Guías
prácticas

Apropiación social del conocimiento
Generación de contenidos impresos
N.º 4, agosto de 2021
doi: <https://doi.org/10.16925/gcgp.30>

**MANEJO DE
COMPLICACIONES
QUIRÚRGICAS
EN CIRUGÍA
ORAL DIRIGIDA A
ESTUDIANTES**

Nicolay Neiza-Rodríguez
Universidad Cooperativa de Colombia
Sede Bogotá

EDICIONES
Universidad Cooperativa
de Colombia

ACERCA DEL AUTOR

Nicolay Neiza-Rodríguez, cirujano oral, profesor titular de la Clínica de Cirugía Oral en pregrado, Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá. Correo-e: nicolay.neizar@campusucc.edu.co

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Neiza-Rodríguez N. Manejo de complicaciones quirúrgicas en cirugía oral dirigida a estudiantes (Generación de contenidos impresos N° 4). Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia, 2021. doi: <https://doi.org/10.16925/gcgp.30>

NOTA LEGAL

El presente documento de trabajo ha sido incluido dentro de nuestro repositorio institucional como Apropiación social de conocimiento por solicitud del autor, con fines informativos, educativos o académicos. Asimismo, los argumentos, datos y análisis incluidos en el texto son responsabilidad absoluta del autor y no representan la opinión del Fondo Editorial o de la Universidad.

DISCLAIMER

This coursework paper has been uploaded to our institutional repository as Social Appropriation of Knowledge due to the request of the author. This document should be used for informational, educational or academic purposes only. Arguments, data and analysis included in this document represent authors' opinion not the Press or the University.

Este documento puede ser consultado, descargado o reproducido desde nuestro repositorio institucional (<http://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7369>) para uso de sus contenidos, bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
Propósito de la práctica	5
Recomendaciones prácticas sobre la guía	5
MARCO TEÓRICO	6
OBJETIVO GENERAL	7
Objetivos específicos	7
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE LA PRÁCTICA	7
COMPLICACIONES SISTÉMICAS EN CIRUGÍA ORAL	9
Lipotimia	9
Shock	9
COMPLICACIONES LOCALES EN CIRUGÍA ORAL	10
Enfisema subcutáneo	10
Fractura de la aguja durante la aplicación de anestesia	10
Parálisis facial	10
Fractura dentoalveolar	10
Fracturas dentarias y radiculares	11
Fractura de la tuberosidad	11
Fractura mandibular	12
Dehiscencia y desgarros de tejidos blandos	12
Comunicación orosinusal bucosinusal	12
Hemorragia alveolar o alveolorragia	13
Alveolitis	14
REFERENCIAS	14
EVALUACIÓN DE LA GUÍA PARA REALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN CIRUGÍA ORAL DIRIGIDA A ESTUDIANTES	15

04 MANEJO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA ORAL DIRIGIDA A ESTUDIANTES

Nicolay Neiza-Rodríguez

Resumen

Los procedimientos quirúrgicos orales no están exentos de situaciones relacionadas con accidentes o complicaciones propias del procedimiento. El desenlace favorable depende del abordaje adecuado. La presente guía se elaboró para orientar al estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia en el manejo de los accidentes y/o complicaciones intraoperatorias en cirugía oral. El objetivo es establecer el manejo de accidentes y/o complicaciones intraoperatorias en pacientes atendidos en la clínica de cirugía oral. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran: la laceración en tejidos blandos, las asociadas a las técnicas anestésicas y las relacionadas a la extracción de dientes, que pueden ser consecuencia de equivocaciones propias de la inexperiencia. Es por esta razón que se recomienda a la institución universitaria continuar con prácticas que promuevan el desarrollo de habilidades como la motricidad fina y otras destrezas en los estudiantes que, sumado a las adecuadas bases teóricas, asegure un servicio de calidad.

Palabras clave: cirugía oral, complicaciones transoperatorias, manejo intraoperatorio, procedimiento quirúrgico.

Introducción

En todas las áreas de la salud, y principalmente en odontología, se ha hecho especial énfasis a la aplicación de buenas prácticas clínicas encaminadas a la seguridad del paciente, con el fin de mejorar los estándares de calidad en la atención de pacientes.

En odontología, se realizan los procedimientos quirúrgico-invasivos como parte de la práctica clínica. Incluyen las exodoncias de método abierto y cerrado, las frenillectomías y las regularizaciones óseas, siendo estos procedimientos los más frecuentes en instituciones privadas y públicas, así como en las clínicas odontológicas de la Universidad Cooperativa de Colombia.

En la Facultad de Odontología, entre los protocolos para la realización de procedimientos quirúrgicos se plantea la posibilidad de complicaciones, cuyos tratamientos deben estar enfocados a cada paciente.

La seguridad del paciente va de la mano con la cirugía oral y siempre existirá el riesgo de complicaciones. Esto puede deberse a diversas causas que incluyen el uso de técnicas incorrectas, las patologías existentes, estados anómalos en las piezas dentarias y la edad del paciente, entre otras. Los estudiantes del programa de Odontología estarán expuestos a enfrentar algunas dificultades al realizar procedimientos quirúrgicos, por lo cual se inculca la prevención, la precaución, la atención a enfrentar de la mejor manera la situación que se presenta, y se impulsa la adquisición de estas competencias en su proceso de formación profesional.

Llamaremos “complicación” o “accidente” a los eventos inesperados producto de un procedimiento, que ocurren como consecuencia o durante una extracción de un procedimiento quirúrgico de forma accidental o iatrogénica, y que complican la buena evolución transo posoperatoria de esta técnica quirúrgica dental [1].

PROPÓSITO DE LA PRÁCTICA

El propósito de esta guía es orientar al estudiante de Odontología a prevenir, planear y tratar acertadamente los procedimientos utilizados en el manejo de complicaciones que se puedan presentar en las Clínicas de Cirugía Oral de baja y mediana complejidad y en las clínicas del pregrado de Odontología. Esto afianzará los conceptos teóricos vistos para relacionarlos con otras áreas del conocimiento, como bioseguridad, anestesia y farmacología, entre otros, con lo cual se adquirirá la capacidad de toma de decisiones y manejo de las complicaciones más comunes en cirugía oral. Durante el desarrollo de esta guía, se ampliará la concepción las técnicas para prevenir y manejar las complicaciones con más precisión. Se proporcionan elementos que les permitan a los estudiantes realizar y complementar los protocolos de cirugía oral. Este tema es indispensable para el desarrollo de competencias relacionadas con la formación clínica del profesional de odontología.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS SOBRE LA GUÍA

La guía para manejo de complicaciones quirúrgicas en cirugía oral está dirigida a estudiantes de las clínicas, a los alumnos de Clínicas de Cirugía Oral de baja y mediana complejidad, y al servicio de urgencias de la Facultad de Odontología. Se recomienda la revisión previa de cada uno de los puntos enunciados, incluyendo el propósito y los objetivos propuestos, ya que así se conocerá el alcance de la guía y se facilitará su desarrollo.

Además, es importante clarificar los conocimientos teóricos de la anatomía y fisiología del sistema estomatognático. Esto llevará a un adecuado desarrollo y afianzamiento de conceptos estudiados para seguir cada uno de los pasos establecidos, lo cual facilitará la comprensión lógica de los conceptos aprendidos y que se relacionan con los principios quirúrgicos.

Marco teórico

Las complicaciones en procedimientos quirúrgicos tienen presentaciones clínicas variadas que pueden ir de eventos leves a graves, los cuales requieren intervenciones oportunas con el fin de evitar consecuencias no deseadas. Por lo anterior, se debe identificar con claridad cuáles son los eventos pueden tener lugar durante la realización de cirugías orales:

Lipotimia: es la complicación quirúrgica posanestésica inmediata más frecuente durante extracción dental u otras cirugías orales. Puede ser secundaria a la anemia cerebral aguda. Habitualmente, es pasajera y es producida por causas emocionales como aprehensión, temor y/o reflejos. Es una forma precoz de *shock* neurogénico, y se presenta por una estimulación al sistema parasimpático que, como consecuencia, genera vasodilatación periférica, disminución de la circulación e instaura la hipoxia cerebral [2].

Shock: dentro de este grupo, el más conocido es el circulatorio, en el cual se presenta un aumento extenso de la perfusión de los tejidos, secundario a una disminución del volumen sanguíneo o a una redistribución de la circulación sanguínea, que lleva a que sea insuficiente el volumen circulante efectivo [2].

Shock anafiláctico: es la respuesta de hipersensibilidad sistémica de aparición repentina, la cual se debe a reacciones generalizadas de hipersensibilidad Tipo I que causa que en los sujetos con características inmunológicas particulares se produzcan manifestaciones mucosas, cutáneas, respiratorias y cardiovasculares que ponen en riesgo la vida del paciente [2].

Enfisema subcutáneo: es una complicación poco frecuente que se presenta como una tumefacción en el tejido conectivo originada por la acumulación de aire en su intersticio debido al ingreso brusco de aire en situaciones como un estornudo o soplido, llevando el aire de la

nariz al seno maxilar y de ahí a los tejidos blandos faciales. Esta complicación está asociada con procedimientos de extracción de molares superiores; sin embargo, se puede presentar en fracturas faciales del maxilar superior, nariz o hueso malar [1,2].

Fractura de la aguja usada en la anestesia: es una complicación que se ha hecho más frecuente posterior a la aparición de las agujas inoxidable. Puede ocurrir durante cualquier técnica anestésica dental y está asociada a errores en la técnica. Tiene mayor grado de gravedad en la técnica de anestesia troncular, debido a que el fragmento fracturado se debe extraer del interior de los tejidos [1].

Parálisis facial: es una complicación transitoria que ocurre posterior a la aplicación de un anestésico local fuera de los límites anatómicos establecidos o cuando ocurre un traumatismo que ocasione lesión en alguna de las ramas del nervio facial (VII par craneal) [2].

Fractura dentoalveolar: es la complicación más frecuente en los pacientes pediátricos que se presenta en el maxilar superior, específicamente el anterosuperior [1].

Fracturas dentarias y radiculares: es la complicación o accidente local más frecuente al realizar las extracciones dentarias [1].

Fractura de tuberosidad: esta complicación se presenta con frecuencia en adultos durante las exodoncias de segundos o terceros molares superiores [1].

Fractura mandibular: esta fractura del hueso maxilar inferior en cualquier sitio se presenta cuando se están realizando extracciones dentarias [1].

Desgarros y dehiscencias en tejidos blandos: es una complicación o accidente frecuente durante la extracción dental y la manipulación de los colgajos [2].

Comunicación bucosinusal: esta complicación de origen accidental o iatrogénico se debe a la abertura del tejido óseo del piso de seno maxilar y comunica la cavidad oral con el seno maxilar durante la extracción de los molares superiores [1,2].

Alveolorrágia o hemorragia alveolar: es la hemorragia del alveolo secundaria a la extracción dental [1,2].

Alveolitis: complicación en la que se presenta inflamación y/o infección del alvéolo luego de tres a cuatro días posteriores a una extracción dental. Su diagnóstico es basado en la clínica [2].

Avulsión dentaria: complicación en la que se presenta una desarticulación traumática de un diente de su alvéolo. Casi siempre por el empleo erróneo de los elevadores o fórceps se considera mala praxis durante la exodoncia [1,2].

Objetivo general

Establecer los lineamientos necesarios para que los estudiantes de Odontología que realizan prácticas en la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia tengan las herramientas necesarias para el abordaje de las posibles complicaciones de procedimientos quirúrgicos con las que puedan tomar decisiones acertadas en el manejo terapéutico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificación de las complicaciones más frecuentes que se presentan durante la extracción dental.
- Establecer las urgencias posextracción que se presentan y el instrumental necesario para su tratamiento.
- Prever al realizar los protocolos indicados para el procedimiento que se va a realizar.

- Aplicar los conocimientos adquiridos y afianzar los conceptos vistos en farmacología, bioseguridad y control de dolor en cirugía oral.
- Identificar y establecer los pasos para el manejo adecuado de las complicaciones.

Descripción de actividades y procedimientos de la práctica

A continuación, se encontrarán los pasos que pueden ser de ayuda al realizar el procedimiento (manejo), y se mencionan cada uno de los puntos clave que facilitan su identificación. Tenga en cuenta que dispondrá de diferentes opciones para su elección según sea el caso clínico que enfrente:

1. Compruebe los requisitos para realizar el procedimiento:
 - 1.1 Condiciones sanitarias e higiénicas del consultorio.
 - 1.2 Tensiómetro y fonendoscopio
 - 1.3 ambiental y de la unidad.
 - 1.4 Agua, aire y succión de la unidad odontológica (con su respectiva hoja de vida).
 - 1.5 Instrumental:
 - Instrumental básico
 - Bolsa grande
 - Mango de bisturí # 3
 - Periostótomo
 - Separador (Minnesota y Seldin 23)
 - Pinzas Adson con y sin garra
 - Pinzas Kelly curva y recta
 - Portaagujas
 - Tijera para tejidos
 - Tijera para sutura

- Cánula de succión
- Jeringa cárpula
- Gubia
- Cureta de Lucas
- Lima de hueso
- Elevadores rectos 3 en total
- Elevadores angulados izquierdo y derecho
- Elevadores bandera izquierdo y derecho
- Elevadores apicales 3
- Fórceps 150, 151, 16 (o Cuerno de Vaca), 69
- Fresas quirúrgicas de baja velocidad y tallo largo
- Fresas Zecrya

1.6 Pieza de baja velocidad con punta recta y pieza de alta velocidad

- Materiales e insumos (con fechas de vencimiento y semaforización):
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Agujas largas o cortas según la técnica a utilizar
- Cartuchos de anestesia según el tipo de procedimiento y paciente
- Campos estériles, batas, gorros y tapabocas
- Sutura
- Esponjas de gelatam
- Hoja de bisturí (según técnica y zona) para mango n° 5
- Yodopovidona
- Clorhexidina 0,12 %
- Suero fisiológico
- Eyector
- Jeringas hipodérmicas

FIGURA 1. Complicaciones sistémicas y locales en cirugía oral.

Fuente: elaboración propia con base en la recolección de la información consultada.

Complicaciones sistémicas en cirugía oral

LIPOTIMIA

Presentación clínica: se observa en el paciente coloración gris de la piel (palidez intensa), sudoración y/o transpiración fría y profusa, pulso bradisfigmia, hipotensión, respiración superficial, vértigo, náuseas, sensación de desvanecimiento, desmayo, pupilas midriáticas y convulsión de las extremidades (signo clínico de anoxia cerebral).

Su recuperación y reincorporación es rápida, en segundos o minutos, dejando a veces un estado de laxitud acompañado de náuseas.

Tratamiento: el paciente está sentado en el sillón de la unidad odontológica, por lo cual el cerebro está en posición superior al resto del cuerpo y es más susceptible al reducido flujo sanguíneo. Por ello se pone al paciente en posición Trendelenburg, que consiste en poner al sujeto en posición supina y elevar las extremidades inferiores en un ángulo de 45 grados. Esto facilita el retorno venoso y restablece el ritmo cardíaco a valores adecuados, asegura la oxigenación cerebral y disminuye el riesgo de isquemia. Esta posición redistribuye cerca de 1000 cc de sangre de la circulación corporal por encima de la cintura, lo cual contribuye a restablecer de manera rápida la oxigenación y la circulación cerebral. Se debe garantizar buena ventilación y desabrochar la ropa que le genere algún tipo de presión al respirar, se puede reincorporar al paciente dándole palmadas o generándole presión en puntos dolorosos como el esternón o las costillas. También, se le puede pedir al paciente que huela alcohol o amoníaco, con el fin de estimular los reflejos. Una vez que el paciente se reincorpore, se realizará nuevamente valoración y si se siente bien, se finaliza el tratamiento [2].

SHOCK

Existen cuatro tipos principales: cardiogénico, hipovolémico, séptico y (menos frecuente) el shock neurogénico y anafiláctico. Entre las causas más comunes están: la ingestión de medicamentos o alimentos, el uso de productos de látex o la reacción a terapias inmunológicas. En un tercio de los pacientes que presentan esta complicación, no se llega a establecer la causa que la desencadena. En el caso del shock anafiláctico, los pacientes que son medicados con β -bloqueadores tienen mayor incidencia de presentar reacciones anafilácticas, con respuestas paradójicas (o efectos secundarios paradójicos) a la adrenalina.

Presentación clínica: es muy variada y depende de la causa de base. El shock anafiláctico presenta síntomas iniciales de enrojecimiento de la piel, urticaria y prurito; posteriormente, pueden manifestarse síntomas respiratorios como rinorrea, estornudos, tos, edema laríngeo, disnea y cianosis [2].

Síntomas cardiovasculares: colapso vascular periférico, hipotensión arterial, taquicardia, desmayo, síncope, palidez, frialdad de la piel, shock y parada cardíaca.

Síntomas oculares: prurito ocular con lagrimeo.

Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos y diarreas.

En el shock anafiláctico, puede variar el tiempo entre el momento en que el paciente se expone al antígeno y la aparición de alguno de los síntomas. En cuadros graves, el tiempo de aparición es de segundos o minutos. La severidad de los síntomas depende del grado de hipersensibilidad del paciente, la cantidad de antígeno absorbido y la vía de administración.

El abordaje de estas complicaciones se enfatiza en el ABC de la emergencia, la permeabilidad de la vía aérea y la circulación, pilares fundamentales para salvar la vida del paciente, y la posterior remisión urgente a un nivel de atención de mayor complejidad [1,2].

Complicaciones locales en cirugía oral

ENFISEMA SUBCUTÁNEO

Características clínicas: se presenta un aumento del volumen ipsilateral de los tejidos blandos faciales, no hipercoloreados, caliente o doloroso. A la palpación se evidencia crepitación o “crujido”, lo cual lo diferencia de otros tipos de inflamación o edema de origen traumático o infeccioso.

El tratamiento se enfoca en tranquilizar al paciente, explicándole la causa. Se espera entre tres y siete días para que haya cicatrización de la vía de entrada y reabsorción del aire presente en los tejidos. De no tener evolución favorable, remitir a un nivel de atención superior [1].

FRACTURA DE LA AGUJA DURANTE LA APLICACIÓN DE ANESTESIA

Tratamiento: explicarle al paciente que la complicación presentada se encuentra asociada a un evento accidental. Remitir al paciente a un sitio de atención de segundo nivel con el fin de definir la extracción del fragmento de aguja [3,4].

PARÁLISIS FACIAL

Diagnóstico diferencial: parálisis facial periférica o parálisis de Bell, paciente hipertenso con accidente cerebrovascular, lesión en el sistema nervioso central.

Características clínicas: imposibilidad para cerrar el párpado, para fruncir el ceño o arrugar

la frente, o para contraer los músculos elevadores de los labios al reír o silbar. Al intentar cerrar los párpados, los globos oculares se vuelven hacia arriba cubriendo la pupila y exponiendo la esclera (a esto se le denomina signo de Bell). En ocasiones, se presenta pérdida del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua.

Tratamiento: se enfoca en tranquilizar al paciente y tomar el tiempo que sea necesario para que pase el efecto del anestésico. De no mejorar la parálisis, remitir a un nivel de atención mayor [2].

FRACTURA DENTOALVEOLAR

Características clínicas:

- Historia de trauma.
- Movilidad de uno o varios dientes.
- Extrusión de uno o varios dientes de sus alveolos.
- Desplazamiento del proceso dentoalveolar y falta de alineación dental (clínicamente).
- En imagen radiográfica periapical y oclusal, se evidencia en el reborde alveolar una imagen de discontinuidad ósea, lo cual corresponde a línea de fractura.
- Fractura radicular de uno o varios dientes.

Tratamiento: depende del tamaño y el desplazamiento de la fractura, como también de la posibilidad de fijación del segmento o segmentos fracturados, como se menciona a continuación:

1. *Diente o dientes exfoliados:* realizar compresión con el fin de controlar el sangrado.
2. *Fragmento dentoalveolar desplazado:* realizar reducción manual con anestesia local y posteriormente realizar fijación interdientaria a

los dientes vecinos por un tiempo de cuatro semanas.

3. *Bloque dentoalveolar con mayor desplazamiento y pronóstico desfavorable*: se puede optar por realizar la extracción dental y la regularización conservadora en los alveolos.

Indicaciones de abordaje posoperatorio en todas las variables de presentación clínica:

antibioticoterapia, analgésico, termoterapia (aplicación de frío por 24 horas y aplicación de tibio por cinco días), higiene bucal cuatro veces al día, dieta blanda por dos meses, seguimiento clínico y control radiográfico a los seis meses [1,2].

FRACTURAS DENTARIAS Y RADICULARES

Causas:

1. Incorrecto uso de instrumental al hacer la extracción dentaria y el no cumplimiento de los principios quirúrgicos de las exodoncias como: realizar los tiempos de los fórceps, no realizar aprehensión por debajo del cuello dental, aplicación fuera del eje longitudinal del diente a extraer, realización de movimientos violentos con inseguridad.
2. Dientes debilitados por caries extensas o tratamientos de conductos.
3. Dientes que presenten raíces muy delgadas, múltiples o con dilaceraciones.
4. Condensaciones de las corticales óseas.

Tratamiento: se debe realizar extracción del fragmento fracturado mediante las siguientes técnicas:

1. *Método cerrado*: extracción de la raíz por vía alveolar, sin realización de colgajo. Este método evita muchas veces la utilización del método abierto.

2. *Método abierto*: realización de un colgajo mucoperióstico de espesor total y osteotomía de la cortical ósea vestibular mediante el uso de fresas de carburo de parapiéza de alta o baja velocidad, extracción del fragmento fracturado con elevador, sutura de los tejidos blandos e indicaciones posoperatorias.
3. *Odontosección*: separando las raíces del diente para facilitar su extracción, utilizando técnica de método abierto o cerrado [1,2].

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD

Es una de las complicaciones frecuentes en adultos al realizar la extracción de los segundos y terceros molares superiores.

Causas: uso incorrecto del instrumental o errores en las técnicas para la extracción dental; al realizar la aprehensión, luxación y tracción con los fórceps, fuerzas exageradas o no controladas. Fusiones entre segundo y tercer molar, anquilosis dental, neumatización del seno maxilar o patologías asociadas.

Presentación clínica:

- Movilidad anormal de la zona con sangrado profuso.
- Imposibilidad o dificultad para cerrar la boca por contactos prematuros del segmento fracturado.
- Pérdida de la anatomía normal.
- Presencia de escalón óseo a la palpación.
- Comunicación con el seno maxilar.

Tratamiento: ante una fractura de la tuberosidad, se debe realizar una disección y extracción del fragmento fracturado. En caso de evidenciar una comunicación oro-sinusal, se

debe realizar cierre. En caso de no existir comunicación, se debe realizar eliminación de los bordes agudos con gubia y/o lima de hueso, hacer hemostasia, suturar y dar indicaciones posoperatorias. Si no es posible realizar lo anterior, colocar gasas para control del sangrado por compresión (no olvidar contar las gasas que coloca en boca). Dar indicaciones al paciente y remitir a cirugía oral, quien tratará la fractura y realizará los procedimientos que se requieran [2,3].

FRACTURA MANDIBULAR

Causas: aplicación de fuerzas exageradas durante los tiempos de los elevadores al realizar extracciones en maxilar inferior. Lesiones osteolíticas como quistes, displasias, tumores. Hueso poco corticalizado o frágil, especialmente en adultos mayores. Fracturas al realizar extracciones de caninos en pacientes de edad avanzada que presentan reabsorción ósea o uso de bifosfonatos.

Presentación clínica: dolor, movilidad de los segmentos fracturados, escalón óseo, mala oclusión, equimosis o hematomas en el piso de la boca o clínicamente intra o extra orales.

Estudios radiográficos: las radiografías oclusales y periapicales ayudan a confirmar el diagnóstico. Si es posible realizar radiografías extraorales, se debe realizar radiografía panorámica, postero-anterior o lateral oblicua.

Tratamiento: en presencia de una fractura mandibular durante la extracción dental en un primer nivel de atención, se debe inmovilizar la mandíbula con un vendaje de Barton modificado o realizar cerclaje de Erick y prescribir analgésicos y remitir a cirugía [2].

DEHISCENCIA Y DESGARROS DE TEJIDOS BLANDOS

Causas: el uso inadecuado o desplazamiento de instrumentos que desgarran los tejidos como: carrillos, labios, piso de boca, lengua, mucosa palatina, lesión de la arteria palatina, conducto de las glándulas salivales. Al tomar con las partes activas de los fórceps, produce un desgarro por prensión o durante los tiempos y movimientos de estos. Uso de elevadores con fuerza en los respectivos tiempos, esto condiciona el desplazamiento de los elevadores hacia los tejidos blandos generando lesiones. El uso de elementos rotatorios como las fresas de carburo quirúrgicas de alta o baja velocidad.

Presentación clínica: desgarros o herida en los tejidos blandos y encías. Sangrado profuso si incluye algún vaso de mediano calibre o isquemia.

Tratamiento: se encamina a realizar la hemostasia por compresión con gasas, electrocoagulación, ligadura y sutura según el requerimiento [1,3].

COMUNICACIÓN OROSINUSAL BUCOSINUSAL

Es la comunicación accidental o iatrogénica entre el seno maxilar y la cavidad oral, debida a la perforación del piso del seno maxilar durante la exodoncia de los molares superiores.

Presentación clínica: luego de la extracción hay que preguntarle al paciente si refiere sentir líquidos por la nariz, o al realizar la maniobra de Valsalva, esta es positiva.

Tratamiento: el cierre de la comunicación mediante colgajos y si esto no es posible, se debe informar al paciente y remitir a cirugía oral [4].

HEMORRAGIA ALVEOLAR O ALVEOLORRAGIA

La hemorragia o sangrado alveolar se produce tras la extracción dental. Se definen dos tiempos para su identificación y clasificación: una clasificación inmediata en las primeras 24 horas y una mediata luego de 24 horas.

Causas sistémicas: se incluyen anemias, hipertensión arterial, coagulopatías, tratamiento con antiagregantes o anticoagulante (ASA, heparina, Warfarina).

Causas locales: cuerpos extraños intraalveolares, infecciones, granulomas, fracturas de tabiques o corticales óseas [4].

Hemorragia alveolar inmediata

Tratamiento de la hemorragia inmediata pos-exodoncia: anestesia local, lavado de la cavidad alveolar con suero fisiológico, compresión de las tablas digitalmente y mediante la mordedura de gasas húmedas con suero fisiológico durante 30 minutos. De observarse punto óseo sangrante, realizar compresión con un instrumento romo y de ser posible aplicar cera hemostática o espuma de fibrina para promover estabilidad del coágulo dentro del alveolo. Realizar sutura para controlar el sangrado alveolar.

Indicaciones posoperatorias al paciente: si continúa el sangrado, dirigirse al servicio de urgencias con el fin de realizar un estudio más a fondo que determine la causa local o sistémica.

Alternativas de tratamiento:

- El pinzamiento y posterior ligadura del vaso sangrante o electrocoagulación.
- La transfixión se utiliza en vasos sangrantes que no se pueden pinzar y ligar. Por ejemplo, arteria palatina, técnica que consiste en pasar con una aguja con sutura 2-0 o 3-0 el tejido alrededor del vaso,

intentando englobarlo, tomando una buena cantidad de tejido circundante y luego anudar firmemente [4].

Hemorragia alveolar mediata

Esta ocurre entre 72 horas y siete días luego de realizada la exodoncia.

Causas: infección por necrosis vascular. Habitualmente, se produce a una enfermedad sistémica de base.

Tratamiento: lavar la zona, realizar compresión mediante mordedura de gasas embebidas en suero fisiológico y realizar remisión para manejo médico y hospitalario [4].

Hemorragia alveolar severa

Presentación clínica: el tiempo transcurrido desde que se realizó la extracción, el sangrado incontrolable y profuso del alvéolo, taquicardia, hipotensión, sed, palidez de piel y mucosas, y frialdad de la piel, *shock* hipovolémico y peligro de muerte.

Tratamiento: remitir a cirugía maxilofacial para su atención inmediata. El mejor tratamiento es saber cómo prevenirla, mediante una acuciosa anamnesis de los antecedentes familiares y personales, patológicos en busca de referencias asociadas a sangrado de heridas o extracciones dentales previas, y así mismo, de historia familiar o personal de anemia, hipertensión arterial, coagulopatías, ingesta de medicamentos antiagregantes plaquetarios o vasodilatadores. De padecer alguna de las patologías o ingerir los medicamentos antes mencionados, se debe realizar interconsulta antes de hacer la extracción con medicina general para su control o suspensión de tratamiento médico. Si el sujeto sufre de púrpura trombocitopenica idiopática, hemofilia o cirrosis, es necesario remitir a la cirugía oral para su manejo hospitalario [4].

ALVEOLITIS

Es la inflamación y/o infección del alvéolo posterior a una extracción dental y su diagnóstico está basado en la clínica.

Presentación clínica: dolor que no disminuye con analgésicos, halitosis, antecedentes de alveolitis, fiebre, ausencia o presencia de coágulo, edema gingival, adenitis regional.

Tratamiento: encaminado a combatir la infección, aliviar el dolor e inducir la cicatrización. Primero y con anestesia local eliminar esquirlas y espículas óseas, cuidando de no realizar curetaje en las paredes de los alveolares. El segundo paso es irrigar el alvéolo con abundante suero fisiológico preferiblemente tibio. Se puede usar sustancias dentro del alvéolo como esponjas de colágeno e iniciar terapia antibiótica [2].

Referencias

- [1] C. Gay Escoda, L. Berini. Cirugía bucal. Madrid: Ergon; 2004.
- [2] A. Lars. Tratado de cirugía oral y maxilofacial y prótesis para tejidos. Londres: Amolca; 2014.
- [3] S. F. Malamed. Manual de anestesia local. Barcelona: Elsevier; 2013.
- [4] M. Chapasco. Tácticas y técnicas en cirugía oral. Milán: Amolca; 2015.

Evaluación de la guía para realización de protocolos en cirugía oral dirigida a estudiantes

Posterior a la realización de la guía, se hará la presentación del protocolo según el caso clínico asumido por el estudiante y se evaluarán los conceptos aprendidos a través de la elaboración y presentación de un protocolo según los parámetros establecidos en la guía, en el cual el estudiante describirá los pasos establecidos. Para la elaboración de este informe, se sugiere la estructura básica que se expone a continuación:

El estudiante debe describir los fundamentos teóricos que lo llevaron a la toma de decisiones en cada paso de la guía, estableciendo el objetivo terapéutico, el plan de tratamiento y la justificación de cómo la aplicación de cada uno de los pasos mencionados lo llevó a la toma de decisiones según el caso.

Materiales y métodos experimentales: en los que el estudiante explique las actividades que realizará durante el desarrollo de la práctica.

Resultados: en este apartado, se hace una descripción de los resultados obtenidos a través

de la construcción de mapas conceptuales y diagramas en los que el estudiante muestre la información de manera clara, descriptiva y estructurada. Aparte de los datos, son importantes también las observaciones que se hacen, las cuales pueden retroalimentar al docente acerca de la práctica.

Discusión: se presentará el análisis de los resultados y se revisará si se cumplen las expectativas. Se trata de demostrar que la práctica de la presente guía se hizo correctamente.

Conclusiones: se analiza el desarrollo del protocolo y de los resultados obtenidos, que deben estar en correlación con los objetivos planteados. Además, se debe dar a conocer la percepción del estudiante frente a la actividad realizada y sus ideas para mejorar los resultados y procesos. También, el estudiante puede sugerir modificaciones para mejorar el protocolo establecido.

Referencias bibliográficas: en esta parte, el estudiante registrará las referencias fuente que utilizó como apoyo para la realización del informe. Solo se incluirán las referencias consultadas en la práctica y durante el desarrollo del informe.

Guías
prácticas