci3n, respiraci3n irregular, piel fr3a y h3meda. Puede ser debido a una p3rdida importante de sangre por diversas causas, o bien a un estancamiento de la sangre en un territorio determinado, por lo que esta no llega a 3rganos vitales como el coraz3n y el cerebro, tal como sucede en intoxicaciones o infecciones de alta gravedad.

Tratamiento: ha de ser r3pido y en3rgico mediante la reposici3n de l3quidos no hay que mover innecesariamente a la v3ctima sobre todo en caso de lesi3n grave.

No administrarle alimentos ni bebidas si tiene lesiones en la cabeza si est3 inconsciente, si presenta v3mitos o convulsiones o si va a llegar asistencia m3dica en menos de una hora.

Si se queja de sed humedezcale los labios con agua

No la deje sola pida asistencia m3dica, vigile estrechamente y en todo momento la respiraci3n y latido cardiaco. No olvide colocarlo en una posici3n boca arriba con las piernas elevadas. Y reanimaci3n cardio-pulmonar.

4.2 ANAFILAXIA

Reacción brusca y grave provocada por la introducción en el cuerpo de cualquier sustancia contra la que existe hipersensibilidad. Se puede producir como consecuencia de la inyección de un fármaco o de una picadura de insecto. La víctima sufre palidez y desvanecimiento puede haber vómitos y falta de control de los movimientos del intestino, respiración sibilante, colapso y pérdida del conocimiento, seguidos a veces de muerte.

Tratamiento: en cuanto usted se da cuenta de lo que está sucediendo interrumpa la administración del medicamento sospechado (anestésico) el tratamiento inmediato es administrar lo más rápidamente posible adrenalina por vía subcutánea 0,3 ml de solución acuosa al 1:1000

Si el paciente se encuentra ya en estado de choque, es preferible utilizar la vía intravenosa, puede recurrir a la inyección sublingual esta dosis de adrenalina puede repetirse a intervalos de 5, 10 o 15 minutos si fuera necesario la adrenalina contrarresta al edema y el broncoespasmo.

Mantenga una vía aérea abierta. La hipotensión de la anafilaxia es de tipo hipovolémico, la rápida infusión intravenosa de solución salina fisiológica es el tratamiento de elección y a veces es necesario administrar lo más rápidamente posible de 1-4 litros. Vigile constantemente el pulso y la presión arterial, en estos casos no deben utilizarse vasoconstrictoras para tratar la hipotensión ya que agravaría la situación.

Para el asma o el jadeo y la disnea, el mejor tratamiento es la adrenalina y a veces es necesario administrar después teofilina intravenosa. El oxígeno es también útil en estos enfermos.

La urticaria, el prurito y los cólicos intestinales y uterinos pueden ser tratados más tarde con histamínicos, como difenilhidramina.

4.3 DIABETIS

Enfermedad del metabolismo caracterizado porque hay una insuficiencia producción de insulina a cargo del páncreas lo que da lugar a una anómala utilización de los azúcares en el organismo.

Etiología herencia, disfunciones endocrinas

Factores predisponentes obesidad, dieta rica en carbohidratos, grasas, alcohol, tabaco, la falta de ejercicio físico.

Sintomatología: sed intensa, aumento brusco y exagerado de apetito, adelgazamiento, disminución del deseo sexual, aparición de forúnculos, sensaciones de picor de picor en genitales. El diagnóstico se efectúa mediante el examen de orina o de sangre.

El paciente diabético tiene una serie de complicaciones predispuesto a arteriosclerosis, que produce alteración cardíaca y lesiones de los pequeños vasos sanguíneos, alteraciones relacionadas con homeostasis, complicaciones renales glomeruloesclerosis, complicaciones oculares (retinopatías, hemorragias, cataratas) complicaciones neurológicas (neuritis, neuralgia) complicaciones relacionadas con pro-

cesos de cicatrización, susceptibilidad a infecciones, complicaciones cutáneas (prurito idiopático, vulvar), hipertensión.

Tratamiento: los pacientes de tipo juvenil precisan inyecciones diarias de insulina, dieta estricta, regular la ingestión de azúcares alimentos y la insulina para evitar choque insulínico (hipoglicemia).

El paciente adulto se trata dieta sin azucar, otros con dieta y antidiabéticos tipo oral, otros se tratan con insulina.

En caso que necesite tratamiento odontológico debe ser un paciente controlado usar anestésico tipo citanex (octapresin) medicación post quirúrgica antibiótico (cuando se usa hipoglicemiantes orales se complica con el antibiotico.

4.4 REACCION TOXICA A ANESTESICO LOCAL (signos y sintoma)

A. Aprensión, incremento de presión, arterial, respiración y taquicardia, convulsión.

B. Disminución del nivel de conciencia, disminución de la presión arterial, bradicardia.

Tratamiento: anticonvulsivantes. infusión IV de 5% de destrosa en agua.

Fenilefrina, 1 ml., IV si es severo o prolongado

4.5 ANGINA DE PECHO

Signos y sintomas: Dolor súbito y severo del pecho, puede irradiarse al brazo izquierdo, pecho o mandíbula.

Aprehensión severa, incremento de la presión arterial, taquicardia.

Tratamiento: posición sentado. oxígeno, nitroglicerina 0,6 mg tableta sublingual.

4.6 INFARTO DEL MIOCARDIO

Signos y síntomas similares a los de la angina de pecho pero prolongados y no responde a la nitroglicerina, arritmia.

Tratamiento: posición sentado, oxígeno, 1 ml IM de morfina

4.7 DEPRESION RESPIRATORIA

Signos y síntomas disnea, resuello expiratorio

Tratamiento: isoproterenol en aerosol, 1 ó 2 inhalaciones 100% de oxígeno.

4.8 HEMORRAGIAS

Consecutiva a una extracción puede conocerse procedencia arterial o venosa, pero con mayor frecuencia proviene de extravasación capilar, puede además deberse a factores locales o generales.

Los factores locales pueden acarrear hemorragia inmediatamente después de la extracción o secundariamente, de 48 a 72 horas más tarde. La primera puede ser ocasionada por enjuagues verificados demasiado pronto o con demasiada fuerza, por la constante succión y expectoración de sangre o por la laceración operatoria del tejido y del hueso sin atenderla debidamente enseguida. La secundaria procede a menudo de un coágulo lobulado mal formado o de un coágulo exuberante bulboso esponjoso en el alvéolo.

En la hemorragia prolongada e incoercible, la posibilidad de hemodiscrasias y otras afecciones orgánicas requiere la exploración física.

Tratamiento:

Hemorragia primaria: después del examen se limpia el sitio de la extracción con solución salina caliente y se seca lo mejor posible a fin de determinar la cantidad y la rapidez del desangramiento. Se trata de contener la hemorragia por medio de la compresión. Esto puede hacerse plegando una compresa de gasa estéril de 5x5 cm. hasta formar un taponcillo duro, colocándolo en el sitio de la extracción y haciendo que el enfermo lo muerda y comprima firmemente por espacio de 10 - 15 minutos. Inspecciónese entonces la zona y vigílese por varios minutos par ver si continúa la extravasación. Si se ha contenido la hemorragia, despídase al paciente, advirtiéndole que no se enjuague la boca ni escupa demasiado durante 24 horas, Si no se puede contener la hemorragia por la presión sola, habrá que usar hemostáticos. Puede parar la hemorragia una solución de agua oxigenada, retenida por compresión en la región alveolar sangrante. Puede producir hemostasis la gasa yodoformada saturada en epinefrina al 1: 2000 y comprimida firmemente en el alvéolo. Los cuidados trombina y ácido tánico en glicerina y comprimido firmemente en el alvéolo. La cuidadosa aplicación de subsulfato férrico suele ser eficaz. El taponamiento se dejará intacto a lo menos 72 horas, retirándose entonces con todo cuidado. Se han usado con éxito

en varias formas algodón oxidado absorbible, gasa y otras sustancias coagulantes.

Hemorragia secundaria: retirar el coágulo mal formado y lavar el alvéolo con solución salina caliente, siguiendo la compresión simple o el taponamiento con o sin hemostáticos. A veces, resulta imposible aplicar un taponamiento compresivo, debido a la grave laceración de los tejidos y hay que suturar la herida para detener la hemorragia.

4.9 DOLOR CONSECUTIVO A LA EXODONCIA

El dolor inmediatamente consecutivo a la exodoncia puede deberse a infección alveolar o a traumatismo operatorio. El dolor tardío aparece 2 o 3 días después de la exodoncia, se intensifica cada vez más a partir del tercer día después de la extracción y continua en forma grave unos 4 o 5 días, y suele aplacarse completamente para el 10. y el 12 día aunque también puede persistir 2 ó 3 semanas. El examen del alvéolo revela un coágulo fétido en vías de desintegración con reacción inflamatoria en los tejidos cercanos. La cuidadosa limpieza exploratoria del alvéolo con aplicadores de algodón y lavados salinos calientes acaso muestra una porción del hueso alveolar. Es llamado alvéolo seco, más tratase en realidad de una osteítis localizada.

Tratamiento: el dolor inmediato puede aliviarse con frecuentes aplicaciones frías a la cara. Un alvéolo seco doloroso será lavado con solución salina caliente y taponado con gasa yodofórmica, saturada en eugenol o guayacol con glicerina. En contraposición al taponamiento empleado para la

hemorragia, la gasa se coloca flojamente en el fondo del alvéolo, de modo que ejerza su acción sedante sin retardar la granulación de la herida. para el dolor están indicados los analgésicos generales.

4.10 EDEMA CONSECUTIVO A LA EXODONCIA

Este suele provenir del traumatismo, & de los tejidos blandos y gaseosos, sin que lo acompañen generalmente mucho dolor o hipertensión. Puede haber una leve reacción febril con poco o ningún malestar.

Tratamiento: se aplican por fuerza bolsas de hielo durante media hora hasta que ceda el edema. Zepelin o Niflamin cápsulas para administrar una con las comidas principales y un antibiótico de amplio espectro bactericida: penicilina cápsulas 1 cada 8 horas para adultos.

4.11 ENDOCARDITIS

Inflamación del endocardio que afecta especialmente a las válvulas cardíacas. La inflamación grave de comienzo rápido se llama endocarditis bacteriana aguda. Con mayor frecuencia la infección se inicia de modo lento, se conoce como endocarditis subaguda, esta enfermedad es más probable en personas cuyas válvulas cardíacas están deformadas o lesionadas como resultado de una anomalía congénita, fiebre reumática infecciones por estreptococos alfa hemolítico o una intervención quirúrgica.

La sintomatología es de una infección generalizada, a la que se añaden signos de insuficiencia cardíaca, variables según las válvulas o la parte del corazón afectadas, además

por la presencia y liberación de émbolos constituidos aquí por conglomerados de bacterias, fibrina, plaquetas y otros productos orgánicos fiebre ligera ocasional y dolor en los músculos y articulaciones. El dolor suele acompañarse de sensibilidad en las puntas de los dedos un tipo peculiar de erupción fina (petequias) insuficiencia cardíaca.

Si no se administra tratamiento, la enfermedad es fatal, pero con antibiótico sobreviven tres cuartas partes de personas afectadas. Los antibióticos más empleados son los del grupo de la penicilina; se administran por vía intravenosa o intramuscular durante un período de cuatro a seis semanas. El paciente empieza a sentirse mejor al cabo de una semana.

Profilaxis el tratamiento dental u otras intervenciones en las vías respiratorias: penicilina procaína, 600.000 u por vía intramuscular una hora antes de intervenir, seguida de penicilina v, 250 mg por vía oral 4 veces al día durante tres días. En el paciente alérgico a la penicilina se administra eritromicina, 250 mg por vía oral 4 veces al día, empezando dos horas antes de la intervención.

4.12 HIPERTENSION

Aumento de las cifras normales de la tensión arterial; siendo superiores a 160 mm de hg; síntomas dolor de cabeza, insuficiencia cardíaca y trastornos de la visión. Se desconoce la causa en más del 90% de los pacientes se dice netonces que estos pacientes sufren de hipertensión esencial. Entre las causas conocidas tenemos las enfermedades

del riñon, la nefritis crónica, las pielonefritis y el riñon poliquístico, que produce una retención de sal en el cuerpo.

Tratamiento: hay tratamientos diversos. Como terapéutica farmacológica se utilizan diuréticos para eliminar el exceso de sal, dieta pobre en sal, supresión de tabaco.

Un tratamiento dental electivo debería ser demorado hasta que un control medio de la presión sanguínea sea demostrado. Sedación con 5 mg de diazepam dados 1 hora antes de la cita odontológica pueden ser indicados en casos en donde la ansiedad es un factor complicativo.

Evitar el uso de la epinefrina y todas las aminas presoras

BIBLIOGRAFIA

- Práctica Endodóntica. Luis I. Grossman Tercera edición, Editorial Mundo 1973 pág. 38-85
- Tratamiento de Conductas Radiculares. Leonardo Leal Semoes, Editorial Médica Panamericana 1983 pag. 54-79 Buenos Aires
- Cirugía Bucomaxilofacial. Gustavo O. Kruger. 5 Edición, Editora Médica Panamericana 1982 Buenos Aires
- Endodoncia Simplificada. Gabriel Tobón. 2a. Edición. Oficina Sanitaria Panamericana Washington. Bogotá 1977 págs.
- Periodoncia Clínica de Glickman Fermin Carranza. 5a. Edición. Editorial Interamericana. Mexico 1982 1072 págs.
- Patología. Pelayo Correa. 2a. Edición. Prensa Médica Mexicana S.A. Mexico 1981 1162 págs.
- Medicina y Salud Lexis 22. Circulo de Lectores S.A. Edición Integra. España 1982. pag. 288
- Enciclopedia Médica Familiar. Circulo de Lectores S.A. Tomos I, II, IV. España 1983 pag 761
- Guía Farmacológica en Odontología. Cesar Ardila. 2a. Edición. Editorial Escuela de Artes Gráficas. pag. 220 Bogotá