

Módulo IV

- 4.1 Manejo del alveolo postextracción: Recomendaciones y tratamiento
- 4.2 Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias

- Las complicaciones se pueden clasificar en:
 - **Intraoperatorias.** Las que pueden ocurrir durante la intervención quirúrgica
 - **Postoperatorias.** Aquellas que pueden ocurrir tras la intervención.

Complicaciones intraoperatorias.

- Además de las complicaciones sistémicas, localmente se pueden producir:

Complicaciones anestésicas

- Dolor
- Rotura de aguja
- Rotura del carpule
- Hematoma
- Parálisis del nervio facial
- Isquemia
- Inyección en vaso
- Necrosis
- Infección

Tejidos blandos

- Laceración
- Abrasión
- Edema
- Hematoma
- Luxación de ATM
- Enfisema
- Lesiones nerviosas

Sobre los dientes

- Error en el diente a extraer
- Fractura del diente a extraer
- Daño a dientes adyacentes
- Migración del diente o resto
- Luxación de dientes adyacentes
- Imposibilidad de luxación o tracción

Tejidos duros

- Fractura de apófisis
- Fractura de mandíbula
- Fractura de tuberosidad
- Comunicaciones orosinusales
- Esquirlas óseas

Complicaciones intraoperatorias.

- **Complicaciones anestésicas**

- **Fracaso reiterado en el bloqueo:** Se producen por defecto de técnica.
- **Rotura de aguja:** el punto débil está en la base de la aguja. Más frecuente en anestesia del n dentario inferior por movimientos bruscos del paciente o del profesional. Si se puede, retirar en el momento. En caso contrario precisará eliminación con escopía o ecógrafo.
- **Rotura del carpule:** por alta presión al inyectar. El adhesivo impide el desprendimiento de los fragmentos de vidrio.
- **Hematoma:** si la punción perfora algún vaso. Puede presentarse de forma rápida o lenta. Si es rápida basta con compresión digital para detener el sangrado e impedir su difusión. Es más frecuente en el bloqueo del n dentario superior y posterior y en el del n dentario inferior.
- **Parálisis del nervio facial:** en la técnica de anestesia del n dentario inferior, por difusión a la parótida. Es pasajera pero el efecto preocupa al paciente, sobre todo la imposibilidad del cierre palpebral. Es preciso utilizar un colirio.
- **Isquemia:** relacionada más con partes blandas de la fibromucosa palatina por exceso de anestésico.
- **Inyección en vaso:** es conveniente la aspiración previa antes de la inyección, para evitar los efectos adversos del fármaco.
- **Necrosis:** más frecuente en inyección intraósea o en áreas menos vascularizadas.
- **Infección:** la desinfección previa con colutorio o gasa embebida disminuye el riesgo.

Complicaciones intraoperatorias.

- **Tejidos blandos**

- **Laceración, desgarro:** por defecto de control del instrumental de extracción: bisturí, elevadores, periotomo, fórceps. Es preciso reponer los tejidos con sutura.
- **Abrasión:** provocada las más de las veces por los instrumentos rotatorios, por falta de control al producirse contacto del tallo de una fresa de ostectomía con la mucosa. Otras veces por calentamiento repentino de un instrumento rotatorio que apoya sobre partes blandas.
- **Edema:** es directamente proporcional a la duración de la intervención, a más duración más edema, y al cuidado minucioso de las fases de la extracción.
- **Sangrado:** Precisamos una buena aspiración. Si se produce sangrado profuso durante la intervención se procede a la identificación y ligadura del vaso o electrocoagulación. La compresión con gasa embebida en hemostáticos (Ac Tránexánico) o con colágeno absorbible (Lyostyp) dentro del alveolo y partes blandas resuelve en la mayor parte de los casos la situación.
- **Luxación de ATM:** requiere control con la mano contraria para no extrapolar la fuerza de la extracción fuera del alveolo. Es conveniente reducción inmediata con la maniobra de Nelaton.
- **Enfisema:** Evitar que con el instrumental rotatorio neumático se introduzca aire en el campo operatorio. Si se produce hay edema de presentación rápida con crepitación. Cede espontáneamente en las siguientes horas.
- **Lesiones nerviosas:** un estudio previo de la imagen panorámica limitará el posible daño sobre todo en el n dentario inferior en el mentoniano y en el lingual. No se debe olvidar que la acción química del anestésico o la acción de la aguja pueda provocar también su lesión

Complicaciones intraoperatorias.

- **Sobre los dientes:**

- **Fractura del diente a extraer:** por defectuosa iluminación, por incorrecta aplicación de la fuerza, defecto de técnica o por elección incorrecta del fórceps. Si se produce valorar realizar un colgajo mucoperiostico triangular con ostectomía para liberar las raíces y extraerlas. Es preciso una aspiración eficaz. En dientes multiradicales la odontosección facilita la extracción.
- **Daño a dientes adyacentes:** Por incorrecta aplicación de la fuerza. La presencia previa de caries, coronas, enfermedad periodontal etc., aumenta el riesgo.
- **Migración/Desplazamiento del diente o resto:** hacia el conducto dentario inferior en cuyo caso es conveniente suspender la extracción y realizar una radiografía apical. Si el control del sangrado lo permite se puede intentar su extracción y si esto no fuera posible remitir a un cirujano. Lo mismo en el caso de desplazamiento al suelo de la boca, al seno maxilar o al espacio pterigomaxilar en el caso de terceros molares superiores. Son situaciones que por inusuales es importante valorar nuestra competencia en su manejo y remitir a un cirujano experto la complicación.
- **Luxación de dientes adyacentes:** por incorrecta aplicación del punto de apoyo. Si se produjese puede ferulizar el diente luxado de forma semirrigida en un corto espacio de tiempo.
- **Imposibilidad de luxación o tracción:** por anquilosis. Requiere amplia ostectomía o replantarse la extracción

Complicaciones intraoperatorias.

- **Tejidos duros**

- **Fractura de apófisis alveolar:** si existe fijación del fragmento óseo al periostio no se deben eliminar los fragmentos. Solo en el caso de pequeños fragmentos éstos deben ser retirados. Se precisa un irrigación profusa.
- **Fractura de mandíbula:** se debe realizar un bloqueo intermaxilar con braquets y elásticos o fijación con alambre de dientes contiguos a la línea de fractura y remitir a un centro especializado.
- **Fractura/Arrancamiento de tuberosidad:** En dientes multiradiculares o sin ligamento periodontal. Si el fragmento óseo está unido al periostio se debe conservar. Una ostectomía periradicular facilita la extracción del diente. En el caso de sangrado profuso una vez controlado, se puede diferir la exodoncia.
- **Comunicaciones orosinusales:** en el caso que no exista desplazamiento de raíces, lo mejor es colocar un hemostático: Surgicel, Lyostyp, Colageno y suturar la entrada al alveolo. Si la comunicación es mínima tiende a su cierre. Si existe mínimo desplazamiento dentario hacia el seno se debe intentar retirar mediante aspiración o con instrumental pequeño de tracción. Si ha penetrado a través de la membrana sinusal es necesario realizar intervención de Caldwell-Luc.
- **Esquirlas óseas:** tras irrigación profusa deben ser retiradas y regularizar las paredes del alveolo

Complicaciones postoperatorias.

Tejidos blandos

- **Hemorragia/Sangrado:** En el caso que nos sea controlable con compresión es preciso revisar el alveolo y las partes blandas y proceder a identificación de los puntos o puntos de sangrado y proceder a su hemostasis con ligadura, con electrocoagulación o fármacos hemostáticos ya mencionados. Es preciso retirar del alveolo los posibles restos o sustancias extrañas al alveolo. Controlar si hay algún factor sistémico: hipertensión, trastorno de la coagulación por cualquier causa etc..
- **Edema:** la aplicación de frío local en las primeras horas postoperatorias lo limita. El empleo de AINES y corticoides por vía oral, IM o IV favorece la disminución.
- **Hematoma:** una vez instaurado lo habitual es su reabsorción. En algunos casos puede ser preciso su drenaje
- **Trismo o limitación de apertura bucal:** es habitual tras una exodoncia sobre todo del maxilar inferior por la contractura muscular de los músculos de cierre provocada por la inyección anestésica o por el propio trauma de la extracción. El control de dolor con AINES, los relajantes musculares y el ejercicio progresivo de apertura y cierre por parte del paciente, mejoran el cuadro.
- **Dehiscencia de suturas,** aun siendo frecuentes no tienen trascendencia, sino existe ningún otro tipo de complicación.

Complicaciones postoperatorias.

- **Infecciosas**

- **Alveolitis seca:** cursa con dolor intenso. Es una osteitis localizada provocada por la ausencia o pérdida protectora del coágulo alveolar, con lo que las paredes alveolares quedan expuestas. El uso de antibióticos está en discusión y no parecen acortar el periodo de dolor. El tratamiento consiste en disminuir el dolor con AINES y/o analgésicos de acción central. Localmente las irrigaciones para eliminar posibles restos en el interior del alveolo o los apósitos locales conteniendo analgésicos pueden mejorar el cuadro. Es preciso cambiarlos diariamente.
- **Celulitis, absceso postextracción:** requiere el tratamiento antibiótico como cualquier otro proceso infeccioso de causa dentaria y en el caso de absceso su drenaje.

Complicaciones postoperatorias.

- **Tejidos duros**

- **Fractura mandíbular:** son muy raras. En el postoperatorio inmediato en caso de amplia ostectomía o coexistencia con quistes es posible que pueda presentarse una fractura mandibular. Lo mejor es la prevención, recomendando alimentos blandos y limitando la masticación de alimentos duros.
- **Dolor postextracción:** si es duradero es síntoma que el proceso postoperatorio no cursa con normalidad. Es conveniente revisar la herida operatoria eliminando posibles restos de esquirlas óseas, dentarios o alimenticios.



Alveolitis seca



Comunicación orosinusal postextracción



Fractura radicular durante la luxación



Postoperatorio tras la fractura de tabla vestibular durante la exodoncia