

CAPITULO 4

MANIOBRAS EN  
PATOLOGIA ORL

Taponamiento de una epistaxis	72
Paracentesis	74
Extracción dental	76

# Taponamiento de una epistaxis

| Taponamiento de una hemorragia de la cavidad nasal.

## **Material**

- Mechas de gasa con vaselina
- Pinza fina para disecar
- Sonda urinaria con globo núm. 12

## **Técnica**

Figuras 69, 70

- En primer lugar, introducir una mecha larga con vaselina, pero no más ancha de dos centímetros, lo más profundo posible, con una pinza de disecar fina e intentando que la mecha forme unos pliegues de adelante hacia atrás. Rellenar bien el orificio nasal que sangra y fijar el tapón al exterior con un esparadrapo.
- Si la hemorragia nasal persiste a pesar del primer taponamiento, se trata de una epistaxis posterior : introducir en el orificio nasal una sonda de Foley de pequeño calibre (núm. 12) hasta la orofaringe, inflar el globo con 10 a 15 ml de aire (Figura 69), estirar la sonda hasta el coana e introducir una mecha de gasa con vaselina como anteriormente. Bloquear la sonda y la mecha con esparadrapo (Figura 70).
- Si la hemorragia nasal todavía persiste, procede del otro orificio nasal.

El taponamiento debe dejarse durante al menos tres días.

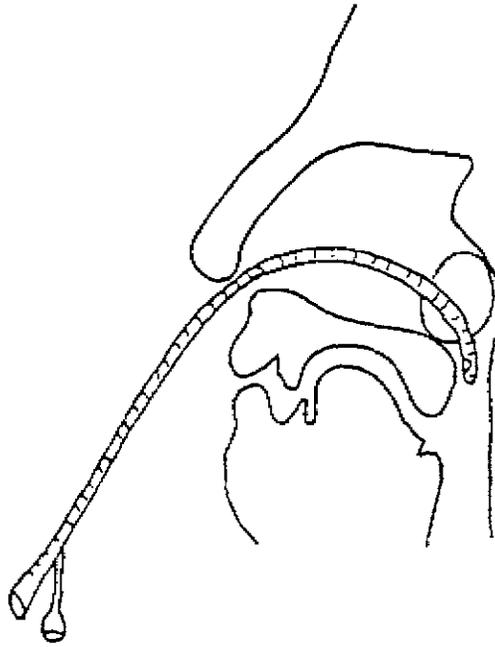


Figura 69

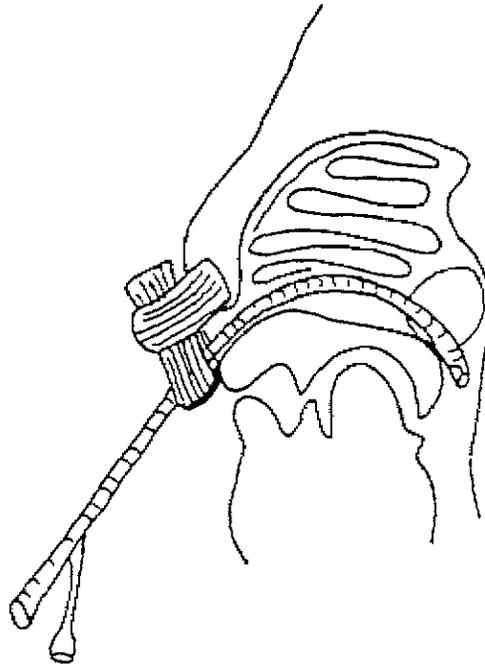


Figura 70

TAPONAMIENTO DE UNA EPISTAXIS POSTERIOR

4

# Paracentesis

| Incisión de la membrana timpánica.

## Indicación

Otitis media con fiebre y dolor intenso, membrana timpánica enrojecida y abombada, no perforada.

## Material

- Aguja de paracentesis
- Otoscopio con iluminación o espéculo y lámpara frontal

## Técnica

Figuras 71, 72

- Después de colocar el espéculo y la iluminación, incisión radial a nivel del cuadrante postero-inferior con un estilete acodado y lanceolado especial y sin anestesia.
- Aspirar el pus con catéter flexible, lavar lentamente con suero fisiológico templado y taponar sin comprimir con algodón.

## Antibioterapia

Sistemática :

- **Ampicilina** antes de los 5 años : 100 mg/kg/d por vía oral distribuidos en 3 tomas x 10 días.
- **Fenoximetil-penicilina / penicilina V** después de los 5 años :
  - Adulto : 3 x 2 cp/día (cp de 400.000 U)
  - Niño : 50 a 100.000 U/kg/día x 5 a 10 días, o **penicilina procaína** o **PPF** 100.000 U/kg/día x 3 días, después cambiar por **penicilina V4** a 6 días.
- **Eritromicina** en caso de alergia a betalactámico :
  - Adulto : 1 g distribuido en 3 tomas /d x 10 días
  - Niño : 50 mg/kg/d distribuidos en 3 tomas/d x 10 días

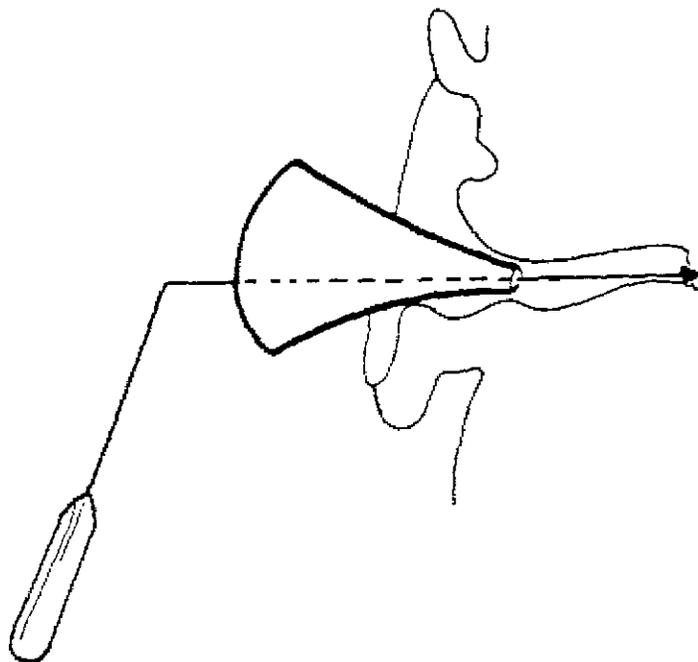


Figura 71

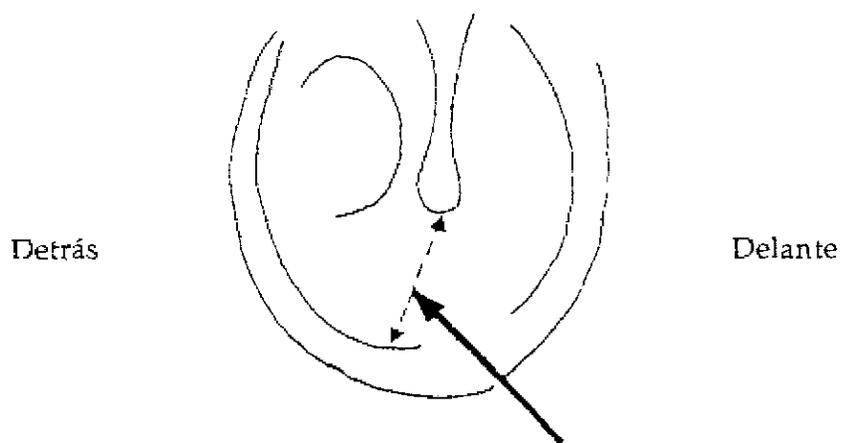


Figura 72

PARACENTESIS : incisión radial en el cuadrante postero-inferior del tímpano

4

# Extracción dental

Hay que recordar siempre que un diente **no se arranca**, sino que **se extrae**. Se trata de una operación quirúrgica y por esta razón debe responder a imperativos técnicos rigurosos bajo pena de que surjan complicaciones a veces serias (fracturas óseas o radiculares, hemorragias, infección).

## Examen preoperatorio

### *Interrogatorio sobre el estado general del paciente*

Debe orientarse hacia la búsqueda de posibles contraindicaciones de la anestesia y de la intervención ambulatoria.

### *Examen buco-dental*

Los dientes son órganos con numerosas e importantes funciones, y habrá que preservar su existencia al máximo. Deberá tomarse la decisión de la extracción en función de las condiciones terapéuticas curativas locales inmediatas.

Los dientes que deben extraerse son los afectados por :

- pulpitis aguda (dolor de muelas) o crónica,
- necrosis pulpar,
- infecciones (abscesos, celulitis),
- dientes en estado de raíz.

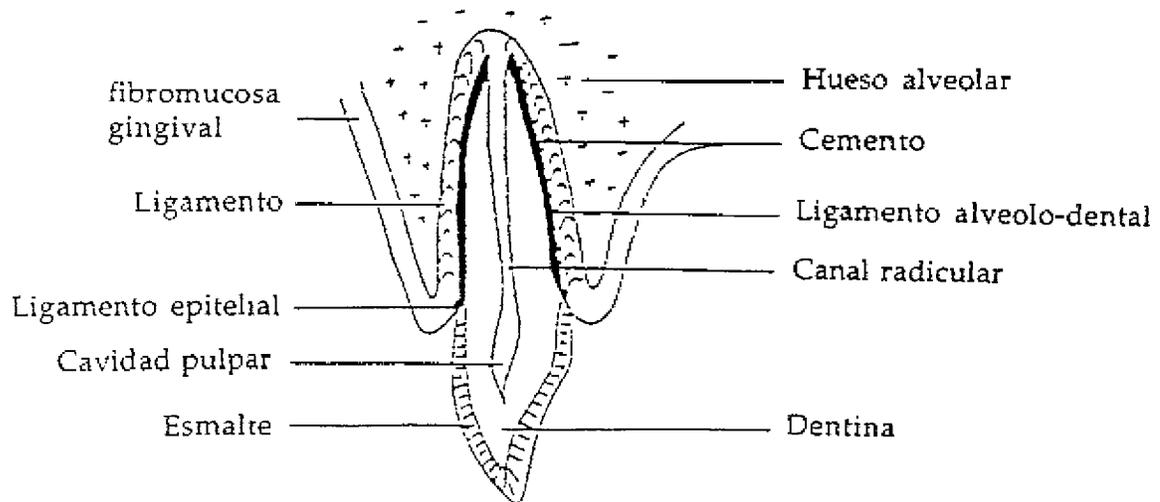


Figura 73  
ANATOMIA DEL DIENTE

### **Premedicación**

- Cada vez que el estado general lo necesite.
- En caso de celulitis asociada : recetar un antibiótico de ataque durante 6 días junto con un antiinflamatorio (**ampicilina** : 2 g/día distribuidos en 3 tomas e **indometacina** : 75 mg distribuidos en 3 tomas/días para adulto).  
Realizar la extracción sólo el día siguiente después del "enfriamiento" del centro ; la anestesia es entonces eficaz.

### **Técnica operatoria**

#### **Preparación de la intervención**

- **Posición del paciente**
  - Semi-sentado para los dientes inferiores.
  - Acostado para los dientes superiores.
  - La cabeza debe reposar siempre sobre un plano firme para garantizar su inmovilización.
- **Campo operatorio**  
Se recomienda un campo limpio alrededor del cuello.
- **Posición del cirujano**
  - De frente para los dientes superiores y los dientes inferiores de la izquierda.
  - Detrás del paciente para los dientes inferiores de la derecha.

### **Anestesia**

#### **Material utilizado**

- Una jeringa de cartucho (cárpula) con aspiración para evitar las infecciones intravasculares.
- Agujas estériles para cartuchos tipo S. Neved :
  - cortas núm. 17/23 para inyección local
  - largas núm. 17/42 para inyección local-regional
- Cartuchos de anestésico sin vaso constríctor :
  - sea **scandicaína** al 3 % (no hay alergia)
  - sea **lidocaína** al 2 % (más tóxica que el scandicaína).

#### **En el maxilar superior**

Deberá practicarse una anestesia local frente al diente afectado y siempre en el mismo orden :

- Anestesia de la mucosa palatina a 1 cm del borde gingival (será suficiente la inyección suave, sin blanquear la mucosa de 1/4 de cartucho será suficiente).
- Anestesia dental propiamente dicha : pinchar en el fondo del sulcus vestibular y realizar una anestesia rastrera hasta inyectar los 3/4 del cartucho que queda después de una aspiración de seguridad, la jeringa debe formar un ángulo de 30 grados con el eje del diente.
- Al cabo de unos minutos, verificar si la anestesia ha sido afectiva : mucosa indolora y percepción más "sorda" de la percusión del diente anestesiado por el paciente.

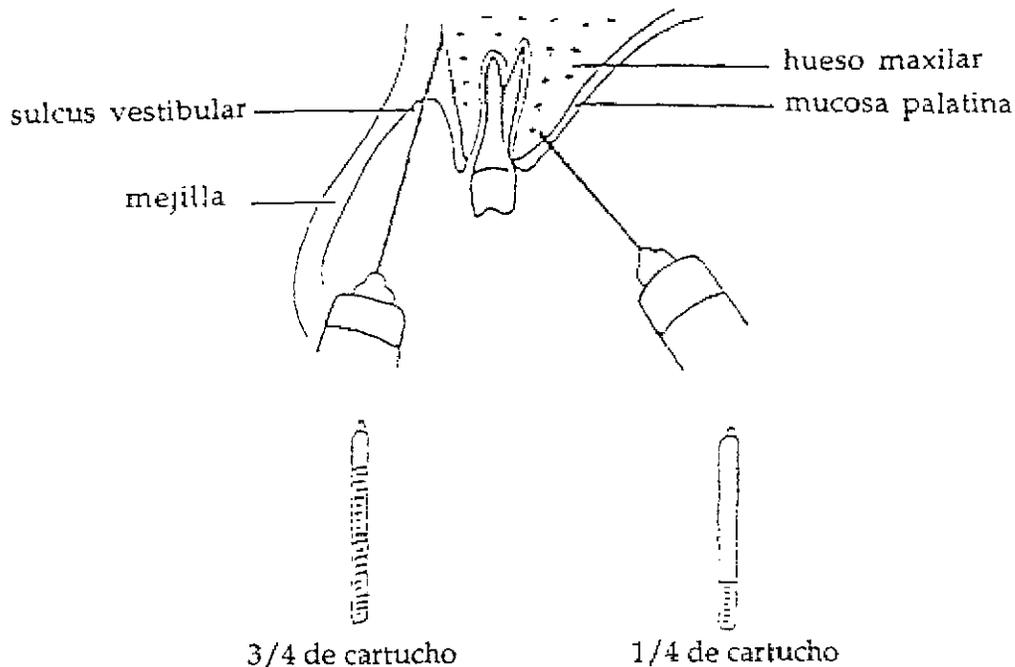


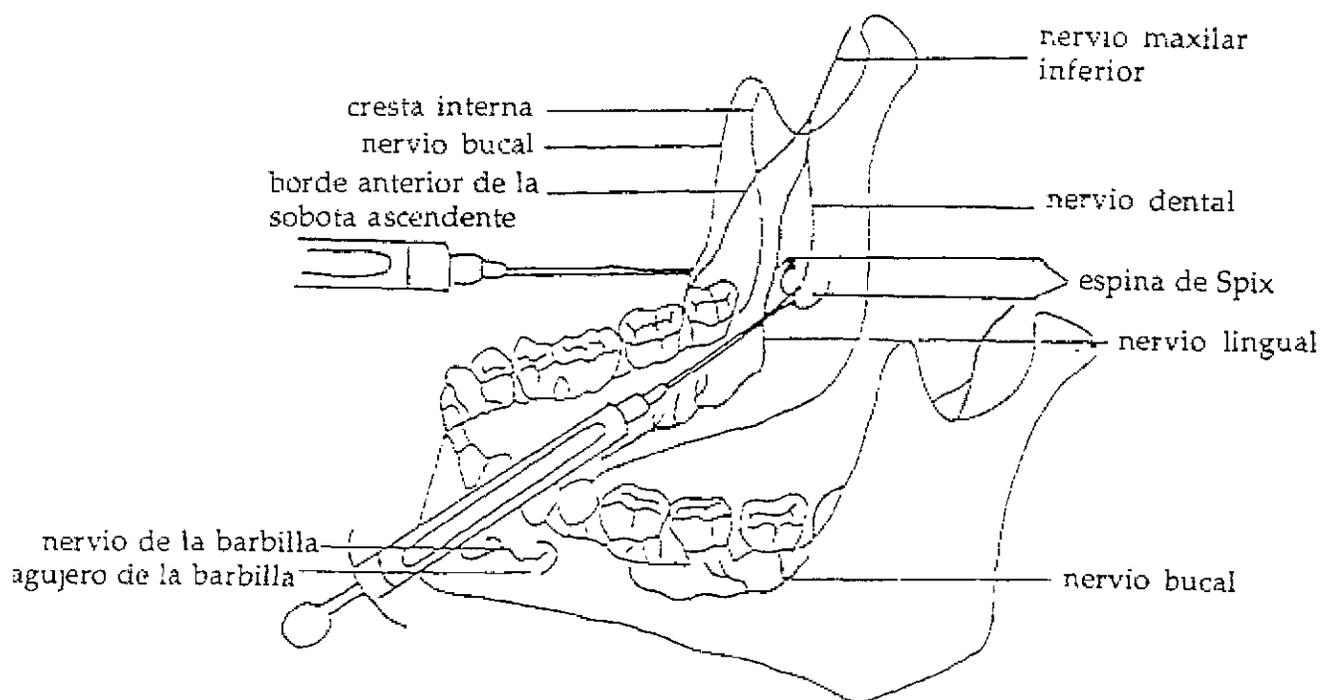
Figura 74  
ANESTESIA DENTAL

**En la mandíbula**

Para la inervación dental inferior ha de realizarse :

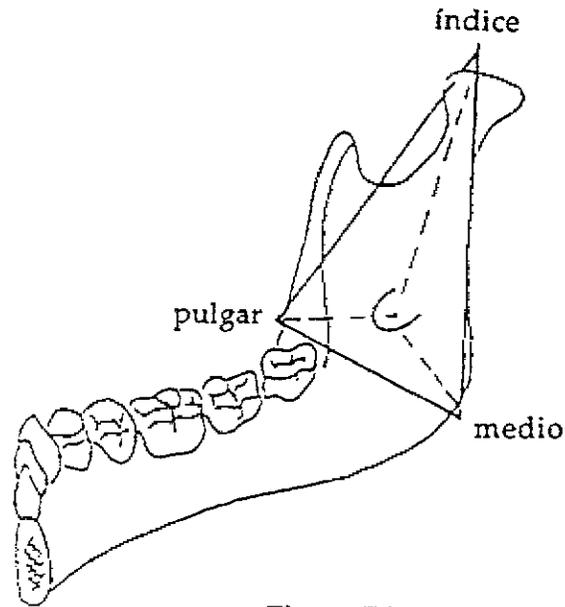
- Una anestesia loco-regional o troncular del nervio dental inferior a nivel de su penetración en el canal dental en la espina de SPIX, en la cara interna de la ramificación que sube de la mandíbula.
  - Técnica clásica : el paciente tiene la boca totalmente abierta, el borde lateral del índice izquierdo se ha de colocar en la cara posterior de los molares inferiores, la yema del dedo debe palpar el borde anterior de la ramificación que sube. La aguja es introducida a unos 10 o 15 mm detrás de la punta del índice, a continuación introducida de 10 a 15 mm realizando una anestesia trazante, el cuerpo de la jeringa debe estar situado a nivel del canino o de los premolares opuestos. Después de una ligera aspiración de seguridad, se inyectan lentamente 3/4 de cartucho en las inmediaciones del orificio del canal dentario.
  - Variante práctica : el paciente tiene la boca totalmente abierta, el pulgar izquierdo, intrabucal, palpa el ángulo formado por el borde anterior de la ramificación que sube y la horizontal. El extremo del índice se encuentra sobre el conducto auditivo externo y el dedo medio reposa sobre el ángulo posterior de la mandíbula. Estos tres dedos delimitan así los vértices del triángulo. El cuerpo de la jeringa reposa sobre los caninos o premolares opuestos, se introducirá la aguja, practicando una anestesia trazante hacia el punto de intersección de las bisectrices de los ángulos de este triángulo, que representa la unión geométrica del orificio de entrada del canal dental. Después de una aspiración de seguridad, se inyectarán 3/4 del cartucho.
  - En los niños, como el orificio del canal dental está situado más abajo, el cuerpo de la jeringa estará en contacto con los caninos o premolares superiores opuestos.

- Una extracción molar debe completarse siempre con una anestesia del nervio bucal. Introducir la aguja oblicuamente de delante hacia atrás en el fondo del sulcus vestibular, frente al segundo o tercer molar hasta el contacto óseo. Se inyectará el 1/4 del cartucho restante.
- En caso de sensibilidad persistente de la encía lingual, debe practicarse una anestesia local del nervio lingual, como para la anestesia palatina.
- En caso de dientes en estado de raíz o muy móviles, es suficiente una anestesia local (vestibular o lingual) como en el maxilar superior. Podrá completarse con una anestesia intraligamentar. Introducir la aguja corta verticalmente del lado vestibular, entre la raíz del diente y el hueso alveolar, luego, insertar suavemente 1/5 de la carga.



4

Figura 75  
ANESTESIA DEL NERVIO LINGAL



**Figura 76**  
TECNICA DEL TRIANGULO

**Extracción**

Comporta :

2 tiempos : uno dental y otro alveolar

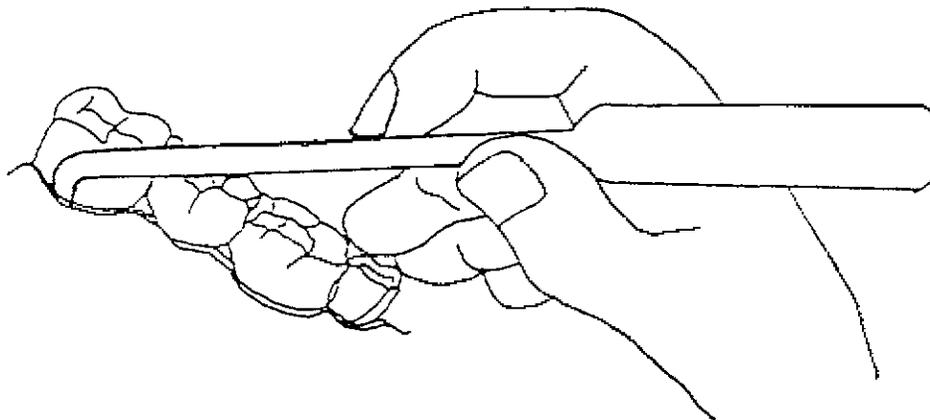
3 movimientos que subdividen el tiempo dental :

- sindesmotomía
- elevación o luxación
- avulsión

**Tiempo dental**

• Sindesmotomía

Consiste en seccionar la unión epitelial y los ligamentos alveolo-dentales, insertando la punta del sindesmotomo en forma de hoz como si fuese una pluma y nos apoyaremos en los dientes vecinos para evitar derrapar.



**Figura 77**

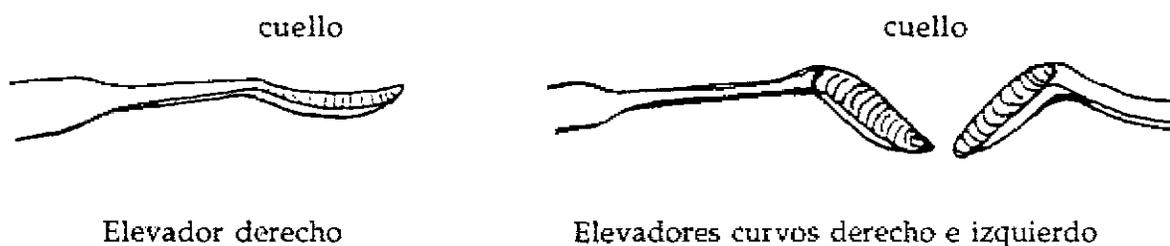
• Elevación o luxación

Los elevadores son palancas para movilizar o luxar el diente en su alveolo. Es un momento esencial de la extracción que nunca debe ser olvidado bajo pena de provocar fracturas óseas o radiculares. Una elevación bien llevada permite realizar de 70 a 90 % de la extracción y constituye prácticamente el único medio para extraer los dientes en estado de raíz.

- Instrumentos :

Disponer de :

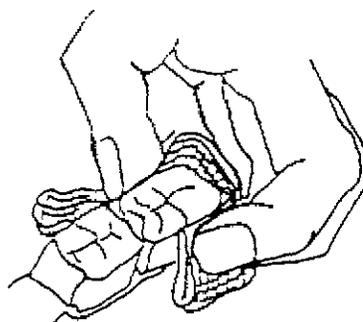
- . un elevador de bayoneta para los dientes superiores,
- . elevadores curvos derecho e izquierdo para los dientes inferiores y molares superiores.



**Figura 78**  
ELEVADORES

- Técnica :

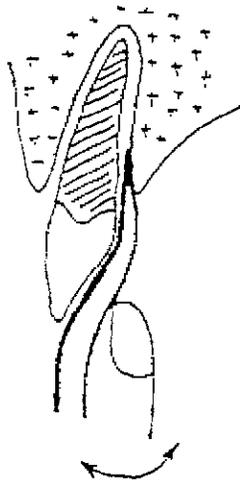
Con la ayuda de una compresa de gasa, los dedos de la mano izquierda contendrán el diente que debe extraerse y servirán también de tope en caso de derrapaje del instrumento.



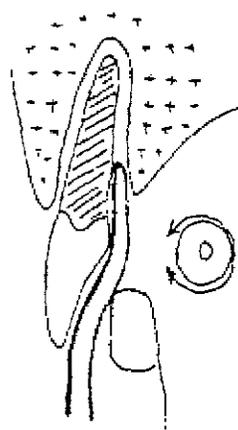
**Figura 79**  
SOSTENIMIENTO DEL DIENTE con los dedos de la mano izquierda con una compresa

Manteniendo el cuello de la cuchilla siempre en contacto con el diente se inserta el elevador en el espacio alveolo-dental con movimientos laterales o reptales. A continuación, se moviliza el diente mediante movimientos de rotación y eventualmente (sobre todo para los molares) con movimiento de báscula hacia el vestibulo (exterior), sin apoyarse jamás sobre el diente vecino.

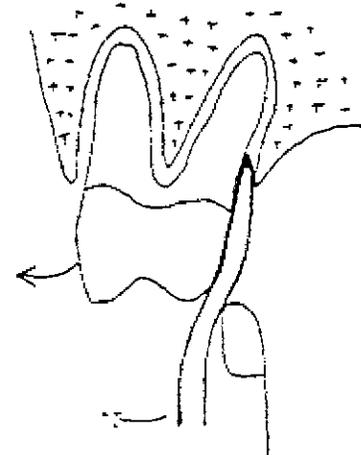
- Como la tabla ósea externa (vestibular) es particularmente frágil en el maxilar superior, sobre todo a nivel de los dientes anteriores, se trabajará esencialmente del lado palatino y en los lados próximos al diente.
- En la mandíbula, es la tabla ósea interna (lingual) la que es particularmente frágil y está estrechamente relacionada con el nervio lingual. Se utilizarán pues los elevadores del lado vestibular y sobre los laterales (lados próximos) del diente.
- Un signo característico de una buena movilización es el ruido de succión que hace el aire al pasar entre el diente y el alveolo.



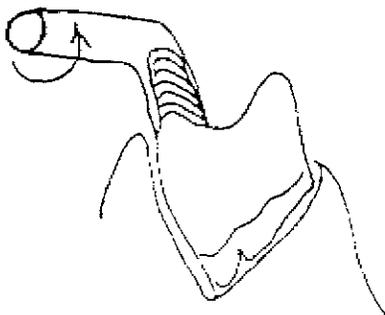
**Figura 80**  
REPTACION LATERALIDAD



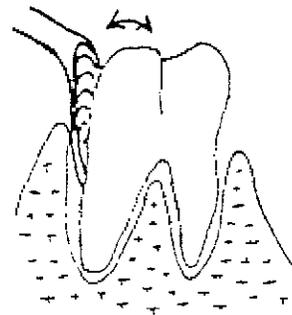
**Figura 81**  
ROTACION



**Figura 82**  
BASCULA VESTIBULAR



**Figura 83**  
ROTACION ANTI HORARIA

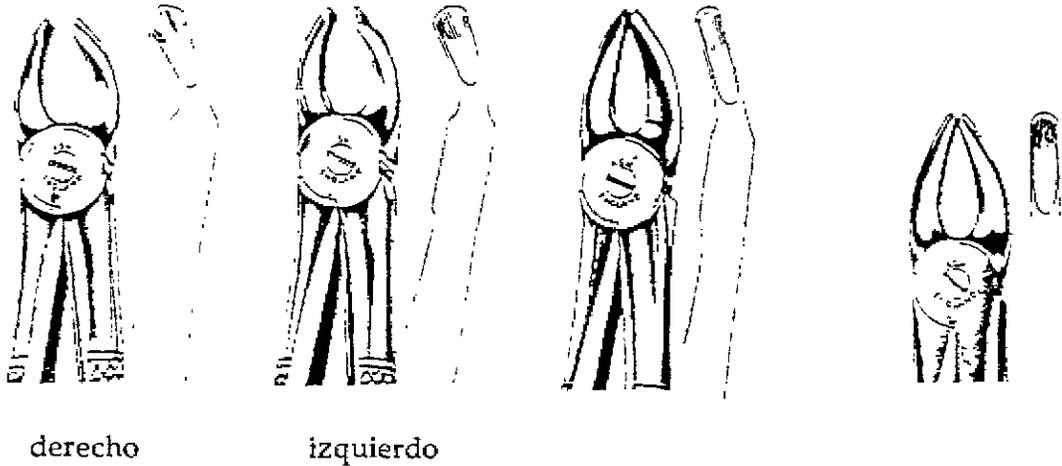


**Figura 84**  
BASCULAS ANTERIOR-POSTERIOR  
Y VESTIBULAR

• Avulsión o toma de los alicates

Si se han respetado los tiempos anteriores, la toma de los alicates o avulsión se resume a menudo en una simple recogida. La única excepción afecta a los molares que a menudo tienen raíces divergentes y limitan así la amplitud de la luxación al elevador.

- Instrumentos : alicates



derecho  
Figura 85a  
Molares

izquierdo  
Figura 85b  
Premolares  
y raíces

Figura 85c  
Caninos e incisivos

Figuras 85 : ALICATES PARA EL MAXILAR SUPERIOR

4

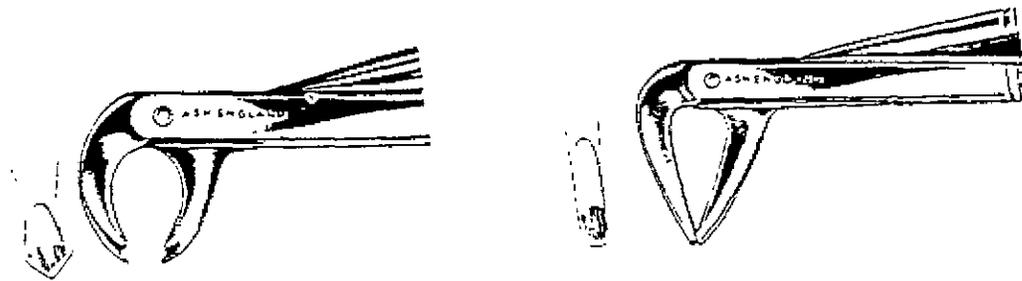


Figura 86a  
Molares

Figura 86b  
Incisivos, caninos, raíces  
y premolares

Figuras 86 : ALICATES PARA LA MANDIBULA

Los alicates para raíces superiores servirán igualmente para las raíces inferiores.

- Técnica :

El índice se introducirá siempre entre los dos mangos de los alicates para servir de tope en caso de derrapar y de cierre brusco de las tenazas. El movimiento esencial es un movimiento de tracción en el eje del diente.

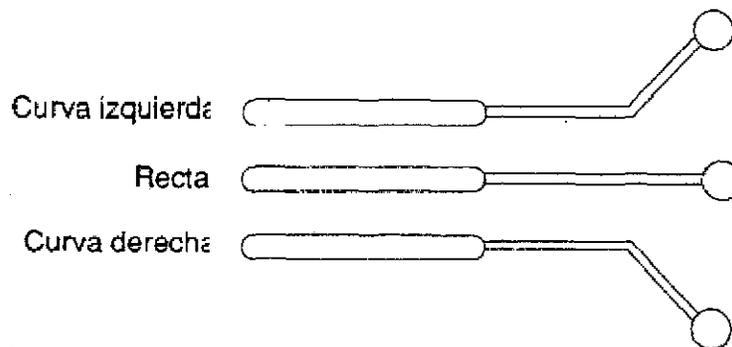
En el caso particular de los molares para los cuales la luxación no habrá podido ser completa, se deberá "trabajar" el diente con los alicates apropiados antes de realizar su avulsión. Se efectuarán movimientos de báscula, vestibulares y de rotación de amplitud progresivamente creciente, sin forzar nunca para evitar las fracturas de las raíces o de las tablas óseas.

Se examinará sistemáticamente el diente extraído para comprobar que no haya habido fractura radicular.

**Tiempo alveolar**

Una vez extraído el diente, se efectuará una revisión sistemática del alveolo.

- Examen de la mucosa que bordea el diente : comprobar que no ha sido desgarrada por los distintos instrumentos lo que obligaría a realizar puntos de sutura.
- Examen de las tablas óseas alveolares en busca de una posible fractura que precise la ablación de los sequestros, para evitar dolores, infecciones y una mala cicatrización.
- Examen del fondo del alveolo después de un raspado para eliminar los restos, el tejido de granulación y sobre todo un granuloma o un quiste, con el fin de prevenir cualquier riesgo de hemorragia, infección o mala cicatrización.



**Figura 87**  
**CURETAS**

- Apretar los bordes alveolares entre el pulgar y el índice y hacer que el paciente muerda con fuerza una o dos compresas para favorecer la hemostasia y la coagulación.
- Prescribir baños bucales durante las 24 horas siguientes para evitar una hemorragia.
- Recomendar una alimentación semi-líquida durante el primer día.

### **Complicaciones**

- **Hemorragia**

En la mayoría de los casos es debida a una revisión alveolar insuficiente (granuloma o quiste no extraído). Limpiar el alveolo con la cureta después de anestesia local, a continuación hacer que el paciente muerda unas compresas.

- **Alveolitis**

Debida a una anoxia ósea o a un secuestro alveolar no extraído, causa dolores muy fuertes, lacinantes, retardados (dos o tres días después de la intervención). Limpiar el alveolo o dejar una mecha impregnada de *violeta de genciana* durante tres o cuatro días como mucho. Recetar analgésicos y antibióticos en caso de infección.

- **Infección**

Preexistente pero que no evoluciona favorablemente después de la extracción, o debida a un error de asepsia, a un secuestro óseo, a un ápex radicular residual o a un quiste sin raspar. Efectuar una revisión alveolar con anestesia local y recetar una antibioterapia durante seis o ocho días con o sin antiinflamatorio (*ampicilina* : 2 g/día para adulto).