

## TRATAMIENTO DE LAS URGENCIAS POSTOPERATORIAS EN CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL

Dr. E. Rey\*; Dra. M. Parreira\*\*; Dr. P. Venturino\*\*; Dr. W. Castillo\*\*; Dr. S. Puia\*\*; Dr. E. Casini\*\*\*.

\* Jefe del Servicio de Odontología del Instituto de Investigaciones Hematológicas. Academia Nacional de Medicina.  
Profesor Adjunto de la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial I. U.B.A.

\*\* Integrantes del Servicio de Odontología del Instituto de Investigaciones Hematológicas. Academia Nacional de Medicina.

\*\*\* Médico Anestesiólogo.

Habría que replantearse en la Odontología de hoy, cuáles son consideradas urgencias, y bajo qué circunstancias.

Se debe tener en cuenta, dónde el profesional está desarrollando sus actividades, si es en un ámbito privado, o en un centro polivalente. En este último, las ventajas

son mayores para acceder más rápido a la solución adecuada, ya que en caso de necesidad de interconsulta, la misma sería más sencilla de realizar.

Las urgencias se pueden clasificar, en base a la calidad y necesidad de atención inmediata.

Puede que se presenten pacientes sin trastornos sis-

## Gador en ODONTOLOGIA

SQUAM®

EMOFORM® DIENTES SENSIBLES

SQUAM GEL

CLINADOL®

DESENSYL®

CLINADOL® FORTE

témicos, lo que agiliza la atención de los mismos, o con problemas de índole general, lo que retrasaría la misma, y la consecuente resolución.

En el segundo caso, lo correcto sería evaluar el estado general del enfermo en base a la confección de una correcta historia clínica, la que arrojará la patología de base y el momento actual del tratamiento, si es que está recibiendo alguno, ya que en ocasiones para poder tratar al paciente, se debe medicar previamente.

Si el paciente que concurre no presenta una patología sistémica, los casos de consulta suelen ser en general: infecciones- dolor- edema- hemorragias.

En el caso de las infecciones, lo lógico si es posible, es tomar una muestra del material causante, para realizar un cultivo y de esa forma poder medicar correctamente. De no ser posible lo antedicho, se procederá a medicar en forma empírica de acuerdo a la posibilidad de infección a gérmenes aerobios o anaerobios <sup>9</sup>.

Existen ocasiones, donde el grado de la infección instalada, amerita la internación del enfermo y la correspondiente interconsulta con infectología.

En todos los casos es sumamente importante tratar de eliminar la causa del problema, ya que está comprobado que es la mejor solución para las infecciones, a pesar de indicar los antibióticos apropiados.

Si la eliminación de la causa consiste en la exodoncia, la misma se puede realizar sin inconvenientes como urgencia y a pesar de la infección instalada, siguiendo la medicación postoperatoria correspondiente, está compro-

bado que la liberación de la colección purulenta en forma instantánea, colabora con la resolución rápida del proceso. En ocasiones la eliminación de la mencionada causa es posible mediante una apertura de cámara pulpar, o un drenaje intradentario, o simplemente una incisión en el sitio adecuado.

Cuando las infecciones son de gran envergadura, se debe trasladar al enfermo al quirófano y si es necesario realizar el drenaje correspondiente por piel, dejando un dren (trozo de goma dique), para que no se forme nuevamente.

Es de desear que los odontólogos, tengan a mano un vademécum actualizado, para poder consultar en todo momento sobre la medicación ideal.

A veces se puede agregar a la medicación antibiótica, un corticoide para reducir el edema instalado, y también es necesario la prescripción de analgésicos para calmar el dolor <sup>10-11-12</sup>.

A los pacientes que son trasladados a quirófano, se les debe colocar una vía de suero para poder medicarlos en forma instantánea y de más fácil acceso.

Cuando se recibe un paciente con una infección de origen odontológico, lo importante junto con el interrogatorio, es la inspección clínica y radiográfica.

Generalmente el aumento de volumen es un indicio de ubicación del proceso, de lo contrario, la palpación de la zona afectada, en busca de adenopatías, calor local, tumefacción, crepitación, renitencia, dolor, supuración, conjuntamente con la observación de los cambios de color,

Quienes conocen la diferencia entre dentífrico y crema dental multifunción usan y aconsejan...



**CREMA DENTAL MULTIFUNCION  
CON EDS Y FLUOR**

Acción antisarro • Acción antiplaca • Acción anticaries  
Acción bactericida • Protege el esmalte  
Previene la enfermedad periodontal



<http://www.gador.com.ar>

aspecto de la piel y mucosas, borramiento de las estructuras anatómicas normales, etc. nos pueden ayudar para ir pensando en un diagnóstico diferencial. Esto es fundamental, como para arribar a un diagnóstico definitivo, y de esa forma, poder establecer un plan de tratamiento específico (Foto 1).



**Foto 1:**  
Aumento de volumen en la región nasogeniana que representa un proceso infeccioso.

El dolor agudo es aquel de inicio reciente, probablemente de duración limitada, generalmente está precedido por una lesión o enfermedad relacionadas temporalmente con la aparición del mismo y es el representante máximo del dolor postoperatorio en cirugía máxilo-facial <sup>1-2</sup>.

Puede aparecer en el período postoperatorio generando, en el organismo y por efecto catecolaminico y hormonal, diversas alteraciones respiratorias, cardiovasculares, renales, espasmo de la musculatura lisa gastrointestinal, inmunitarias, hemostáticas y emocionales, es decir producto del estrés. Por lo tanto, la importancia del control del dolor postoperatorio, comenzando en el pre o intraoperatorio, implica la supresión de los efectos nocivos que interfieren en la evolución del paciente <sup>1</sup>.

Existen dos tipos de dolor agudo:

a) Somático: en el cual participan nociceptores específicos y el sistema nervioso periférico. Tiene carácter superficial, selectivo, matemático y no referido.

b) Visceral: resultado de nociceptores no específicos y el sistema nervioso autónomo. Es interno, difuso, sordo, mal localizado y a veces diferido.

Tomamos como referente del dolor postoperatorio en cirugía máxilo-facial, especialmente a aquel que se produce durante la corrección de una anomalía del desarrollo o traumatológica, al finalizar la intervención el paciente tiene una fijación máxilo-mandibular que complementa las osteosíntesis. Esto conlleva a la posible aparición de riesgos durante la recuperación anestésica y en el postoperatorio inmediato: vómitos, aumento de secreciones, dificultad respiratoria, muchas veces agravado por la administración de drogas analgésicas potentes como los morfínicos.

El control del dolor postoperatorio se basa en la administración de una de las siguientes drogas y técnicas o la combinación de ellas <sup>3</sup>.

✓ Analgésicos opioides: morfina, fentanilo, meperidina, nalbufina, buprenorfina, dextropropoxifeno, codeína, de gran eficacia en el control del dolor agudo postoperatorio excepto cuando predomina el componente inflamatorio. Pero tienen algunos efectos adversos, aún en dosis clínicas, como náuseas, vómitos, depresión cardiovascular y respiratoria y sedación.

✓ Analgésicos no opioides: incluyen al paracetamol, ácido acetil salicílico, diclofenac, ibuprofeno, flurbiprofeno, ketorolac, naproxeno. Según el fármaco, tienen propiedades predominantemente analgésicas o antiinflamatorias y se deben administrar adecuando la potencia de los mismos a la intensidad y características del dolor <sup>4-5-6-7</sup>. Pueden presentar efectos colaterales indeseables como hipersensibilidad, intolerancia cruzada, alteraciones gastrointestinales, hepatotoxicidad o nefrotoxicidad sobre todo en enfermos con insuficiencia de éstos órganos.

✓ Anestésicos locales: en especial la bupivacaína (anestésico local del grupo amida con acción prolongada) con el agregado de adrenalina ha demostrado que, en bloqueos nerviosos combinados con anestesia general para cirugía máxilo-facial, evita el efecto nocivo del dolor en la evolución del postoperatorio sin la necesidad de la administración de analgésicos morfínicos, cuyos efectos adversos serían potencialmente más peligrosos en estos pacientes <sup>8</sup>.

En conclusión, una terapia racional para el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía máxilo-facial, en especial para aquellos pacientes que finalicen el acto anestésico quirúrgico con la boca bloqueada, debiera contemplar la asociación de anestesia general con anestesia regional y la administración de fármacos analgésicos y/o antiinflamatorios en el intra y postoperatorio.

Con respecto al edema que se produce en el postoperatorio quirúrgico, es de tipo inflamatorio y podemos definirlo como la reacción del tejido vivo vascularizado a una agresión local; que en este caso constituye el acto quirúrgico en sí.

Esta respuesta inflamatoria está estrechamente ligada a la reparación tisular, donde el tejido lesionado es sustituido por la regeneración de las células originarias y por tejido cicatrizal o más frecuentemente por una combinación de ambos procesos <sup>14</sup>.

Los signos clínicos locales que observaremos son los clásicos de la inflamación: calor, enrojecimiento, hinchazón y dolor (Foto 2). El tratamiento en general, se realiza con glucocorticoides que son los antiinflamatorios más eficaces ya que interfieren con muchos más mecanismos de la inflamación que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), pero favorecen la diseminación de infecciones. En general, si bien son muy eficaces, deben reservarse para los casos en que los AINE son probablemente ineficaces, o han fracasado o están contraindicados, habitualmente

deben utilizarse en postoperatorios de cirugías muy complicadas donde el trauma que se ha realizado durante el acto quirúrgico es muy importante.



**Foto 2:**  
Edema postquirúrgico en zona de maxilar inferior del lado derecho.

Se utilizan asociados a antibióticos para contrarrestar el efecto inmunosupresor y debemos tener en cuenta que no son analgésicos, por lo tanto, también es útil asociarlo a un analgésico ya que al disminuir el efecto inflamatorio colabora en la analgesia. Los más utilizados son los corticosteroides de acción prolongada, cuyas drogas más representativas son la dexametasona y la betametasona.

Por último, para la medicación con corticoides, debemos tener en cuenta que siempre conlleva un riesgo de aparición de efectos adversos, de tal forma, antes de comenzar el tratamiento debe hacerse una cuidadosa evaluación del riesgo / beneficio en cada paciente en particular.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial del edema con el hematoma, ya que este último constituye una acumulación de sangre ocasionada por traumatismos o por tratamiento inadecuado de las hemorragias (Foto 3). Debemos tener en cuenta que pueden alojar bacterias y ofrecer condiciones óptimas para su multiplicación, por lo tanto en hematomas de gran tamaño, es importante implementar una medicación antibiótica para evitar la infección <sup>10-11-12</sup>.



**Foto 3:**  
Hematoma provocado por postoperatorio de biopsia maxilar.

En toda intervención quirúrgica, la hemostasia es el corolario de un resultado exitoso y es en la cavidad bucal

donde es más problemático lograrla en razón de su continuo movimiento (al hablar; al comer; etc.) imposible de evitar <sup>15</sup>.

La causa inmediata de la hemorragia es la ruptura o laceración de un vaso sanguíneo, la importancia de la misma depende de la cantidad de sangre perdida, de la velocidad con que se pierde y de la zona donde se produce.

Para abordar su tratamiento, es conveniente clasificarla en:

- ✓ Hemorragia Primaria.
- ✓ Hemorragia Secundaria.

La primera, es aquella que se produce inmediatamente después de terminado el acto quirúrgico; en general en los pacientes normales cohibe espontáneamente, pero puede ocurrir que esto no suceda y en la boca dicha hemorragia puede provenir de los tejidos blandos o de los óseos.

Si se produce en los tejidos blandos se puede topicar el punto o zona sangrante con sustancias cáusticas (Foto 4) como por ejemplo, ácido tricloroacético al 30% (A.T.A.), este produce coagulación en superficie; si la hemorragia es más profusa puede utilizarse la electrocoagulación. En cambio, si proviene del fondo del alvéolo, es útil colocar apósitos de gasa y efectuar compresión durante algunos minutos (10-15 aproximadamente); además existen en el mercado, hemostáticos de reconocida acción local (Tissuocol; Subgalato de Bismuto; Surgicel; etc.) cuya utilización se evaluará en cada caso en particular <sup>16</sup>.



**Foto 4:**  
Topicación con ATA al 30% en papila inferior.

La hemorragia secundaria, se produce después de las 24 hs. y generalmente es el resultado de la ruptura del coágulo; su tratamiento es el siguiente, en primer término, se infiltra anestesia para aprovechar el efecto vasoconstrictor que nos permitirá observar cuál es el punto sangrante sobre el que actuaremos. En estos casos, debemos discernir si la intervención fue o no realizada por nosotros, ya que en el primer caso sabemos cómo fue la técnica quirúrgica, en cambio, en el segundo, es importante tomar una radiografía periapical para evaluar la presencia de restos óseos en el alvéolo que pueden estar provocando dicha hemorragia (Foto 5).



**Foto 5:**  
*Coágulo mal formado provocado por hemorragia postextracción.*

Una vez que hemos encontrado la zona de donde proviene el sangrado, se puede colocar alguna de las sustancias hemostáticas antes mencionadas y luego se realizarán los puntos de sutura que se consideren necesarios (Foto 6).



**Foto 6:**  
*Colocación en el alvéolo de subgalato de bismuto como sustancia hemostática.*

Si el paciente presenta una hemorragia profusa que no cede de la forma descrita en el párrafo anterior o bien es portador de una discrasia sanguínea, es conveniente realizar una interconsulta con el médico hematólogo para evaluar la posibilidad de internación y posterior transfusión de sangre. De todo lo expuesto, debemos tener presente, que todo lo que se pueda realizar en forma local será más efectivo que lo que se utilice por vía general.

Cuando la urgencia ocurre en enfermos que presentan enfermedades sistémicas, se deben realizar las interconsultas correspondientes, con la finalidad de poder actuar en forma segura y efectiva.

En lo que respecta a los pacientes que presentan algún tipo de alteración sistémica, y que concurren con algún tipo de urgencia, debemos pensar que lo más importante es realizar una historia clínica adecuada antes de cualquier otro procedimiento.

De hecho no somos nosotros los que trataremos la parte sistémica, pero si los que debemos evaluar correctamente las alteraciones que los distintos tipos de patologías, pueden presentar.

Por ejemplo, si se presenta a la consulta un paciente diabético, el mismo puede estar compensado o no, en la segunda instancia se lo debe enviar al médico correspondiente antes de actuar; en la primera, podemos proceder a solucionar el problema, siempre y cuando prescribamos primero el antibiótico adecuado, ya que como se sabe es-

tos enfermos presentan riesgo de infección y de hemorragias por las microangiopatías diabéticas.

Si la consulta es en un paciente con alteraciones cardíacas, habrá que evaluar qué tipo de alteración presenta y si es posible la atención de acuerdo a lo mencionado, ya que en ocasiones estos enfermos a veces están anticoagulados y eso representa un riesgo para la atención espontánea. De ser así debemos conocer qué rango de anticoagulación presenta el enfermo, y en base a eso proceder, de todas formas lo correcto es realizar la interconsulta con el médico hematólogo actuante.

Cuando el enfermo que se presenta en consulta tiene algún tipo de enfermedad inmunosupresora, es importante evaluar cómo se está desarrollando ésta y en qué etapa del tratamiento se encuentra si es que el mismo existe.

Para abordar el tema de las urgencias, se debe tener presente que lo más importante es la vida del paciente, y que todas las maniobras odontológicas que se desarrollan deben tender a preservar la misma, pero en las mejores condiciones de vida posibles. De lo antedicho se desprende que no sólo se debe solucionar la urgencia de la mejor forma posible, sino también preservar las consecuencias de la acción establecida, sobre todo en los casos de los pacientes con alteraciones de orden general.

## Bibliografía

1. Jiménez M., Catalá E., Aliaga L.: Dolor agudo y posoperatorio. En tratamiento del dolor Teoría y Práctica, Editores Aliaga L., Baños J.E., de Barutel C., Molet J., Rodríguez de la Serna L., Cap. 9 - pág.: 113-127.
2. Berini L., Fabra J.M., Gay C., Solans J.C.: Cefaleas y algias faciales por Práctica, Editores Aliaga L., Baños J.E., de Barutel C., Molet J., Rodríguez de la Serna, 1995, Cap. 14 - pág.: 191-205.
3. Cousins M.: Acute and posoperative pain. En Textbook of Pain; Wall P.D., Melzck R. (eds), 3ª Ed., Nueva York, Churchill-Livingstone, 1994, pág.: 357-85.
4. Sunshire A., Olson N.Z.: Nonnarcotic analgesics. En Textbook of Pain; Wall P.D., Melzck R. (eds), 3ª Ed., Nueva York, Churchill-Livingstone, 1994, pág.: 923-42.
5. Denson D., Katz J.A.: Nonsteroidal anti-inflammatory agents. En Acute pain: mechanism & management; Sinatra S., Hord A.H., Ginsberg B., Preble L.M. (eds), S. Lois, Mosby, 1992, pág.: 225-31.
6. Ribera M.V., Barutell C.: Utilización de los analgésicos menores en el dolor agudo. En Tratamiento del dolor agudo; Madrid, Europharma, Monografías, 1992, pág.: 99-105.

7. Muriel C., Madrid-Arias J.L.: Tratamiento farmacológico del dolor. Analgésicos no opiáceos. En estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico-I; Muriel C., Madrid-Arias J.L. (eds), Madrid, ELA, 1994, pág.: 405-53.

8. Casini E.A., Dacoff H.R., Garzón J.C., Suárez J.C.: Anestesia general complementada con bloqueos regionales en cirugía máxilo-facial. XXII Congreso Argentino de Anestesiología - XX Congreso Latinoamericano de Anestesiología, Trabajo Libre, Buenos Aires 22 al 26 de Septiembre de 1989.

9. Kruger G.: Bacteriología Quirúrgica. En tratado de Cirugía Bucal, Ed. Interamericana, 1982, Cap.: 9 - pág.: 131-151.

10. Serra H., Tessler J.: Generalidades sobre Quimioantibióticoterapia. En Farmacología de los Quimioterápicos, Ed. Alvano S., Iannantuono R., Serra H., 1997 Cap. 1 pág.: 3-23.

11. Valicentin M., Saitta M., Pécora A., Tessler J. Antibióticos que actúan sobre la pared. En Farmacología de los Quimioterápicos. Ed. Alvano S., Iannantuono R., Serra H., 1997 Cap. 2 pág.: 25-54.

12. Serra H., Iannantuono R.: Antibióticos que actúan sobre la Síntesis Proteica. En Farmacología de los Quimioterápicos. Ed. Alvano S., Iannantuono R., Serra H., 1997 Cap. 2 pág.: 55-93.

13. Robbins S.: Inflamación y Reparación. Ed. Interamericana 1987, Cap. 2, pág.: 39-71.

14. Serra H., Antúnez P., Devoto F., Tessler J.: Glucocorticoides en Farmacología de la Inflamación y del Dolor. Ed. Alvano S., Iannantuono R., Serra H., 1997 Cap. 5 pág.: 61-74.

15. Archer H.: Complicaciones de la Cirugía Bucal. En Cirugía Bucal. Ed. Mundi, Cap. 14, pag.: 652-759.

16. Rey, E.; Parreira, M.; Michelet, M.: Tratamiento Odontológico en Pacientes Anticoagulados. Rev. Fac. Odontol. Buenos Aires; 1993 - 13 (32); 31-5.

Dr. Eduardo Rey

Director: Daniel Gallelli

Hecho el depósito legal

ISBN 987-9255-11-9

Gador S.A.

Copyright 2000

Se terminó de imprimir en el mes de Octubre de 2000

En odontalgias

CLINADOL® FORTE  
FLURBIPROFENO 100 mg

Resuelve el problema

ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO  
INHIBIDOR DE LA RESORCION OSEA ALVEOLAR

PRESENTACIONES:

CLINADOL: Envase con 16 comprimidos recubiertos.

CLINADOL FORTE: Envases con 8 y 16 comprimidos recubiertos.

60 años  
Al Cuidado de la Vida  
Gador

Gador  
Al Cuidado de la Vida  
<http://www.gador.com.ar>

