

	MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA			
	GUIA:		COMPLICACIONES ODONTOLOGICAS	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-0-05	Página: - 1 - de 14	Versión: 01

COMPLICACIONES ODONTOLOGICAS
1. ALCANCE
Esta guía es aplicable a la totalidad de la población que acude a la E.S.E Jenesano, tanto niños, jóvenes como adultos, es considerado un evento adverso.
2. SERVICIO Y POBLACION
Servicio de odontología en la atención en consultorio de la E.S.E Jenesano y/o extramural, a la población del municipio del Jenesano.
3. PERIODICIDAD
La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.
4. EPIDEMIOLOGIA
Las complicaciones ocasionadas en odontología por lo general son leves, pero con una alta frecuencia en la práctica. Se dan en un 20% en las exodoncias dentales y surgen por lo general por el mal uso de instrumentos, mala ejercicio de las técnicas anestésicas, fuerza excesiva aplicada y la no visualización del campo a intervenir.
No se evidencia mayor literatura al respecto.
5. DEFINICION DE LA PATOLOGIA
Una complicación médica u odontológica es toda situación que requiera una actuación médica inmediata.
En toda valoración, manejo o procedimiento de urgencia; lo primero que se evalúa es el ABC:
<p>A Vía aérea (Airway)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valora la presencia de respiración sin ninguna clase de obstrucción ya sea total o parcial. ▪ Obstrucción parcial: paciente agitado, respiración ruidosa, ronquidos, hipoxia, cianosis (aumento de CO2 en sangre) ▪ Obstrucción total: ausencia de ruidos respiratorios. <p>B Respiración .valoración cardiopulmonar (Breathing)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ya estable la vía aérea, la respiración se valora con la exploración del cuello y tórax. Para lesiones contusas o heridas que produzcan fallas del movimiento simétrico del tórax o falta de movimiento del diafragma. <p>C Circulación, hemorragia, estado de choque (circulation)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vez que se garantiza la respiración, se debe controlar el sangrado externo y estabilizar cardiovascularmente al paciente. Esto se realiza por medio de presión sobre la zona afectada.
Controlado el ABC se continúa con la valoración general empezando con el estado neurológico. La valoración neurológica es el examen del estado mental, sus patrones de habla, función de los nervios craneales, equilibrio, reflejos, etc.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de conciencia ▪ Actitud, postura del cuerpo ▪ Facie. Expresión del rostro ▪ Aparato motor, fuerza, tono, reflejos ▪ Coordinación ▪ Praxia capacidad ejecutar movimientos



MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA

GUIA:

COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-0-05

Página:
- 2 - de 14

Versión:
01

- Lenguaje : Cap. Entender, interpretar o expresar
- Gnosis (capacidad de percibir o reconocer el significado de los estímulos sensoriales)
- Pares craneales

Protocolo de valoración es la escala de GLASGOW: valora estado de conciencia, respuesta ocular, motora y verbal.

Resultados:

- El puntaje máximo es 15 → paciente sin afección neurológica
- El puntaje mínimo es de 3 → paciente en estado vegetativo

HEMORRAGIA

Es la salida de sangre fuera de su normal corriente que es el sistema cardiovascular. Es una situación que provoca una pérdida de sangre, la cual, puede ser interna (cuando la sangre gotea desde los vasos sanguíneos en el interior del cuerpo); por un orificio natural del cuerpo (como la vagina, boca o recto); o externa, a través de una ruptura de la piel.

ALVEOLITIS

Es el estado agudo necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos

TRAUMA FACIAL

El número de pacientes con traumatismos maxilofaciales que son recibidos en los distintos Servicios de Urgencias de los diferentes centros asistenciales comprende un porcentaje importante, y en aumento, de la totalidad de los pacientes tratados.

La atención inmediata en estos pacientes es importante por una serie de razones:

- traumatismos en otras regiones de organismo: cráneo, tórax, abdomen
- posible existencia de alteraciones en la ventilación
- hemorragia profusa que ocurre en el territorio cervico-facial

TRAUMA DENTO-ALVEOLAR

Conjunto de lesiones producidas por un agente mecánico que afectan dientes, tejidos de soporte y/o tejidos blandos a los que se le pueden asociar distintos factores etiologicos.

Se deben considerar las lesiones traumáticas con carácter de urgencia, por lo tanto el tratamiento debe ser inmediato. Es necesario realizar una historia clínica y una exploración minuciosa que conducirá al diagnóstico y a partir de este, se realizará la planificación del tratamiento.

HISTORIA MÉDICA

Lo más importante es preguntar como cuando y donde ocurrió el accidente

EXAMEN EXTRAORAL

- Fracturas faciales
- Laceraciones
- contusiones
- Inflamación
- Hemorragia
- Cuerpos extraños



MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA

GUIA:

COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-0-05

Página:
- 3 - de 14

Versión:
01

EXAMEN INTRAORAL

- Labios
- Frenillos
- Mucosa oral
- Encía
- Paladar
- Piso de boca
- Relaciones dentales
- Movilidad
- Fracturas coronales
- Pruebas pulpares

EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA

- Fracturas radiculares
- Tamaño pulpar
- Desarrollo radicular
- Fractura alveolar
- Cuerpos extraños
- Patología pulpar

6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

HEMORRAGIA

- Rostro y labios palidecen
- La piel se enfría y se nota pegajosa: Esto se debe a que los vasos se contraen con el fin de desviar la sangre a los órganos vitales.
- El pulso se acelera al tiempo que se debilita: Esto ocurre para compensar por la pérdida de sangre
- Visión borrosa
- Aturdimiento
- Desmayo
- Respiración superficial
- Inquieto
- Ansioso
- Locuaz

ALVEOLITIS

Los signos y síntomas comienzan entre el 2 y 4 día puede ser precoz (en las primeras horas) o de forma tardía (después de los 4 días).

- Dolor intenso con irradiaciones
- Olor fétido en el interior del alveolo
- Linfa adenopatía regional
- Interior del alveolo denudado con hueso expuesto
- Falta de coágulo sanguíneo

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD

La inflamación mediada por Ig E es responsable de reacciones que por lo general son localizadas afectando a un órgano en particular, por Ej.: vías respiratorias, aparato digestivo, piel, o bien

	MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA			
	GUIA:		COMPLICACIONES ODONTOLOGICAS	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-0-05	Página: - 4 - de 14	Versión: 01

provocar reacciones sistémicas como el shock anafiláctico. Las manifestaciones clínicas que aparecen con mayor frecuencia son las cutáneas (urticaria y angioedema), seguidas por las respiratorias y en tercer lugar las cardiovasculares

TRAUMA FACIAL LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS

Se pueden clasificar de diferentes formas tomando en cuenta la profundidad de penetración, la longitud, la zona anatómica, los tejidos involucrados y el grado de contaminación.

QUEMADURAS → Lesión en la piel causada por diversos factores. Las quemaduras térmicas se producen por el contacto con llamas, líquidos calientes, superficies calientes y otras fuentes de altas temperaturas; aunque el contacto con elementos a temperaturas extremadamente bajas, también las produce. También existen las quemaduras químicas y quemaduras eléctricas.

LACERACIONES → Herida de espesor completo de la piel, producida por la compresión de la piel contra el hueso con un objeto romo.

Presentan: Inversión de los bordes de la herida, Pueden sangrar abundantemente (no lo hacen por la retracción de los vasos sanguíneos por la compresión durante el golpe)

HERIDAS → Producida por objetos afilados. Las heridas que siguen la dirección de las líneas de tensión cutánea son mucho más estéticas que las que se disponen oblicua o perpendicularmente. El cierre debe hacerse por planos, de profundidad a superficie asegurando siempre la integridad del soporte óseo.

- **LIMPIAS:** Requieren de un lavado con sustancias antisépticas (jabón, clorhexidina). Suturar en forma 1 hasta 48 horas después.
- **CONTAMINADAS:** Hay cuerpos extraños (tierra, piedras, metal vidrios, maderas pasto.) se deben retirar para el lavado. Se debe colocar toxoide tetánico.

ABRASIONES → Son desgastes o roces superficiales y consisten en la pérdida de la epidermis con exposición de la dermis papilar. Curan con fármacos tópicos

CONTUSIONES → Son lesiones de partes blandas sin solución de continuidad cutánea. Pueden no requerir tratamiento o precisar obligatoriamente la realización de un drenaje, sobre todo en lo que respecta a los hematomas del tabique nasal y del pabellón auricular.

Se acompañan de dolor, inflamación, equimosis, hematoma y, en los casos más severos, de necrosis cutánea. Varía según la zona: En párpados y labios se da más que en la frente o mejillas.

LESIONES EN TEJIDOS DUROS

FRACTURAS MANDIBULARES

Por prominencia, posición y configuración anatómica es uno de los huesos faciales, junto con el malar y los huesos propios que más se fractura.

Es un hueso de consistencia dura que presenta tres zonas débiles que son el cuello del cóndilo mandibular, la zona canina-agujero mentoniano y el ángulo mandibular debido a la confluencia de las ramas horizontal y vertical y la presencia de la muela del juicio.

Es más frecuente en varones jóvenes entre 20 y 30 años. La zona de fractura más frecuente es el cóndilo mandibular, seguido del ángulo mandibular y la región parasinfia.

MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA				
GUIA:		COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS		
	Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-0-05	Página: - 5 - de 14
				Versión: 01

La causa más frecuente son los accidentes de tráfico, agresiones y los accidentes domésticos.

▪ **CLÍNICA**

Síntomas: dolor, tumefacción, disconfort, hematoma, deformidad, movilidad anormal, crepitación, salivación, mal olor, mal oclusión y trismus .

Signos: mala oclusión, movilidad del foco de fractura, disfunción a la deglución y masticación, crepitación y tumefacción.

▪ **RADIOLOGÍA**

Posteroanterior de cráneo, desenfaladas de mandíbula y/o TAC

- **Fractura del ángulo y cuerpo mandibular:** mala oclusión, pérdida del contorno mandibular, movilidad de fragmentos, alteraciones de la sensibilidad del labio inferior, trismus, tumefacción y equimosis.
- **Fractura del cóndilo:** mala oclusión, mordida abierta anterior, contacto prematuro posterior, desviación mandibular en apertura, trismus y dolor.
- **Fractura de rama mandibular y apófisis coronoides:** contorno de rama alterada, mordida abierta, edema peri auricular, trismus sin mala oclusión.

FRACTURA DEL MALAR

Las fracturas de malar siguen en frecuencia a las fracturas nasales y mandibulares. Se presenta en gente joven y las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico, agresiones y accidentes domésticos.

▪ **EXPLORACIÓN**

Palpación comparativa de los rebordes óseos de ambas órbitas y arco cigomático.

Palpación intraoral de la cara anterior y lateral del maxilar superior (arbotantes nasomaxilar, maxilomalar y pterigomaxilar).

Valoración oftalmológica:

-Campimetría por confrontación - Agudeza visual - Motilidad ocular -Reflejo pupilar directo y consensuado - Tejidos blandos periorbitarios

FRACTURA NASO-ORBITO-ETMOIDAL

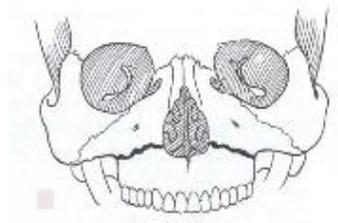
- Edema nasal y o peri orbitario, equimosis en tercio medio, aplastamiento dorso nasal, enoftalmia, diplopía, epifora, crepitación, fístulas de LCR y alteraciones del olfato.

MAXILAR SUPERIOR

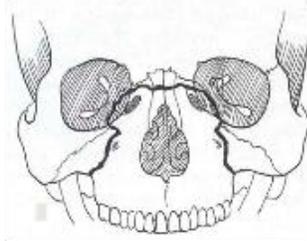
La causa más frecuente de estos traumatismos son los accidentes de tráfico y dependiendo de la fuerza y dirección del traumatismo tendremos un tipo de fractura u otro.

CLASIFICACIÓN

- 1) **Fractura Le Fort I o de Guerin o transversal de maxilar superior:** La línea de fractura se localiza sobre los ápices dentarios y se extiende hasta las apófisis pterigoides.



- 2) **Fractura Le Fort II o piramidal:** La línea de fractura discurre por la raíz nasal, hueso lacrimal, reborde infraorbitario y por la pared del maxilar hasta la apófisis pterigoides.



3) **Fractura Le Fort III o disyunción cráneo facial:** raíz nasal, hueso lacrimal, apófisis frontal del hueso malar, pared lateral y posterior del maxilar hasta apófisis pterigoides.



TRAUMA DENTO-ALVEOLAR INJURIAS DE LOS TEJIDOS DUROS

INFRACCIÓN DEL ESMALTE

- Es una fractura incompleta del esmalte, en dirección vertical u horizontal.
- No hay pérdida de sustancia dental
- Causada por un impacto directo en el esmalte
- Puede existir exposición de los túbulos dentinales, lo cual puede producir sensibilidad.

FRACTURA CORONAL NO COMPLICADA FRACTURA DEL ESMALTE

Fractura con pérdida de sustancia dental que solo involucra el esmalte.

Ocurren con mayor frecuencia en dentición temporal generalmente en los centrales superiores

FRACTURA DE ESMALTE Y DENTINA

Fractura en la cual hay pérdida de esmalte y dentina que no involucra la pulpa.

Exponen gran cantidad de túbulos dentinales que constituyen una vía bacteriana que pueden causar patología pulpar

- Existe riesgo de necrosis pulpar (1 - 6%)

FRACTURA CORONAL COMPLICADA

Ruptura de los tejidos de esmalte y dentina con compromiso pulpar.

Se diagnostica clínicamente al observar la exposición pulpar.

El tiempo transcurrido desde la injuria y el estado de desarrollo radicular influye en el tratamiento.

FRACTURA CORONO-RADICULAR NO COMPLICADA

Es la fractura que involucra esmalte, dentina y cemento.

La línea de fractura se encuentra debajo del margen gingival, que sigue una dirección oblicua

Para el Diagnóstico se deben tomar mínimo 2 Rayos X periapicales en diferentes angulaciones



MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA

GUIA:

COMPLICACIONES ODONTOLOGICAS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-0-05

Página:
- 7 - de 14

Versión:
01

FRACTURA CORONO-RADICULAR COMPLICADA

Es la fractura que involucra esmalte, dentina, cemento y pulpa
La línea de fractura se encuentra sub-gingival y hay exposición pulpar

FRACTURA RADICULAR

Es una lesión que compromete a la raíz, afectando cemento, dentina y tejido pulpar.
Suele ser resultado de un traumatismo horizontal
Los incisivos centrales superiores son los dientes que más se afectan
El pronóstico mejora conforme la línea de fractura se acerca al ápice radicular.

INJURIAS DEL TEJIDO PERIODONTAL

CONCUSIÓN

Trauma a los tejidos de soporte sin desplazamiento o movilidad, con reacción a la percusión.

SUBLUXACIÓN

Lesión a los tejidos de soporte con movilidad anormal pero sin desplazamiento del diente, no se observan cambios radiográficos

LUXACIÓN EXTRUSIVA

- La luxación extrusiva es el desplazamiento parcial del diente fuera del alveolo.
- Provocado por una fuerza lesiona al diente y tiende a expulsarlo.
- CARACTERÍSTICAS CLINICAS
- Aumento en la longitud de la corona.
- Movilidad en sentido horizontal y vertical.
- Hemorragia por el surco gingival.
- En la percusión que es dolorosa se obtendrá un sonido mate.
- Pruebas de vitalidad negativas al existir rotura del paquete vasculonervioso.
- RX: aumento en el espesor del espacio periodontal, por la hemorragia que se produce.

LUXACIÓN INTRUSIVA

- Desplazamiento del diente en sentido apical hacia la profundidad del hueso alveolar.
- Producidas por fuerzas intrusivas en la misma dirección del eje longitudinal del diente (axial)

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

- Al realizar percusión sobre el esmalte el sonido será metálico.
- La palpación del proceso alveolar nos revela la posición del diente dislocado.
- RX: Cuando el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, el ápice puede visualizarse y el diente afectado aparece más corto que el contralateral.
- Cuando el ápice está desplazado hacia el germen del diente permanente, el ápice no puede ser visualizado y el diente aparece elongado.

LUXACION LATERAL

- La luxación lateral es el desplazamiento del diente en sentido lateral o anteroposterior.
- Provocado por una fuerza que incide sobre el diente en dirección no axial.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

- Debido a la fuerza del traumatismo, la corona clínica del diente se desplaza hacia palatino.
- El ápice en su movimiento hacia vestibular rompe el hueso alveolar. En casos mas graves, junto con la lesión pulpoperiodontal, se encontrara perdida de hueso de soporte.
- Hemorragia por el surco gingival



MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA

GUIA:

COMPLICACIONES ODONTOLOGICAS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-0-05

Página:
- 8 - de 14

Versión:
01

- Interferencias en la oclusión
- Al hacer percusión se obtendrá un sonido metálico, las pruebas de vitalidad serán negativas.
- RX: Se observa un aumento del espacio periodontal a nivel apical.

AVULSIÓN

- Es el desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo.
- Los centrales superiores son los dientes que con mayor frecuencia se avulsionan

INJURIAS DE TEJIDOS BLANDOS

LACERACIÓN

- Herida o cortadura que puede ser superficial o profunda, con o sin pérdida de tejido.
- Resultante de un desgarro usualmente producido por un objeto agudo

ABRASIÓN

- Cuando se produce una raspadura superficial denudando piel o mucosa con sangrado superficial.

CONTUSIÓN

- Se refiere a magulladuras producidas por el impacto sin una ruptura de la mucosa, generalmente puede estar acompañada de una hemorragia submucosa.

7. FASE DIAGNOSTICA

HEMORRAGIA

- La consecuencia inmediata es la hemorragia operatoria, es decir, el flujo de la sangre fuera del sistema vascular, sea arterial o venoso, y los fenómenos generales consiguientes a esas hemorragias, que cuando sobrepasan cierto límite sin ser controladas, son ya conocidos: hipovolemia e hipoperfusión de los tejidos que puede llegar hasta el estado de shock constituido.

ALVEOLITIS

- Alveolo vacío después de dos o tres días de la extracción.
- Halitosis.
- Dolor severo que puede irradiar
- En algunos casos se puede encontrar un ligero aumento de temperatura.

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD

- Básicamente por las manifestaciones clínicas.

Pruebas:

- Prueba del pinchazo
- La Prueba Prick modificado (Método de Pepys)
- Prueba intradérmica

TRAUMA FACIAL

QUEMADURAS

- Quemaduras de primer grado (superficiales) Afectan sólo la epidermis o capa externa de la piel. El lugar de la quemadura duele, no presenta ampollas y está enrojecido. La lesión suele consistir en el aumento o disminución de la coloración de la piel
- Quemaduras de segundo grado (de espesor parcial): Afectan la epidermis y parte de la dermis. El lugar de la quemadura está enrojecido y ampollado y puede estar tumefacto y doler.



MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA

GUIA:

COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-0-05

Página:
- 9 - de 14

Versión:
01

- Quemaduras de tercer grado (de espesor total) Destruyen la epidermis y la dermis. Este tipo de quemaduras también pueden dañar los huesos, los músculos y los tendones. El lugar de la quemadura presenta un color blanco o carbonizado.

LACERACIONES

- Inversión de los bordes de la herida, Pueden sangrar abundantemente (no lo hacen por la retracción de los vasos sanguíneos por la compresión durante el golpe)

FRACTURA DEL MALAR

- Depresión o pérdida de proyección de la eminencia malar, solución de continuidad en reborde infraorbitario, equimosis conjuntival, hematoma palpebral, enoftalmos, hematoma surco gingivo vestibular superior, anestesia del territorio del nervio infraorbitario (medio labio superior, ala nasal y dientes premolares) y epistaxis son los síntomas y signos de esta patología.
- Dentro estos signos comunes debemos añadir dos entidades complementarias que son la aparición de trismus por fractura de arco cigomático y diplopia que ocurre por atrapamiento de la musculatura extrínseca ocular y/o grasa periorbitaria en los casos de fractura de suelo de orbita
- RADIOLOGÍA→ Proyecciones de Hirtz, Waters, y TAC

FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR

- Hematoma periorbitario bilateral o en antifaz
- Epistaxis
- Equimosis conjuntival Aumento de la longitud del tercio medio facial (cara larga, cara deplato).
- Mala oclusión.
- Mordida abierta anterior: contacto prematuro de los molares respecto al segmento anterior.
- Vigilar rinoliquorrea y otorrea.
- RADIOLOGÍA→ Proyección de Waters y TAC.

8. FASE TERAPEUTICA

HEMORRAGIA

- Inicialmente, aplicar presión sobre la herida con gasas impregnada de hemostático.
- Se sutura, en caso necesario, con aguja redonda y material reabsorbible. Si se requiere retirar los puntos, se debe aplicar previamente el factó.
- Aplicación de vitamina K intramuscular

ALVEOLITIS

- OBJETIVO:

Acelerar al máximo

La regeneración del hueso normal y control del dolor.

1. Anestesia
2. Remoción de suturas si es necesario
3. Limpieza de la cavidad con suero fisiológico
4. No realiza curetaje para evitar la diseminación de la infección.
5. Colocar aposito de gasa con eugenol y glicerina o gasa yodoformada. Si se encuentra disponible gasas de gelatam
6. Tratamiento sistémico: dependerá de la condición clínica del paciente Analgésicos y/o Antibióticos

	MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA			
	GUIA:		COMPLICACIONES ODONTOLOGICAS	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-0-05	Página: - 10 - de 14	Versión: 01

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD

- Colocar en posición horizontal al paciente, de modo que las piernas queden más altas que la cabeza.
- Se le deben administrar de 0.5 ml a 1ml de epinefrina intramuscular (debe repetirse cada 10 minutos de acuerdo a la necesidad del paciente)
- Despejar las vías aéreas y si es necesario suministrar oxígeno al 100%
- De 10 a 20 mg de clorfenamina (antihistamínico) se deben administrar por vía intravenosa
- 100 mg de hidrocortisona de sodio administrarse por vía intravenosa que ayuda a reducir el edema y estabilizar los mastocitos

TRAUMA FACIAL

QUEMADURAS:

1. Compresas frías, Licones o ungüentos y Acetaminofén o ibuprofeno.
2. Ungüentos antibióticos, Cambios de apósitos una o dos veces por día, dependiendo de la gravedad de la quemadura Limpieza diaria de la quemadura para retirar la piel muerta o el ungüento y Antibióticos
3. Limpieza y debridamiento inmediato (retiro de la piel y el tejido muerto de la zona quemada). Líquidos que contengan electrolitos, administrados por vía endovenosa Antibióticos por vía endovenosa o vía oral Ungüentos o cremas antibióticas Creación de un medio cálido y húmedo para la quemadura Suplementos nutricionales y una dieta rica en proteínas Analgésicos
4. Injerto de piel (en algunos casos, necesario para cerrar el área lesionada)
5. Reconstrucción funcional y estética

FRACTURAS MANDIBULARES

- Preservar vía aérea.
- Control de la hemorragia.
- Sutura de heridas
- Limpieza de la cavidad oral
- Remitir a centro especializado.
- Cobertura antibiótica y analgésica

FRACTURA NASO-ORBITO-ETMOIDAL

El tratamiento más utilizado en las fracturas mandibulares consiste en realizar un bloqueo intermaxilar mediante férulas, asentadas en los dientes de la arcada superior e inferior con alambres. Así consigue la inmovilidad de los fragmentos óseos manteniendo la oclusión correcta. Las bases principales del tratamiento de las fracturas son estabilización de la misma a estructuras óseas intactas y corrección de la mala oclusión dentaria.

En las fracturas alveolares, se deben corregir todos los desplazamientos dentarios tanto superiores como inferiores, utilizando así la mandíbula intacta como férula para el maxilar superior. Si después de este tipo de inmovilización la fractura sigue móvil y persiste el alargamiento de la cara, es necesario hacer la suspensión del fragmento del maxilar, colocando alambre a través de los rebordes infraorbitarios y bajándolos intratisularmente hacia el vestíbulo superior para fijarlos a los arcos dentarios.

Es conveniente mencionar el tratamiento que se hace para las fracturas de la cara especialmente cuando existen marcados desplazamientos óseos.



MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA

GUIA:

COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-0-05

Página:
- 11 - de 14

Versión:
01

TRAUMA DENTO-ALVEOLAR **INJURIAS DE LOS TEJIDOS DUROS**

INFRACCIÓN DEL ESMALTE

- si no hay sintomatología no requiere
- Si hay sensibilidad esta indicada la aplicación de un adhesivo
- Es necesario mantener el diente en observación y control periódico

FRACTURA CORONAL NO COMPLICADA

FRACTURA DEL ESMALTE

- Si no es muy grande, se pule la superficie.
- Si hay compromiso estético se realiza restauración con resina
- Se deben realizar controles para evidenciar lesiones pulpares

FRACTURA DE ESMALTE Y DENTINA

- Según la cantidad de dentina remanente, se puede colocar un recubrimiento pulpar indirecto
- Según la cantidad de tejido perdido es el tratamiento Forma plástica o Resina

FRACTURA CORONAL COMPLICADA

- Se debe tener en cuenta la extensión del trauma, el tiempo de exposición, la edad, el comportamiento del paciente.
- Exposición de el tamaño de la cabeza de un alfiler y si no han pasado mas de 2 horas → PULPOTOMIA
- Si no se cumplen estas condiciones se realiza → PULPECTOMIA
- La restauración a elegir es la forma plástica o corona de acero según la cantidad de tejido remanente
- Si el diente esta próximo a exfoliar o con mas de 2/3 de reabsorción se realiza la exodoncia.
- No olvidar realizar controles radiográficos
- DIENTES PERMANENTES con formación radicular incompleta

FRACTURA CORONO-RADICULAR NO COMPLICADA

- Dientes temporales → Exodoncia
- Dientes permanentes → Retirar el fragmento fracturado y realizar restauración subgingival.
Retirar el fragmento fracturado, realizar extrusión ortodóntica y restaurar

FRACTURA CORONO-RADICULAR COMPLICADA

- Dientes temporales → Exodoncia
- Dientes permanentes → Retirar el fragmento fracturado, realizar tto endodóntico y extrusión ortodóntica y restaurar
Eliminación del fragmento coronario, tto de endodoncia, gingivectomía, osteotomía y restauración

FRACTURA RADICULAR

DIENTES TEMPORALES

- Línea de fractura apical → Si la movilidad es mínima se deben hacer múltiples controles radiográficos
- Línea de fractura en tercio medio → Si se presenta movilidad excesiva y desplazamiento se debe realizar exodoncia de la parte coronal y esperar q se reabsorba la raíz, controles rx.



MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA

GUIA:

COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-0-05

Página:
- 12 - de 14

Versión:
01

- línea de fractura en tercio coronal →
Se debe realizar exodoncia de los dos fragmentos, ya que no se puede restaurar la raíz
DIENTES PERMANENTES
- Línea de fractura apical →
Si la movilidad es mínima se deben ferulizar y hacer múltiples controles radiográficos y alivio oclusal
- Línea de fractura en tercio medio →
Si se presenta movilidad excesiva y desplazamiento se debe realizar exodoncia
- Línea de fractura en tercio coronal →
Si la parte radicular es restaurable, realizar endodoncia convencional y rehabilitación con perno y muñón.
- Si no es restaurable exodoncia

INJURIAS DEL TEJIDO PERIODONTAL

CONCUSIÓN

- Observación y control clínico y radiográfico cada 3 meses

SUBLUXACIÓN

- Observación, control clínico y radiográfico, e indicar a los padres una excelente higiene oral

LUXACIÓN EXTRUSIVA

- El tratamiento dependerá del grado de desplazamiento y de la movilidad además de el desarrollo radicular y la cooperación del niño
- Si la extrusión es menor de 3mm en un diente inmaduro se puede practicar una reposición cuidadosa, se hará mediante una suave presión digital con el fin de restablecer la posición original del diente.
- Si el diente tiene excesiva movilidad o está muy desplazado el tratamiento será la exodoncia.

LUXACIÓN INTRUSIVA

- Leve: esperar re erupción 3-4 semanas hasta 6 meses, control clínico y radiográfico cada semana por un mes, y después cada tres meses por un año.
- Severa: exodoncia y comunicar a los padres de la posible secuelas en permanentes.

LUXACION LATERAL

- Si la corona esta desplazada hacia vestibular y el ápice hacia palatino se debe hacer exodoncia.
- Si la corona esta desplazada hacia palatino y el ápice hacia vestibular se debe hacer reposición digital y seguimiento, permanente haya erupcionado.
- Si no hay interferencias oclusales, se puede dejar para que el diente se repositone espontáneamente.
- Si existen interferencias mínimas se pueden tallar los dientes que provocan interferencias para que se repositone espontáneamente.

AVULSIÓN

- En dientes temporales está contraindicado el reimplante.
- En dientes permanentes está indicado el reimplante
- Reposicionar el diente y ferulizar con resina de fotocurado y alambre durante dos o tres semanas, controles radiográficos, realizar TCC al diente que sufrió la avulsión.

ALVEOLITIS

- Se debe irrigar generosamente el alveólo con abundante cantidad de solución salina y el exceso deberá ser succionado cuidadosamente fuera del sitio de la extracción.
- Se recomienda no intentar hacer curetaje, ya que de esta manera se estaría exponiendo una mayor cantidad de hueso alveolar y ocasionando mayor molestia en el paciente, pero es entonces donde debemos considerar que de que otra manera si no es haciendo curetaje para debridar el tejido dañado y eliminar los restos del coágulo, podremos inducir la formación de un nuevo coágulo sanguíneo, por lo tanto considero que el hacer curetaje si es necesario en este caso.
- Se debe colocar dentro del alveólo una solución medicada con yodoformo, eugenol o benzocaína con el fin de aliviar el dolor.
- El paciente deberá regresar a una siguiente consulta y deberá ser cuestionado para identificar el nivel del dolor, la curación deberá ser cambiada cada 48 a 72 horas.
- El paciente deberá ser instruído para mantener el alveólo limpio, e informado que el alveólo seco es un retraso en la cicatrización que normalmente se resuelve en tres a cinco días.

REIMPLANTE

El reimplante es la técnica en que un diente, usualmente de la región anterior, se reinserta en el alveolo después de su salida o desplazamiento por causa de accidente.

Usualmente se produce reabsorción lenta o aun rápida aunque en ocasiones se obtiene una Conservación prolongada.

- El éxito del implante se relaciona con el tiempo transcurrido entre la caída del diente y su reimplante en el alveolo.
- El estado del diente y la del ligamento periodontal remanente sobre la superficie de la raíz son factores importantes que influyen sobre el éxito de este.
- Cuanto antes pueda reimplantarse un diente en su alveolo, mejor será el pronóstico de retención sin reabsorción radicular.

Manejo en el Consultorio

- Cita de emergencia.
- Colocar el diente en HBSS mientras se realiza el examen y se realiza la historia.
- La HBSS es capaz de presentar y reconstruir las células. Proporciona un medio ambiente químico y de protección mecánica.
- El estado general del paciente debe ser evaluado rápidamente para confirmar que no existan heridas de mayor prioridad.
- Si la evaluación del área alveolar no muestra evidencia de fractura o lesiones titulares graves el diente está intacto y transcurrió poco tiempo (-30 min) desde la avulsión se debe, reimplantar inmediatamente el diente después de haber sido lavado con solución salina balanceada de Hank.
- Preparar el alvéolo para reposicionar suavemente el diente.
- Preparar la raíz.

Reimplantación del diente

1. Si el tiempo extraoral en seco es menor de 1 hora, reimplantar inmediatamente luego de lavar con HBSS.
2. Si el diente ha sido almacenado en un medio fisiológico (HBSS, Leche, Saliva) reimplante inmediatamente.

Manejo de la superficie radicular

1. Mantener el diente húmedo todo el tiempo. (HBSS)
2. No manipular con los dedos la superficie radicular.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA			
	GUIA:		COMPLICACIONES ODONTOLOGICAS	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-0-05	Página: - 14 - de 14	Versión: 01

3. No raspar o bruñir la superficie radicular o remover el ápice de la raíz.
4. Si la raíz parece limpia, reimplante después de lavar con solución salina balanceada de Hank o Solución Salina.
5. Si la superficie radicular está contaminada, lave con HBSS o Solución Salina. Si persisten los restos sobre la raíz, utilice suavemente un aplicador de algodón para remover los restos

Manejo del alvéolo

1. Suavemente aspirar el alvéolo sin entrar en él. Si el coágulo está presente irrigar con Solución Salina.
2. No curetear el alvéolo.
3. No abrir el alvéolo.
4. No realizar colgajo quirúrgico a menos que el fragmento óseo evite la reimplantación.
5. Si el hueso alveolar esta colapsado, cuidadosamente insertar un instrumento entre el alvéolo y reposicionar el hueso a su estado original.
6. Después de la reimplantación, comprimir manualmente, las caras vestibulares y linguales óseas.

Manejo de los tejidos

- Suturar suavemente alguna laceración del tejido, particularmente en cervical.
- La sutura de los tejidos blandos puede demorarse hasta después de la reimplantación del diente en su alveolo; no obstante la sutura debe efectuarse para controlar la hemorragia antes de estabilizar el diente con férula de resina y alambre.

9. CRITERIOS DE EVALUACION Y REMISION

Control en tres días, revisión general del paciente. Si es necesario se realiza remisión a cirugía maxilofacial.

10.RECOMENDACIONES

- Emplear correctamente cada una de las técnicas recomendadas para llevar a cabo los procedimientos odontológicos, ya que de esta manera se pueden prevenir las complicaciones odontológicas.
- Tener en cuenta que cada paciente es diferente y por lo tanto requieren tratamientos especiales para cada uno.