

2e/ 17

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D.G.B. - UNAM**



EXODONCIA

TESIS PROFESIONAL

GUADALUPE LOURDES AGUILAR ZAMARRON

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I.-	INSTRUMENTAL QUIRURGICO	1
II.-	TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.....	14
III.-	HISTORIA CLINICA	25
	EXAMENES DE LABORATORIO	
	ESTUDIO RADIOGRAFICO	
IV.-	INDICACIONES	38
	A).- AFECCIONES DENTARIAS	
	B).- AFECCIONES PARODONTALES	
	C).- POR RAZONES ORTODONTICAS, PROTETICAS Y ESTETICAS	
	D).- ANOMALIAS DE SITIO	
	E).- ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES	
	F).- PREVIA A LA RADIOTERAPIA DE TUMORES EN LOS MAXILARES	
V.-	CONTRAINDICACIONES	42
	A).- AGRANULOSITOSIS	
	B).- ENFERMEDADES TROMBOEMBOLICAS	
	C).- HEMOFILIA	
	D).- LEUCEMIA	
	E).- PURPURA HEMORRAGICA	

- F).- TUBERCULOSIS, CANCER Y SIFILIS
- G).- ANGINA DE VICENT
- H).- DIENTES TEMPORALES
- I).- DIFTERIA
- J).- NEURALGIA DEL TRIGEMINO
- K).- ENFERMEDAD DE ADISON
- L).- SINDROME CUSHING
- M).- HIPERTENSION
- N).- INFECCIONES AGUDAS DENTARIAS
- N).- ESTOMATITIS O GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE
- O).- DIABETES MELLITUS
- P).- OBESIDAD
- Q).- EDAD
- R).- CARDIOPATIAS
- S).- HIPOTENSION
- T).- HIPERPARATIROIDISMO
- W).- TRATAMIENTO A BASE DE CORTICOESTEROIDES
- X).- MESTRUACION
- Y).- EMBARAZO

VI.- TECNICAS DE EXODONCIA CON FORCEPS61

- A).- PARTE ACTIVA
- B).- PARTE PASIVA

VII.-	TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON FORCEPS	63
	A).- SINDESMOTOMIA	
	B).- PREHENSION	
	C).- LUXACION	
	D).- TRACCION	
	E).- SUTURA DEL ALVEOLO	
VIII.-	TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON ELEVADORES	69
	A).- SINDESMOTOMIA	
	B).- APLICACION	
	C).- LUXACION	
	D).- ELEVACION O EXTRACCION	
	E).- SUTURA DEL ALVEOLO	
IX.-	ANESTESIA LOCAL	73
	A).- ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACION, TERMINAL O PERIFERICA	
	B).- ANESTESIA LOCAL POR CONDUCCION O POR BLOQUEO NERVIOSO	
	CONCLUSION	89
	BIBLIOGRAFIA	92

CAPITULO I

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

BISTURI	Mango Bard Parket # 3 y # 7
HOJAS DE BISTURI	Bard Parket tipo # 15 (# 11 y # 12 opcional)
TIJERAS	Tipo Dean rectas ó en ángulo
PINZAS GUBIA O ALVEOLO TOMO	Clásicas ó tipo Blumenthal
LIMA DE HUESO	De dos puntas (HuFriedy)
ELEVADOR DE PERIOSTIO O LEGRA	Molt # 9 Woodson # 1
CURETAS	Doble punta, Quirúrgica Clási ca de Miller # 10,11,12 de - (HuFriedy)
PINZAS HEMOSTATICAS	1.- Mosquito recto 2.- Mosquito curvo 3.- Pinza de Kelly curva 4.- Pinza de Allis 5.- Pinza de Carmault
SONDA DE GILMORE	
LA PIEZA DE MANO Y FRESA QUIRURGICA ALTA VELOCIDAD	Fresa de Fisura Estriada Fresa de Redonda ó Bola (de carburo)
ABREBOCAS	Autoretentivos y Los que re- quieren sujetar por un ayu-- dante
SUTURA	
AGUJA	
PORTAAGUJA	Gadner de 12.5 ó de 15 cm. Hegar-Mayo de 15 cm. de lon- gitud

PINZA PARA TEJIDOS O TORUNDAS

Rochester de 15 cm.
O'Brain

RETRACTOR DE LA MEJILLA O
RETRACTOT YUGAL

RETRACTOR DE COLGAJO DEL TER-
CER MOLAR

DEPRESOR DE LA LENGUA O
RETRACTOR LINGUAL

RETRACTOR DE COLGAJO MUCOPE-
RIOSTIO O PERIOSTOMO

Steorling # 2
Silden # 22
SS WHITE # 23

JERINGA DESECHABLE PARA IIRIGAR

PUNZONES PARA PUNTA DE RAIZ

Heidbrink # 2 y 3 (HuFriedy)

CINCELES

De un solo bicel
De dos biceles
Y cinceles de mano con un --
solo bicel el Martillo

ELEVADORES

Recto # 1 y 80 (HuFriedy)
De Cryer # 44 y 45 (HuFriedy)

ELEVADORES DE BANDERA

Derecho # 27
Izquierdo # 28

ELEVADORES DE DESPLAZAMIENTO

3 y # 4 para la extracción
de Terceros Molares

FORCEPS

- 3F Dr. Woodwarde, Molares Inferiores Recto El Mango
- 3FH Dr. Woodwarde, Molares Inferiores Gancho Y Mango
- 15 Primer Y Segundo Molar Inferior Universal
- 16 Primer Y Segundo Molar Inferior Universal Cuerno De Vaca
- 17 Primer Y Segundo Molar Inferior Universal
- 23 Primer Y Segundo Molar Inferior Universal Cuerno De Vaca
- 287 Primer Y Segundo Molar Inferior Universal
- 5 Tercer Molar Inferior Universal
- 222 Tercer Molar Inferior Universal
- 103 Bicúspide, Incisivo Y Raíz Inferior Universal
- 203 Bicúspide, Incisivo Y Raíz Inferior Universal
- 32 Molares Y Bicúspide Superior Universal, Tipo Bayoneta
- 32A Bicúspide Y Raíz Superior, Tipo Bayoneta
- 85 Molares, Bicúspide Y Cúspide Inferiores
- 85A Semejantes al # 85 Solamente Con Pico Angosto
- 69 Fragmento O Pequeño Raíz Superior E Inferior
- 150 Incisivo, Bicúspide Y Raíz Superior Universal
- 150A Incisivo, Bicúspide Superior Universal
- 151 Incisivo, Bicúspide Y Raíz Inferior Universal
- 151A Incisivo, Bicúspide Y Raíz Inferior Universal
(paralelo su pico)
- 151B Incisivo, Bicúspide Y Raíz Inferior Universal

- 62 Incisivo, Bicúspide Y Desiduos Universal Superior E Inferior
- 101 Bicúspide, Desiduos Universal Superior E Inferior
- 99A Bicúspide, Cúspide E Incisivo Superior
- 99C Bicúspide, Cúspide E Incisivo Superior
- 65 Incisivo, Rafz Superior Tipo Bayoneta
- 286 Bicúspide, Incisivo Y Rafz Superior Tipo Bayoneta
- 10H Molares Superiores Universal (GANCHO Y MANGO)
- 10S Molares Superiores Universal (RECTO EL MANGO)
- 18L Primer Y Segundo Molar Superior Izquierdo
- 18R Primer Y Segundo Molar Superior Derecho
- 24 Molares Superior Universal
- 53R Primer Y Segundo Molar Superior Tipo Bayoneta
- 53L Primer Y Segundo Molar Superior Izquierdo Tipo Bayoneta
- 88L Primer Y Segundo Molar Superior Izquierdo
- 88R Primer Y Segundo Molar Superior Derecho
- 210 Tercer Molar Superior Universal

BISTURI

Al usar el bisturí se utiliza en forma de lápiz, las puntas del cuarto y quinto dedo descansan sobre una base sólida. El tejido deberá ser tensado mientras que la porción curva de la hoja se coloca sobre la superficie tisular.

A continuación se hará presión firme hacia abajo y se tirará la hoja con movimiento continuo hasta la distancia deseada.

Deberá aplicarse presión uniforme sobre la hoja, y al terminar el corte deberá levantarse el mango terminando con la punta de la hoja. Al cortar mucoperiostio, la incisión es necesario -- hasta el hueso con un solo movimiento.

Cuando hacemos incisiones siempre que sean completas, no -- debemos parar a la mitad de una incisión es innecesario, aunque sea evidente el sangrado, la hemorragia puede ser controlada tan pronto como haya sido terminado la incisión.

HOJAS DE BISTURI

La hoja de bisturí # 15 es para uso general y es la empleada con mayor frecuencia, es muy buena para la mayor parte de -- las incisiones de la piel y de las mucosas.

La hoja # 11 se emplea principalmente para la incisión y el drenaje cuando es necesario el corte a ciegas de tejidos -- profundos.

La hoja # 12 está especialmente adaptada para la incisión del margen gingival y se presta para seguir las líneas cervicales de los dientes.

TIJERAS

Hay gran variedad de tijeras sin embargo, hay dos principalmente denominadas tijeras para sutura y de tejido. Las tijeras de Mayo curvas de 15 cm. con dos puntas afiladas son muy útiles para la disección así como para el corte de los margenes de las heridas resulta conveniente inmovilizar el tejido usando forceps para tejido que permitirá un corte preciso y cuidadoso.

PINZAS GUBIA O ALVEOLOTOMO

Sirve para cortar hueso, tiene gran potencia y sus ángulos permiten alcanzar todas las reguiones de los bordes alveolares.

Su correcto empleo deja las superficies óseas tan lisa que es innecesario recurrir a limas ó fresas.

LIMA DE HUESO

La lima para hueso se utiliza para el corte final del borde óseo después de hacer la eliminación principal con la cizalla.

Siempre que se utilice la cizalla deberá ser posterior la lima, deberá ser colocada en lo alto de la cresta interseptal y utilizando movimientos de tracción se llevará hasta la misma cresta.

La limpieza cuidadosa del instrumento es necesario, en cada movimiento o cuando haya terminado el proceso de limado para que no vaya ninguna partícula a la herida.

ELEVADOR DE PERIOSTIO O LEGRA

También llamado Periostomo, consta de un mango con dos extremos de los cuales el menor se emplea para la elevación de los tejidos y el mayor se usa como separador.

Entre los elevadores de periostio tenemos el ideado por Sterling # 2 ó bien por Seldin, y # 23 SS White.

CURETAS

La cureta de dos puntas se fabrican en tres tamaños básicos, pequeña, mediana y grande.

Su función es la de extirpar tejido y detritus degenerativos resultantes de una infección prolongada ó procesos patológicos, granulomas, tumores de tejidos blandos, quistes y también se utilizan para retirar fragmentos de hueso o dientes -- después la extracción y para suavizar los bordes cortantes del alveolo.

La cureta es un instrumento sensible diseñado para revelar al Cirujano la calidad de las estructuras con las que entra en contacto; al adquirir destreza con este instrumento es posible diferenciar entre tejido óseo, estructura dentario y desde luego tejidos blandos. Al raspar un alveolo dentario se colocará el aspecto cóncava de la cureta cerca del borde superior de la pared alveolar proyectando el contenido apical haciendo esto alrededor de todo el alveolo con el mismo movimiento

PINZAS HEMOSTATICAS

Las pinzas de mosquito y las pinzas de Kelly son las que suelen ser empleadas para la cavidad oral, hay curvas y rectas

Las pinzas de mosquito se utilizan en exodoncia para cohibir hemorragias causadas en los vasos de la mucosa oral alveolar; en algunos casos, las pinzas de mosquito son útiles para sujetar restos radiculares ya luxados y evitar la deglución de los mismos por el paciente en un movimiento inacecuado.

Las pinzas de Allis es buena para sujetar los margenes de los tejidos durante la disección y en algunos casos; la retracción del segmento de tejido que deberá ser eliminado.

SONDA DE GILMORE

Es un explorador quirúrgico, es un instrumento muy delgado que puede ser fracturado fácilmente. No deberá aplicarse palanca al mismo; su propósito es la exploración y la suave extracción de pequeños ápices radiculares cerca de estructuras, tales como el conducto dentario inferior y la mucosa que cubre el antro maxilar. Debemos recordar que se trata de un instrumento muy afilado y peligroso, que puede penetrar y lastimar estas mismas estructuras.

ABREBOCAS

Son de dos tipos :

Autorretentivos

Los que requieren de la sujeción por un ayudante

Consta de dos mangos los cuales van a tomarse y la parte activa que es la que se va adaptar a la superficieoclusal del diente, preferentemente molares del lado opuesto al que se va a trabajar.

Colocada ésta se aprietan gradualmente los mangos hasta -- obtener la apertura deseada. Su empleo está indicado en niños -- con problemas de cooperación y en adultos con procesos patoló -- gicos como , flemón por infección de los molares inferiores, -- trismus, anquilosis o cualquier otra causa por la cual el paci -- ènte tenga problemas de mantener abierta la boca. También se -- usa cuando el paciente se ha sometido a anestesia general.

SUTURA

Para el término de una odontectomía correcta, la sutura de los bordes alveolares o gingivales evita las hemorragias postoperatorias y facilita la cicatrización alveolar al mantener fijo el coágulo en el alveolo dentario y a partir del coágulo la formación de fibrina y de tejido de reparación, epitelial y -- ósea.

AGUJA

La aguja deberá poseer un borde cortante para suturar la -- mucosa deberá utilizarse marca :

Anchor	1822	18 grande
	1822	20 pequeña

HuFriedy 3/8 de círculo tamaño 18 o 20

Deberá emplearse una aguja redonda (no cortante) para hacer puntos de sutura o cerrar músculos o aponeurosis marca:

Anchor 1833 2 ó 3

PORTAAGUJAS

Para todo deberán usarse o emplearse el portaagujas
Gadner de 12.5 ó de 15 cm.

Hegar - Mayo de 15 cm. de longitud

PINZAS PARA TEJIDOS O TORUNDAS

Este es un instrumento muy vèrsatil y el operador deberá - crear el hábito de tener las pinzas en la mano en todo momento - durante la sutura; las pinzas para tejido se utilizan para inmo - vilizar el tejido al pasar la aguja a través del mismo.

Existen varios tipos; sin embargo una buena pinza general - para tejidos para cirugía bucal es la pinza de Rochester.

Además de está, existe la pequeña pinza para tejidos de -- O'Brain sin dientes, la pinza para apósitos nasales que es un - instrumento de tipo bayoneta, las pinzas para algodón para la - colocación de apósitos en los alveolos, para tejidos con dien -- te afilados.

JERINGA DESECHABLE

La jeringa desechable la utilizamos para irrigar cuando - estamos haciendo osteotomía para no calentar la pieza tratada - y limpiar-la cavidad al hacer una extracción del tercer molar y cualquier intervención quirúrgica en la cavidad oral.

PIEZA DE MANO Y FRESA QUIRURGICA

La fresa quirúrgica suele emplearse para la eliminación - de hueso y el corte de los dientes; se prefieren las fresas de carburo sobre las de acero para el corte de estructuras dentarias y hueso.

La pieza de Mano convencional, a base de poleas y cuerdas tiene la desventaja de ser sucia, lenta e inconveniente. Cuando se emplea en el hospital, las enfermeras encuentran dificultad para montar esta pieza de mano y esterilizarla.

Algunos de los equipos más nuevos de alta velocidad no -- poseen estas desventajas; cuando sea posible, se recomienda emplear instrumento de alta velocidad.

Las fresas empleadas con mayor frecuencia en los procedimientos de cirugía bucal son la fresa de fisura estriada y las fresas de carburo redondas, la irrigación de agua bidestilada-

deberá emplearse siempre que se haga un corte, tanto para reducir la generación de calor, como para conservar el área limpia a la vez que se mejora la eficacia del corte.

La pieza de mano y las fresas deberán estar presentes en todo momento y deberán estar listas para no perder tiempo que es muy valioso.

CINCELES

El cincel es otro buen instrumento para la aliniación de hueso.

El cincel también se usa para cortar dientes especialmente el cincel a dos manos.

El cincel monoángulo es preferible para la reducción de hueso.

CAPITULO I I

TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA

La asepsia y la antisepsia nos brindan los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección.

La asepsia tiene por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de éstos al organismo, y la antisepsia se encarga de destruir dichos gérmenes cuando ya han penetrado a tal organismo, y para ello se hace uso de agentes químicos llamados antisépticos.

Por lo tanto en técnica quirúrgica se considera como asepsia, el conjunto de reglas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización del material quirúrgico y de todo aquello que tenga contacto con el campo operativo; lo que es lo mismo la eliminación, teóricamente absoluta de agentes sépticos.

Cuando se habla de asepsia, se piensa en la esterilización esto es la destrucción de elementos sépticos, se puede realizar; por distintos medios que son: Físicos, Químicos y Biológicos.

Entre los medios Físicos uno muy sencillo es el lavado mediante Agua y Jabón, que obra como un barrido depurador que --

arrastra y elimina las materias contaminantes; este se usa para esterilizar las manos del Cirujano, las de sus ayudantes y los tegumentos del campo operatorio.

La temperatura es un medio físico muy usual para lograr la esterilización; y para ello debe hacerse uso de calor seco ó húmedo.

EL CALOR SECO

El calor seco es el flemeado que se utiliza para esterilizar las superficies pulidas de las cubiertas de las mesas, bandejas y algunos otros utensilios a condición de que la temperatura del objeto por esterilizar se eleve por lo menos a 100°C. y esta temperatura se mantenga a 5 a 10 minutos por lo menos.

Este procedimiento no es aconsejable pues altera la estructura sobre todos los de acero.

Otra forma de esterilización por calor seco : Consiste en el empleo de aire caliente; es muy efectivo y puede utilizarse excepcionalmente suele usarse para la esterilización de ropa y material de curación; en estos aparatos el material quirúrgico puede esterilizarse a una temperatura de 150° a 170°C durante 30 a 60 minutos suficiente para destruir los gérmenes incluso-

las formas esporulentas que son las más resistentes, tiene una ventaja, se puede controlar la temperatura por medio del termómetro y tener seguridad de haber esterilizado.

EL CALOR HUMEDO

Es el más empleado para la esterilización de instrumental y vestuario quirúrgico; puede utilizarse como medio común la ebullición del agua, especialmente para la esterilización de instrumental a condición de que los objetivos por esterilizar queden en total inmersión, perfectamente cubiertos por el agua y la ebullición se sostenga por lo menos de 30 a 60 minutos, este medio tiene un inconveniente de que no puede elevar a 100°C al nivel del mar.

La ebullición del agua es insuficiente para destruir gérmenes en su totalidad, por lo cual se emplea otra forma de calor húmedo; el vapor de agua a presión que además de proporcionar temperaturas elevadas, los cambios bruscos de presión contribuyen a destruir los gérmenes especialmente las formas esporuladas y los virus que habitualmente son lo más resistentes a la temperatura; para ello se emplea el autoclave; que reúne todas las cualidades para realizar una buena esterilización;

esto es : que sea fácil de efectuar, que se pueda comprobar, -- que no deteriore el material quirúrgico y que permita manejar - los objetos esterilizados sin que éstos sufran contaminación.

EL AUTOCLAVE

Es un aparato que está basado en las Leyes de Boyle Mariotte - Gay Lusac; en él , el volumen de l vapor se conserva cons tante y sólo se hace variar la presión aumentando la temperatu ra .

La relación entre temperatura y presión es directamente proporcional debido a que con cada grado de temperatura el volúmen -- del vapor debe aumentar $1/273$; pero como las paredes del aparato son rígidas y el vapor se encuentra confinado, el volúmen se mantiene constante haciendo que aumente la presión y por consiguiente la temperatura; de aquí que el control de ésta, en el --

autoclave se puede hacer tomando en cuenta la relación que existe entre estos dos factores. En el autoclave la temperatura se controla por la presión existente dentro de la cámara de esterilización, lo que facilita notablemente el manejo del aparato y proporciona absolutamente la seguridad de esterilización, la cual se puede comparar fácilmente por medio de testigos. El uso de recipientes especiales, ó bultos con doble envoltura permite el fácil manejo de los objetos esterilizados sin contaminarlos.

El autoclave consta de :

Un Generador de Vapor

Una Cámara de Esterilización

Y un Juego de Llaves

Por medio de un mecanismo, permite independizar la cámara de esterilización del generador y comunicarlo con áquel, comunicando la cámara directamente con el exterior o a través de una trompa accionada con vapor del generador.

La capacidad y diseño están de acuerdo con lo requerido -- por las necesidades. Los de poca capacidad, generalmente tienen la cámara de esterilización cilíndrica y con frecuencia están acoplados en una sola unidad con cajas hervidoras.

El modelo hospitalario es de gran capacidad y su cámara es de forma prismática, cuadrangular, con el objeto de evitar espacios muertos y tener mayor cupo. La fuente de calor en los aparatos modernos está alimentada por corriente eléctrica; el calor puede ser regulado a voluntad para poder controlar la presión del vapor en el generador.

EL GENERADOR DE VAPOR

No es otra cosa que una caldera de paredes resistentes generalmente construido de lámina de cobre al igual que la camisa que se continúa con éste y rodea la cámara de esterilización en toda su parte, menos en la puerta a fin de distribuir mejor el calor y evitar la condensación del vapor dentro de la cámara de esterilización.

Por los enfriamientos bruscos el generador de vapor cuenta con un manómetro que registra la presión del vapor generado, además tiene una válvula de seguridad que impide la sobrepresión y se abre cuando ésta excede de 20 libras.

LA CAMARA DE ESTERILIZACION

Es el compartimiento más importante del aparato y en él se colocan los objetos por esterilizar. Como parte accesoria tiene una puerta que cierra la cámara herméticamente mediante un sistema de pasadores concéntricos que se accionan con una palanca-central, que enchufan en un bicel en el cual termina la entrada de la cámara.

En algunos autoclaves éste cierre tiene un perno de seguridad que no permite abrir la tapa cuando la cámara tiene presión positiva. La cámara de esterilización cuenta con un manómetro que registra presiones positivas y negativas, una llave con filtro para entrada del aire exterior y una válvula que permite la salida del agua de condensación.

EL SISTEMA DE LLAVES

Con su mecanismo y la palanca que sirve para efectuar los diversos tiempos de esterilización. El primer paso en la esterilización consiste en llenar la cámara del autoclave; para ello tanto la ropa como los instrumentos están protegidos con doble envoltura para facilitar su manejo después de que ya han sido esterilizados, se procede a cerrar la tapa y se ajustan los brazos radiales de la cerradura por medio de la manija que los acciona, para tener certeza de que la esterilización se llevó a cabo es conveniente usar testigos para ver la realización del proceso. Para este fin utilizamos en suspensión en engrudo de almidón, dando una mezcla de azul negruzco (mal llamado yoduro de almidón), con la cual se impregnan tiras de papel que se dejan secar colocando un pedazo de ellas en el interior de cada bulto. Cuando la temperatura de la cámara de esterilización llega a 120°C, y se mantiene por 20 minutos, el yodo se sublima y el papel pierde su color azul quedando blanco lo que indica que el proceso es correcto.

Suelen utilizarse algunas sustancias cuyo punto de fusión es de 120°C, que al combinarse con otras del mismo punto de fusión, cambian de coloración, como sucede con la mezcla de benzo naftol y safranina, en la que aparece una coloración café ---

negruzca, cuando ha sido sometida a una temperatura de 100°C.

ANTISEPTICOS O GERMICIDAS

Los agentes químicos llamados Antisépticos ó Germicidas: son de gran utilidad para esterilizar el material que puede alterarse por la acción del calor o la humedad, también como coadyuvantes en la asepsia de los tegumentos en el área quirúrgica.

El poder de los Antisépticos dependen de varios factores: De la cantidad y calidad de los gérmenes; de la existencia de los mismos para el antiséptico.

Para que el antiséptico haga efecto debe atravesar la envoltura externa o ectoplasma de los gérmenes y ponerse en contacto con los elementos vitales de las células, siendo la razón por la cual los gérmenes ofrecen más o menos resistencia a los antisépticos.

Los antisépticos por su forma de obrar se dividen en:

Coagulantes y Deshidratandes

COAGULANTES

Los coagulantes : destruyen los gérmenes floculando su --
protoplasma por coagulación de las sustancias proteicas que --
forman el coloide plasmático.

DESHIDRATANTES

En tanto que los deshidratantes provocan la floculación --
por deshidratación del protoplasma, modificando el equilibrio --
en la suspensión coloidal, provocando la precipitación.

El Alcohol es un Antiséptico que deshidrata el protoplasma
y cuando se usa como vehiculo en una tintura antiséptica, la --
acción de ésta puede ser coagulante y deshidratante a la vez.

Por lo antes expuesto se deduce que el poder germicida de
los antisépticos no es absoluto y que la esterilización por me-
dio de soluciones o tinturas antisépticas, debe llenar varios -
requisitos indispensables como :

- 1.- Que las superficies del objeto por esterilizar éste -
limpia y desprovista de toda substancia insoluble en-
el medio antiséptico.
- 2.- Que el objeto se mantenga en total inmersión en el lí-
quido antiséptico.
- 3.- Que éste permanezca completamente cubierto por el lí-
quido antiséptico el tiempo necesario para lograr su -
esterilización.

Aunque la boca sea considerada como un campo contaminado -
en términos de asepsia quirúrgica, no hay excusa para que el --
Cirujano Dentista introduzca otros microorganismos en la boca -
del paciente.

Si bien el paciente puede tener tolerancia adquirida para-
los organismos de su propia flora bucal puede ser muy suscepti-
ble a la de otros por esta razón el Dentista debe cuidar cons-
tantemente, para evitar cualquier contaminación de un paciente-
a otro ya que es un intermediario, un objeto como el ajuste del
cabezal, un lápiz, la llave o el telefono.

CAPITULO I I I

HISTORIA CLINICA

1.- DATOS

Nombre; edad; sexo; ocupación; estado civil; lugar de nacimiento; teléfono de casa y oficina; nombre del médico familiar.

2.- ANTECEDENTES

Estado real del paciente y del padecimiento actual tanto - los padecimientos personales como familiares son una biografía de la patología y facilitan el diagnóstico y previenen la evolución y la respuesta al tratamiento.

A).- ANTECEDENTES GENERALES NO PATOLOGICOS

Interrogamos :

Si se aplicaron todas las vacunas; hábitos de nutrición -- que acostumbra (semana).

Si es adictó al cigarro en exceso o escaso y si ingiere - alcohol en cuantas cantidades, condiciones de la casa habitación, cuantas recamaras, si tiene suficiente entrada de luz, buena ventilación, si está completo su servicio sanitario.

B).- ANTECEDENTES GENERALES PATOLOGICOS

Interrogamos :

Si sufrió alguna enfermedades propias de la niñez; si es- alérgico a algún alimento o medicamento; si cuando niño sufrió dolores de crecimiento o articulaciones inflamadas y lo obligaron a quedarse en cama, si ha padecido alguna enfermedad grave o ha sufrido alguna intervención quirúrgica; llegó alguna vez- a sangrar demasiado o durante más de dos días despues de la extracción de un diente o alguna hemorragia en una intervención- quirúrgica.

C).- ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Interrogamos :

Si sus abuelos, padres, tíos o hermanos padecen diabetes-

Mellitus, enfermedades cardiovasculares, sífilis, hemofilia, -
leucemia; también del Sistema nervioso como la Corea de Hunting-
ton.

3.- PADECIMIENTO ACTUAL

El paciente habla en forma espontánea, se le pregunta cuál es el motivo de la consulta, que le duele, cuánto tiempo tiene- que la aparecieron esos síntomas; si el dolor es persistente o- no ; que se hizo de inmediato.

4.- APARATOS Y SISTEMAS

A).- APARATO DIGESTIVO

Como es el apetito si aumenta o disminuye, si hay deglusi-
ón satisfactoria; como es su secreción de saliva si es abundan-
te o escasa; se espesa; si hay sensaciones anormales tales como
dolor intermitente o continuó en la cavidad oral, sensaciones -
anormales en el estómago motivadas por la llegada de alimentos-

o de algún medicamento como el ácido acetilsalicílico; si presenta náuseas, vómitos en que tiempo aparecieron, ha sufrido úlcera de estómago, duodeno o péptica; si presenta estreñimiento o diarrea; caracteres de las evacuaciones, color, número de veces si presentan moco, pus o sangre.

B).- APARATO RESPIRATORIO

Si el paciente sufre gripes frecuentes, si padece tos, si es seca o flemosa, si es temporal o permanente, que evolución ha tenido si presenta dolor al toser, si se acompaña de expectoración, si está es fácil o difícil, si es temporal o permanente si es purulenta o sanguinolenta, que abundancia tiene, si padece sinucitis, disnea de esfuerzo, sabe usted si existe si existe en alguna ocasión algún problema de tuberculosis, tiene asma sabe usted si presenta algún Enfisema.

C).- APARATO CARDIOVASCULAR

Si presenta dolor en la región precordial, opresión en el

pecho, dolor en el brazo izquierdo, si presenta agotamiento o fatiga facilmente, disnea, palpitaciones, desvanecimientos, lipotimias (desmayo - vértigos), hemorragias, cefaleas, hipertensión, hipotensión o presión normal, que si tiene un soplo al corazón, si hay arterioesclerosis, si presenta fiebre reumática a sufrido un ataque cardiaco (hace cuanto tiempo), padece angina de pecho, problemas de hemiplegia (parálisis).

D).- APARATO GENITOURINARIO

Presencia de trastornos renales, emisiones de orina número de ellas, dificultad en la micción, consistencia de la orina color, olor, se presenta sedimentos o pigmentaciones, si presenta sangre en la micción al final de ella o mezclada, si orina más de una vez por la noche, tiene sed durante bastante tiempo (mucho más de lo normal).

Alguna vez padeció de sífilis o alguna enfermedad grave venerea en la mujer su estado de menstruación, ritmo normal, olor, color, duración de la menstruación, presencia de coagulos; si hay flujo que color, que abundancia o escasas, cuantos embarazos a tenido, si han sido normales, si ha tenido abortos (medicados o espontáneos), si toma píldoras anticonceptivas, si esta embarazada, cuando fué su último período de menstruación.

E).- SISTEMA ENDOCRINO

Si hay diarreas, trastornos de la tiroides como hipertiroidismo, bocio exoftálmico; intolerancia suprarrenal; si está se presenta con anoxia, diarrea, vómitos, astenia, palpitaciones, epistaxis, si tiene leucemia o hemofilia.

F).- SISTEMA NERVIOSO

Presenta usted insomnio, si sufre cambios de carácter con frecuencia, ha presentado alguna depresión nerviosa, alguna vez fué tratado de epilepsia o la sufre actualmente si está bajo -- control médico o no, percepción de alguna sensaciones en estado de sensibilidad, tales como parestesia, hormigeo, calambres adormecimientos en el cuerpo, cefaleas, vértigos, temblor, si no pierde las ideas facilmente, si ha perdido el conocimiento alguna vez, se considera usted una persona nerviosa o tensa.

5.- TRATAMIENTO A UTILIZAR

Interrogamos

Si está tomando medicamentos de que tipo son. cada y cu
to se los está tomando.

Todos los datos obtenidos mediante la Historia Clínica nos dan una idea para poder emplear el tratamiento sin riesgo alguno- para el paciente ni el operador; en caso de que tenga algún pa
decimiento sin control médico hay que mandarlo al médico para- que podamos realizar nuestro trabajo sin ningún problema.

EXAMENES DE LABORATORIO

A).- BIOMETRIA HEMATICA

Fórmula Leucicitaria
 Tiempo de Coagulación
 Tiempo de Sangrado
 Análisis Sanguíneo

B).- GENERAL DE ORINA

A).- BIOMETRIA HEMATICA

La biometría hemática, este examen nos dará las cifras de los componentes sanguíneos que los comparamos con los normales- que se mencionan en la Historia Clínica.

FORMULA LEUCOCITARIA

Linfocitos	20	a	30 %
Monocitos	5	a	10 %
Eosinófilos	1	a	4 %

Basófilos	0	a	1 %
Neutrófilos	50	a	75 %
Metamielocitos	0	a	2 %
Plaquetas x mm ³	250,000		350,000

La cantidad normal de glucosa en sangre varfa de 80 a 120; más se dice que hay hiperglucemia; signo de diabetes y deberá a comenzar a regularizarse lo más posible para menor riesgo de la intervención.

TIEMPO DE COAGULACION

El tiempo de coagulación es de suma importancia, deberá comenzar dicha coagulación a los 2 a 4 minutos y terminará a los 7 u 8 minutos, cifra mayor que está es una contraindicación operatoria.

TIEMPO DE SANGRADO

El tiempo de sangrado normal oscilará entre 2 a 4 minutos - si el tiempo es mayor de lo normal, deberá investigarse la causa y es indispensable normalizar este tiempo antes de la intervención.

SEDIMENTACION

a)	Leucocitos	1 a 2 por campo
b)	Eritrocitos	Negativo
c)	Hemoglobina	Negativo
d)	Bilirrubina	Negativo
e)	Piositos	Negativo
f)	Cilindros	Negativo

La Urea en el suero sanguineo varfa normalmente de 2 a 5 décimas de gramo por milmetro, si aumenta de 0.50 a 1 gramo - es signo de insuficiencia renal.

ANALISIS SANGUINEO

Contiene la sangre en condiciones normales :

	Hombres	Mujeres
a) Hemoglobina en gr. por 100/ml.	15.5 a 20	13.5 a 17
b) Eritrocitos Millones x 100/ml.	5 a 6	4.5 a 5.5
c) Hematocritos	47 a 55	42 a 48
d) Concentración media de Hemoglobina	30 %	

3 5

- | | |
|-----------------------------------|---------------|
| e) Reticulocitos | 05 a 1.5 |
| f) Leucocitos por mm ³ | 5000 a 10,000 |

B).- GENERAL DE ORINA

El examen general de orina será de gran valor pues con este sabremos , si no hay ningún padecimiento renal.

VALORES NORMALES

- | | | | |
|-------------|----------|---|-------|
| a) Densidad | 10.12 | a | 10.30 |
| b) P. H. | 5 | a | 6 |
| c) Albumina | Negativo | | |
| d) Glucosa | Negativo | | |
| e) Acetona | Negativo | | |

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico se aplicará en todos los casos para posible infección oculta y otras lesiones patológicas no -- sensibles o inaccesibles al tacto como áreas infectadas o rarofacciones.

En la exodoncia es importante para conocer los obstáculos que se presenten durante el acto quirúrgico, por medios radiográficos observamos si hay algo anormal.

Las anomalías frecuentes pueden ser :

- 1.- Los dientes incluidos: cuya localización más frecuente es a nivel de caninos superiores y cuyo lugar no es rara la persistencia del diente temporal, gracias a las radiografías nos daremos cuenta por donde es el lugar apropiado para efectuar el acceso más directo del diente a extraer.
- 2.- Es importante conocer la curvatura de las raíces dentarias, que suelen representar un obstáculo para la extracción.
- 3.- Es importante observar si los dientes se presentan impactados, anquilosados, fuera de su posición normal con alteraciones apicales.

4.- En los terceros molares hay que observar su posición en -- que se encuentran y que tipo de raices presentan y utilizar la técnica adecuada para la extracción del órgano dentario.

Las radiografías apicales nos sirven para ver la posición de los dientes en sentido anteroposterior.

La radiografía oclusal nos dará un panorama más efectivo - para ver todo lo que rodea a la pieza por extraer, ya sea terceros molares o caninos incluidos.

Hay que tener en buenas condiciones las radiografías para que podamos interpretarla.

CAPITULO I V

INDICACIONES

- A).- AFECCIONES DENTARIAS
- B).- AFECCIONES PARODONTALES
- C).- POR RAZONES ORTODONTICAS, PROTETICAS Y ESTETICAS
- D).- ANOMALIAS DE SITIO
- E).- ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES
- F).- PREVIA A LA RADIOTERAPIA DE TUMORES EN LOS MAXILARES

A).- AFECCIONES DENTARIAS

- a).- Afeciones pulpares para los cuales no hubiera tratamiento conservador.
- b).- Caries penetrante (caries de cuarto grado) que no pueden ser tratadas.
- c).- Complicaciones de lesiones cariosas en los tejidos vecinos.

B).- AFECCIONES PARODONTALES

Enfermedades parodontales degenerativas, o con tejido de soporte óseo con demasiada destrucción que ocasiona movilidad extrema del órgano dentario.

C).- POR RAZONES ORTODONTICAS, PROTETICAS Y ESTETICAS

- a).- Dientes temporales persistentes.
- b).- Dientes supernumerarios
- c).- Dientes permanentes que por razones protéticas u ortodónticas, el especialista de estas dos ramas indicará la extracción.

Los dientes temporales persistentes, deben ser extraídos, cuando la edad del paciente; de acuerdo a la cronología de la erupción dentaria indica la extracción, para permitir la normal erupción del diente permanente.

Los dientes supernumerarios y ectópicos, que molesten a la estética y funcionamiento, deben ser extraídos.

D).- ANOMALIAS DE SITIO

Retenciones y Semiretenciones dentarias sin tratamiento - ortodóntico.

Los dientes que permanezcan retenidos en los maxilares, - deben ser extraídos, sobre todo cuando producen accidentes ner viosos, inflamatorios o tumorales.

La exodoncia puede evitarse en aquellos casos en que la - técnica ortodóntica logre ubicarlos en su sitio de normal im-- plantación.

E).- ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS
MOLARES

Los accidentes de la erupción indican la eliminación del diente causante, como por ejemplo: Pericoronitis a repetición; accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales.

F).- PREVIA A LA RADIOTERAPIA DE TUMORES EN
LOS MAXILARES

Cuando el paciente padezca de un tumor en la maxila o man
dfbula cuyo tratamiento exija la radiación, es indispensable -
la extracción de los órganos dentarios del lado a radiar, para
evitar dolores por mortificación pulpar y fijación de la radia
ción en los tejidos dentales con destrucción de los mismos.

Deben ser extraídos antes del comienzo del tratamiento ra
diactivo, por lo general, el hueso irradiado no cicatriza des-
pués de las extracciones dentales en razón de la pérdida de la
irrigación en la zona y la reducción de la vitalidad del hueso
y las células del tejido conectivo, los dientes irradiados son
más susceptibles a las caries; sus pulpas se necrosan con mayo
rápidez y la prevalencia de la infección es mayor.

El resultado final puede ser la OSTEORRADIONECCROSIS.
(necrosis ósea consecutiva a la irradiación).

CAPITULO V

CONTRAINDICACIONES

- A).- AGRANULOSITOSIS
- B).- ENFERMEDADES TROMBOEMBOLICAS
- C).- HEMOFILIA
- D).- LEUCEMIA
- E).- PURPURA HEMORRAGICA
- F).- TUBERCULOSIS, CANCER Y SIFILIS
- G).- ÁNGINA DE VICENT
- H).- DIENTES TEMPORALES
- I).- DIFTERIA
- J).- NEURALGIA DEL TRIGEMINO
- K).- ENFERMEDAD DE ADISON
- L).- SINDROME DE CUSHING
- M).- HIPERTENSION
- N).- INFECCIONES AGUDAS DENTARIAS
- ñ).- ESTOMATITIS O GINGIVITIS ULCERO MEMBRANOSA
- O).- DIABETES MELLITUS
- P).- OBESIDAD
- Q).- EDAD

- R).- CARDIOPATIAS
- S).- HIPOTENSION
- T).- HIPERPARATIROIDISMO
- W).- EN TRATAMIENTO A BASE DE CORTICOESTEROIDES
- X).- MESTRUACION
- Y).- EMBARAZO

A).- AGRANULOSITOSIS

Esta enfermedad, frecuentemente fatal, hay una gran disminución del número de neutrófilos de la sangre.

Se producen úlceras en la mucosa oral y orofaríngea; la resistencia a la infección es extremadamente disminuida.

No deben hacerse extracciones dentales, si no es con la asesoría del Médico.

B).- ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICAS

Se clasifican como enfermedades tromboembólicas :

La Flebitis, Tromboflebitis, Trombosis, Embolismo, Infarto Pulmonar, Infarto al Miocardio y Arterioesclerosis.

Los pacientes con este padecimiento, en su tratamiento es importante la terapia de anticoagulantes (Heparina). Es absolutamente contraindicado hacer extracciones por sencillas que sean; podrá intervenir solamente si el Cardiólogo responsabiliza la autorización de la interrupción del anticoagulante.

C).- HEMOFILIA

Es afortunadamente rara, puede decirse que se presenta solamente en hombres. La mejor advertencia es no hacer nunca extracciones a un hemofílico, ya que puede perder la vida a causa de la extracción; si ésta es imperiosa, deberá ser hospitalizado y sometido a transfusiones de sangre, estando bajo vigilancia del Hematólogo.

D).- LEUCEMIA

Es contraindicada la extracción en cualquier tipo de Leucemia, tanto por su tendencia a infecciones generalizadas como sus estado hemorrágicos.

E).- PURPURA HEMORRAGICA

Esta enfermedad que se caracteriza por la deficiencia o disminución en el número de plaquetas, dando como resultado un tiempo de coagulación muy prolongado y consecuentemente una --

marcada tendencia hemorrágica; abstenerse de hacer extracciones, cuando sean necesarias la intervención se hará conjuntamente con el Médico que lo asiste ya que puede requerir trans fusión sanguínea.

F).- TUBERCULOSIS, CANCER Y SIFILIS

Es contraindicada cualquier intervención odontológica en enfermos de tuberculosis, cáncer y sífilis.

En estos casos, la presencia de cualquier lesión peculiar en la cavidad oral deberá siempre investigarse, lo más importante es su tratamiento Médico.

El tratamiento Odontológico pasa a segundo término.

G).- ANGINA DE VICENT

Los signos de la Estomatitis aguda furoespiroquetal son del margen gingival, pseudomenbrana, hemorragias gingivales, necrosis del septum interdentario, dolor, halitosis, adenopattas y fiebre.

Las criptas que circundan los terceros molares parcialmente erupcionados, son los lugares predilectos para el alojamiento de la infección.

No se debe realizar ninguna extracción dental sino hasta que la infección haya sido controlada y mejorada la higiene bucal.

H).- DIENTES TEMPORALES

Es contraindicada hacer extracciones de dientes temporales y más aquellos que comprometen la posición de los dientes permanentes como lo es el segundo molar desiduo, que al extraerse ocasionará que el primer molar permanente se mesialice y por lo tanto originará anomalías para la oclusión.

Se puede decir que sólo deberán ser extraídos aquellos temporales que no sean susceptibles de tratamiento y que comprometen la salud general del niño.

I).- DIFTERIA

El Odontólogo debe estar siempre alerta frente a la característica de membrana grisácea de la orofaringe, paladar y -- amígdalas.

No debe hacerse ningún tratamiento odontológico, el enfermo debe ser enviado con el Médico inmediatamente.

J).- NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Es contraindicado la extracción de dientes, clínica y radiográficamente sanos; en enfermos de neuralgia del trigémino -- ya que aún siendo extraídos, el sufrimiento continúa; es importante conocer los rasgos que distinguen esta entidad con un dolor de pulpitis, absceso alveolar, sinusitis maxilar, síndrome de la articulación temporomandibular y neuralgia atípicas que se .

La neuralgia del trigémino se observa habitualmente en -- edades de 40 y 60 años, el dolor es repentino, intenso, punzante y ardiente, cada ataque es breve durá solo segundos; al --

principio las crisis pueden estar separadas por intervalos se van acortando gradualmente; pueden presentarse zonas desencadenadas en la cara o en la boca que al ser tocadas producen paroxismo; el enfermo dejará algunas veces sin afeitar ese lado de la cara; protegiéndose con una bufanda durante el tiempo de frío; presenta pérdida de peso, apensión y la depresión consecutiva llevan suicidio en casos desesperados.

K).- ENFERMEDAD DE ADISON

Padecimiento ocasionado por lesiones destructivas de las glándulas suprarrenales; se observa pigmentación borncada de la piel o mucosa, gran debilidad, transtorno gastrointestinales, hipotensión e hipoglucemia; hay una gran eliminación de sodio y cloruros por la orina, con la correspondencia disminución de esos elementos en el plasma sanguíneo; en ocasiones las manchas de color café en los labios indican este padecimiento, es contraindicada las extracciones sin la colaboración del Médico.

L).- SINDROME DE CUSHING

El adenoma basófilo de la hipófisis puede causar este padecimiento; los casos típicos presentan " Cara de Luna "; vientre voluminoso, extremidades inferiores delgadas, hipertensión hiperglucemia y glucosuria; hay balance nitrogenado negativo, que ocasiona daños en los huesos por destrucción de su matriz orgánica, es contraindicado intervenir sin la opinión del Médico del estado general del paciente.

M).- HIPERTENSION

La elevación de la tensión arte constituye una contraindicación para la extracción dental, puesto que puede ocasionar problemas hemorrágicos y más cuando la herida es grande; debe posponerse la extracción hasta que se haya superado el problema.

N).- INFECCIONES AGUDAS DENTARIAS

Es contraindicada la extracción de dientes con infección aguda pues el traumatismo ocasionado, extenderá la infección a otras áreas ; el establecimiento de gérmenes puede ser en áreas cercanas al foco de infección o distantes del mismo; dependiendo de la edad, del estado físico; de lesiones orgánicas producidas por bacterias y de enfermedades preexistentes; en paciente con deficiencia nutricionales y/o antecedentes patológicos; la gravedad de la situación es mayor debe reducirse al mínimo para poder intervenir.

N).- ESTOMATITIS O GINGIVITIS ULCERO
MEMBRANOSA

La única contraindicación sería para la extracción es la presencia en la zona a intervenir o en toda la arcada alveolar de una estomatitis ulcero membranosa; esta infección crea un mal terreno para las intervenciones; por el estado particular del tejido gingival; la virulencia microbiana se exagera en tales condiciones y no son raras las necrosis y propagaciones infecciosas cuando se interviene en tales condiciones.

o).- DIABETES MELLITUS

El diabético es incapaz de usar apropiadamente el azúcar, para la producción de energía, con el resultado de que la glucosa se acumula en el torrente sanguíneo pasando a la orina -- cuando su cantidad excede el umbral renal; esto se debe a la insuficiencia secreción de insulina por los islotes de Langerhans del páncreas.

El enfermo puede recuperar su capacidad para metabolizar la glucosa, mediante la administración de insulina, obtenida del páncreas de animales; el metabolismo de la glucosa está relacionado con el de las grasas. De la combustión incompleta de éstas, resulta una acumulación de éstos en el torrente sanguíneo y una reducción de la reserva alcalina por las sustancias resultantes del metabolismo incompleto de las grasas.

Generalmente la diabetes es mucho más grave en sujetos -- jóvenes, que en los de edad avanzada; su control por la dieta e insulina demanda una disciplina rígida por parte del afectado y a muchos diabéticos; les resulta difícil seguir siempre el régimen necesario, los diabéticos deben evitar infecciones -- tanto como sea posible, ya que un resfrío, un absceso dentario o una apendicitis puede alterar la fisiología del organismo en tal grado que a su control resulte difícil de mantener, aún --

bajo buen tratamiento el diabético tiende a padecer arterioesclerosis y enfermedad coronaria. La diabetes será revelada a menudo por la historia clínica del paciente; siempre se debe incluir las preguntas ¿ toma alguna clase de medicamento.

Algunas ocasiones el enfermo, afirma estar controlado, debe tenerse presente que la diabetes Mellitus no controlada, -- tiene manifestaciones claras en la cavidad oral, como el aliento catónico, hipermovilidad dentaria, emigración gingival, absorción ósea y la coloración escarlata de los tejidos blandos-parodontales.

Las crisis de ésta enfermedad son el shock insulínico y el coma diabético; el malestar general del paciente será una indicación para postergar la intervención hasta después de que se haya hecho el estudio médico.

El diabético puede llegar a la consulta con infección aguda dental, por lo general se pueden realizar pequeñas intervenciones tales como incisiones y drenajes necesarios para aliviar una infección aguda, en cuyo caso debe mantenerse informado del estado general del paciente, por si requiere cambios en su tratamiento.

Este tipo de enfermos nos presentan problemas hemorrágico importantes y cicatrizaciones tardías, provocando campos favorables a infecciones por lo que se deben administrar antibióticos y después de la extracción para reducir la posibilidad de infección.

Y contraindicarse la extracción en los casos en que el paciente no esté controlado o cuando tenga alguna duda sobre las condiciones de su organismo, que pueden llegar a comprometer y agravar su estado.

P).- OBESIDAD

Esta eventualidad es una de las que se presenta con más - frecuencia; todavía debemos considerar la obesidad como un tanto peligrosa para las intervenciones puesto que los individuos obesos presentan muchos problemas en su tratamiento.

En estas personas existe siempre la posibilidad de que se encuentre en un estado más o menos declarado una insuficiencia cardiovascular o metabólica como la diabetes, la inyección intravenosa de barbitúricos a un paciente obeso representa siempre una acumulación de dificultades en relación a la absorción y distribución del fármaco.

La anestesia local debe ser administrada siempre que sea posible además es aconsejable en todos los casos un examen previo realizado por un médico internista, así como una profunda-exploración antes de realizar una anestesia general.

Q).- EDAD

Los problemas que se presentan en el tratamiento de las personas de edad se desenvuelven de dos hechos básicos.

En primer lugar el concepto de vejez es muy susceptible de variación dentro de cada individuo o/y es más probable que en edades más avanzadas exista mayor número de enfermedades y además como el metabolismo corporal disminuye con la edad, las necesidades y los deseos de nutrición del individuo también -- disminuyan y ello trae como resultado estados deficitarios que varían desde la escasez o carencia aislada de alguna vitamina hasta los estados de nutrición es inherente en la senectud.

En estas condiciones los tratamientos quirúrgicos han de tener en cuenta una manipulación muy cuidadosa de los tejidos orales y la evitación de cualquier traumatismo indebido que -- muy a menudo traen consecuencia la formación de extensos hematomas.

R).- CARDIOPATIAS

La coloración azulada o palidez de los labios puede indicar cardiopatías, estenosis aórtica u otros trastornos cardiovasculares.

Hay muchos tipos de cardiopatías, algunas relativamente - sin importancia, pero debe establecerse que esos miocardios le sionados, constituyen un suelo fértil para el desarrollo de -- Endocarditis Bacteriana.

Se ha establecido que puede haber bacteremia transitoria - después de extracciones dentarias infectadas.

El trauma y la hemorragia juegan un papel muy importante - en la introducción de bacterias al torrente sanguíneo, no debe hacerse la extracción de dientes que presentan infección, se - postergará hasta que la infección sea reducida al mínimo.

Los enfermos de Angor Pectoris u Oclusión Coronaria, no - debe ser intervenidos hasta obtener la opinión del Médico com - pentente en este caso el Cardiólogo; generalmente es convenien - te la premedicación con barbitúricos usar solución anestésica - que no contenga vasoconstrictores, evitar emociones, evitar -- dolores que provoquen y/o aumenten la tensión nerviosa.

Los pacientes que padezcan de Angor Pectoris; los esfuerzos o emociones intensas producen dolor precordial intenso y disnea es necesario disponer de tabletas de Nitroglicerina, -- para colocarlas debajo de la lengua en caso de presentarse el ataque.

s).- HIPOTENSIÓN

La baja presión arterial, cuando es aguda, nos presenta un cuadro demasiado serio, ya que puede llevar al paciente a un schok hipovolémico; desencadenante generalmente por el estado anémico. No hacer la extracción, cuando se percibe una baja presión arterial, sino hasta que se determine la causa, si ésta es neurogénica, tranquilizar al paciente para poder intervenir o proseguir la intervención.

T).- HIPERPARATIROIDISMO

Es de interés para el Odontólogo, debido a la presencia de adenoma paratiroideo; está generalmente asociado con la Osteítis Fibrosa Osteoplástica (enfermedad ósea de Recklinghausen)

Los síntomas clínicos son debilidad, poliuria, alta calcemia y baja fosfatemia; el examen radiográfico de los maxilares muestra descalcificación, pudiera haber formaciones quísticas.

La lámina cortical de los alveolos dentarios está frecuentemente destruida existe la elevada posibilidad de ocurrir --- fracturas. Es contraindicado realizar las extracciones, sino - hasta que se hayan establecido medidas preventivas.

W).- EN TRATAMIENTO A BASE DE CORTICOSTEROIDES

No se debe efectuar extracciones dentales en pacientes -- que hayan estado recibiendo dosis altas de ACTH (Hormona Adrenocorticotrópica). o Cortisona, durante un largo período hasta que haya sido cuidadosamente determinado el estado de la corteza suprarrenal ; existe la posibilidad de que se produzca un -

shock repentino, grave e irreversible en individuos que hayan estado recibiendo este tratamiento durante el año anterior, - aunque no lo estén recibiendo en el momento de la intervención.

Los pacientes cuya corteza suprarrenal no funciona son - incapaces de soportar cualquier clase de stress. Solamente el reemplazo artificial de la hormona cortisona les permite reaccionar en forma más normal; el uso continuo del ACTH puede - producir hipertrofia de la corteza suprarrenal o agotarla por sobre estimulación; la cortisona y el ACTH han sido ampliamente usados en el tratamiento de la Artritis Reumática, Fiebre Reumática y otras enfermedades del colágeno.

X).- MESTRUACION

El concepto sobre la oportunidad de cirugía en este estado fisiológico ha variado en los últimos años ya no se contraindica la exodoncia en la época menstrual, salvo que tal estado cree en la paciente problemas.

Y).- EMBARAZO

El embarazo es una excepción hecha ciertos casos particulares no es contraindicación para la extracción dentaria, acarrearán más trastornos para la paciente y el feto; los inconvenientes que ocasionan el dolor y las complicaciones de origen dentario, que el acto quirúrgico de la extracción dentaria, -- cuando más adelantada está la gestación menos inconvenientes -- sufre la madre, por parte estos inconvenientes están más en -- relación con el shock psíquico que con el acto quirúrgico en -- casos particulares si se tiene contraindicada la extracción, -- se refieren a estados patológicos especiales del embarazo y -- el Ginecologo informará al Dentista cuando debe realizarse.

CAPITULO V I

TECNICAS DE EXODONCIA CON FORCEPS

A).- PARTE ACTIVA

B).- PARTE PASIVA

A).- PARTE ACTIVA

La parte activa, se adapta a la corona anatómica del diente. Sus caras externas son lisas y las internas, además de ser cóncavas, presentan estrías con el fin de impedir su deslizamiento.

Los bordes o mordientes del fórceps, siguen las modalidades del cuello del diente, siendo distintos según los modelos.

Los que se aplican a los cuellos de los molares, presentan mordientes en forma de ángulo diedro, para adaptarlos a las bifurcaciones de las raíces de estos dientes.

El fórceps apresa el órgano dentario, debiendo formar los mordientes y el diente una línea continua, moviéndose la pinza sobre un punto que es el ápice radicular.

B).- PARTE PASIVA

La parte pasiva o mango de la pinza son ramas paralelas y según los distintos modelos están labradas en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador.

Las ramas se adaptan a la palma de la mano derecha, el de do pulgar se coloca entre ambas ramas, actuando como tutor para vigilar y regular el movimiento y la fuerza ejercida.

El fórceps en exodoncia, actúa como una palanca de primer grado estando colocada la resistencia entre la potencia y el punto de apoyo.

La mano del operador imprime al fórceps los distintos -- movimientos que se necesitan para extraer el diente.

CAPITULO V I I

TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON FORCEPS

- A).- SINDESMOTOMIA
- B).- PREHENSION
- C).- LUXACION
- D).- TRACCION
- E).- SUTURA DEL ALVEOLO

- A).- SINDESMOTOMIA

Es el acto quirúrgico, mediante el cual con un instrumento con filo como bisturí con hoja del número 116 15 o con los sindesmótomos que son instrumentos variables, incidimos la inserción epitelial del parodonto, para separar el tejido gingival del cuello del diente, hasta el tejido duro alveolar, es el primer paso de la técnica de la extracción, sea cual fuera el diente a extraer.

B).- PREHENSION

Es la aplicación del fórceps : la toma o prehensión del diente, es fundamental, dependiendo el éxito de los tiempos -- que siguen.

Preparado el diente para la exodoncia, se separan los labios , el carrillo y la lengua del paciente con los dedos de la mano izquierda.

Libre el campo y protegido las tablas alveolares vestibular y palatina o lingual, el fórceps toma al diente por encima de su cuello anatómico, en donde se apoya y desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario.

La corona dentaria no debe intervenir como elemento útil en la aplicación de la fuerza; su fractura sería la consecuencia de esta falsa maniobra; por lo tanto el instrumento debe insinuarse hasta debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente.

Por lo tanto el instrumento debe insinuarse hasta debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente.

Ambos mordientes bucal y lingual deben penetrar simultáneamente hasta el punto elegido; llegando a este, la mano derecha cierra las ramas de la pinza, manteniendo con el pulgar el control de la fuerza.

c).- LUXACION

La luxación o desarticulación del diente, es el tercer -- tiempo de la exodoncia, por medio del cual el diente rompe las -- fibras del parodonto y dilata el alveolo.

Se realiza este tiempo, según dos mecanismos :

- a).- Movimientos de lateralidad del diente, dirigiéndose de -- dentro a fuera.
- b).- Movimientos de rotación, desplazándose el diente de dere -- cha a izquierda en el sentido de su eje mayor.

a).- Movimientos de Lateralidad

Dos fuerzas actúan en este movimiento; la primera es im -- pulsando el diente en dirección de su ápice, como queriendo -- introducir el diente dentro del alveolo. Esta fuerza permite -- apoyar la porción apical en la cúspide del alveolo punto que -- sirve como centro del arco que describirá el diente.

La segunda fuerza mueve al diente, según el arco al que -- hemos hecho referencia, eligiendo como primera dirección la -- tabla ósea de menor resistencia; este movimiento de laterali -- dad tiene un límite, que está dado por la dilatación del alveo -- lo; excediendo el movimiento, la tabla externa se fractura.

Si esta tabla es lo suficientemente sólida como para no fracturarse, será el diente quién tendrá que fracturarse. Por eso, los movimientos que se perfeccionan con la práctica quirúrgica.

Algunos dientes pueden ser extraídos con este único movimiento de lateralidad externo; si no han sido vencidas todas las resistencias, el diente debe volver a su sitio primitivo y debemos dirigirlo procurando dilatar la tabla interna o lingual, haciéndole describir un arco.

Desde allí se dirige el diente nuevamente hacia bucal, pudiendo iniciarse el cuarto tiempo de la extracción.

Puede ocurrir que las resistencias de la arquitectura alveolar no hayan sido vencidas y el diente para ser luxado, debe realizar movimientos laterales hacia bucal y lingual.

Ordinariamente los movimientos de lateralidad pueden iniciarse con luxaciones cortas y repetidas para romper las fibras parodontales y lograr la dilatación de las paredes alveolares y terminar los movimientos amplios y espaciados para seguir a la tracción del diente fuera del alveolo.

b).- Movimientos de Rotación

La rotación se realiza siguiendo el eje mayor del diente - es un movimiento de lateralidad.

La rotación solo puede ser aplicada en dientes monoradiculares o multiradiculares fusionadas en forma cónica; los que -- tienen más de una raíz divergente, se fracturan al hacerlo rotar

La rotación que se imprime al diente es de mesial a bucal - y debe ser empleado con suavidad y tacto para evitar la luxación de los dientes vecinos.

D).- TRACCION

Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente - el diente del alveolo; la tracción o extracción propiamente dicha, se realiza con los movimientos preliminares han dilatado - el alveolo y roto los ligamentos parodontales.

Genetalmente la cantidad de fuerza exigida es pequeña y la resultante de la fuerza tiende a dirigir el diente en el sentido de la corona y de la tabla externa.

Por eso el movimiento de tracción debe emplearse después de los laterales o rotación, cuando el diente se encuentra en la proporción más externa del arco de lateralidad.

En la aplicación del movimiento de rotación, la fuerza de tracción se inicia junto con aquel movimiento.

E).- SUTURA DEL TEJIDO GINGIVAL

Una vez practicada la exodoncia, debemos comprimir ligeramente las tablas óseas dilatadas para llevarlo a su estado original pero evitando fracturarlas.

Una vez logrado este procedimiento efectuamos la sutura -- del tejido gingival, con el objeto de afrontar lo más posible -- los bordes de la herida quirúrgica, permitir la hemostasia y -- disminuir el período de cicatrización.

CAPITULO V I I I

TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON ELEVADORES

Los tiempos de la exodoncia con estos instrumentos pueden esquematizarse en :

- A).- SINDESMOTOMIA
- B).- APLICACION
- C).- LUXACIÓN
- D).- ELEVACION O EXTRACCION
- E).- SUTURA DEL ALVEOLO

- A).- SINDESMOTOMIA

Es el acto quirúrgico, mediante el cual con un instrumento con filo como bisturí con hoja del número 116 15 o con los -

sindesmótomos que son instrumentos variables, incidimos la inserción epitelial del parodonto, para separar el tejido gingival del cuello del diente, hasta el tejido duro alveolar, es el primer paso de la técnica de la extracción, sea cual fuere el diente a extraer.

B).- APLICACION

Para cumplir con la eficacia el fin a que está destinado el elevador, cualquiera que sea su tipo, debe ser colocado en posición, es decir buscar el punto de apoyo adecuado.

Este instrumento se toma con la mano derecha, empuñando -- ampliamente, el dedo índice debe acompañar al tallo, para evitar incursiones no previstos, como son distintos fines con que se trabaja el elevador, la aplicación varía para la exodoncia de restos radiculares o dientes retenidos.

En términos generales el instrumento debe ser guiado procurando tener un punto de apoyo correcto hasta su ubicación, haciéndolo avanzar por cortos movimientos de rotación, entre el alveolo y la raíz del diente a extraer.

El punto de aplicación sobre la raíz dentaria debe ser el punto útil de la aplicación de la fuerza; este se descubre por el examen radiográfico.

De este modo no se fracturara o astillara la raíz a extraerse; la resistencia efectiva de la raíz se ubica en un punto por debajo de la zona descalcificada o cariada.

c).- LUXACION

Logrado el punto de apoyo y el sitio de aplicación del --- elevador, se dirige el instrumento, con movimientos de rotación descenso o elevación; maniobras con las cuales el diente rompe sus adherencias periodónticas y dilata el alveolo, permitiendo así su extracción.

El tiempo de luxación no tiene límites precisos con la -- aplicación del instrumento; en realidad desde la iniciación o - penetración del elevador, la raíz comienza su luxación.

D).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Con sucesivos movimientos de rotación o descenso, el diente abandonando el alveolo, desde donde puede extraerse con -- elevadores apropiados.

E).- SUTURA DEL ALVEOLO

Al igual que en el caso de la exodoncia con fórceps, se -- debe suturar la mucosa alveolar para evitar sangrado postoperatorio y facilitar el período de cicatrización.

CAPITULO I X

ANESTESIA LOCAL

Es el término que se usa para designar la pérdida de la sensibilidad, en un paciente que permanece con la conciencia intacta, existen dos clases de anestésico local.

A).- ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACION, TERMINAL PERIFERICO

En la técnica por infiltración se anestesian las fibras terminales o periféricas de un área determinada, por medio de la inyección de una solución alrededor de la misma.

B).- ANESTESIA LOCAL POR CONDUCCION O
POR BLOQUEO NERVIOSO

En la anestesia por Conducción ó Por Bloqueo Nervioso en algún punto de su trayecto, entre la periferia y el cerebro, - con lo cual se priva hasta donde se produjo el bloqueo.

Propiedades Farmacologicas de los Bloqueadores

- A).- Periodo de latencia corto
- B).- Duración adecuada al tipo de intervención
- C).- Compatibilidad con vasopresores
- D).- Difusión conveniente
- E).- Estabilidad de las soluciones
- F).- Baja toxicidad sistémica
- G).- Alta incidencia de anestesia satisfactoria
- H).- Su acción debe ser reversible
- I).- No ser irritantes, esto es no causar lesión a los nervios

La mayoría de los anestésicos no son vasoconstrictores, -- por lo tanto se suele añadir a la solución del anestésico, adrenalina o algún otro vasoconstrictor adecuado.

El vasoconstrictor multiplica y prolonga el efecto anestésico y disminuye la velocidad con el que el producto penetra a la circulación; esta disminución de la velocidad de absorción puede reducir la toxicidad sistemáticamente de estos productos además el vasoconstrictor, reduce la hemorragia durante las -- maniobras quirúrgicas realizadas en la zona infiltrada.

ANESTESIA PARA LOS TEJIDOS DEL MAXILAR SUPERIOR

INYECCION SUPRAPERIOSTICA

La inyección supraperiostica, se aplica para provocar la anestesia del plexo dental en casos favorables, se realiza llevando el líquido anestésico a las capas profundas de la submucosa en vecindad inmediata con el periostio y del hueso cortical, su difusión depende de la mayor o menor permeabilidad del hueso

Se realiza de preferencia en el maxilar superior cuyo hueso siendo particularmente esponjoso y rico, en foraminas puede ser fácilmente alcanzado por el líquido anestésico, hasta llegar al plexo alveolar superior de los nervios que se alojan en el hueso esponjoso.

Clasificación de la Anestesia Supraperiostica

- A).- Anestesia de los nervios alveolares posteriores
- B).- Nervio alveolar superior medio
- C).- Nervio alveolar superior anterior
- D).- Anestesia

A).- Anestesia de los Nervios Alveolares
Posteriores

Los nervios dentarios posteriores nacen del maxilar superior en la fosa pterigomaxilar antes de la entrada de este último al conducto infraorbitario los números 1 y 2 o varios se dirigen hacia abajo abandonando la fosa pterigomaxilar, recorren la tuberosidad del mentoneana penetrando por los orificios del hueso los cuales se hallan situados a 2 ó 3 cm. por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior. Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervan el tercero, segundo y primer molar superior, la anastomosis de los nervios dentarios forma el arco nervioso.

Su finalidad es el bloqueo del cigomático o de la tuberosidad es el método más sencillo para obtener la anestesia inmediata de los nervios dentales superiores, el método produce además una anestesia pulpar y quirúrgica profunda.

Se debe recordar que el trayecto es recto y hacia abajo - del nervio dental posterior sobre el periostio; en la fosa cigomática aparecen estructuras blandas como la arteria maxilar, sobre la cara externa del músculo pterigóideo externo, los tres nervios dentales superiores pasan a través de la pared externa del antro maxilar hacia el alveolo inervando todas las estructuras que soportan los dientes superiores.

B).- Nervio Alveolar Superior Medio

El punto de punción es en el pliego mucobucal, encima del primer premolar; se intriduce la aguja con poco más arriba del ápice de la raíz y se deposita la solución lentamente.

Esta inyección anestesia el primero y segundo premolar y la raíz mesial del primer molar superior; para tratamiento exdónticos y quirúrgicos, debe inyectarse también en el paladar - a nivel del ápice de la raíz palatina del primer molar.

C).- Nervio Alveolar Superior Anterior

La punción debe hacerse en el pliego mucolabial cerca de - la zona próxima al diente canino; la solución se deposita directamente por encima del ápice de la raíz del canino; estas inyecciones sobre las raíces de ambos caninos anestesia los seis -- dientes anteriores.

Para la exodoncia o intervenciones quirúrgicas debe aplicarse una inyección palatina en el ápice del canino y en el -- forámen incisivo.

D).- Anestesia Supraperiostica en Mandíbula

La anestesia local supraperiostica solo tiene aplicación para las intervenciones sobre la región incisiva o mentoniana; para las otras zonas de la mandíbula, se recurre la anestesia-troncular; la técnica anestésica, se realiza con la misma maniobra señalada para la región vestibular del maxilar superior; - se tracciona el labio y en el fondo del surco, se deposita el líquido.

INYECCION SUBPERIOSTICA

Consiste en llevar la solución directamente por debajo - del periostio. El sitio de punción debe ser elegido sobre la mucosa gingival, a la mitad de la línea del borde de la encía y el ápice de los órganos dentarios; este realiza la anestesia submucosa y se perfóra el periostio perpendicularmente al hueso

El bice de la aguja se dirige hacia la estructura ósea - perforando el periostio, se inclina en ángulo recto la jeringa y posteriormente se coloca paralela a la tabla externa y se -- marcha entre el periostio y el hueso, depositando pequeñas can -- tidades de anestesia mientras se avanza y se llega hasta el -- ápice dentario.

Inyección Intraosea

Se realiza perforando la tabla externa con una fresa y -- por esta vía se introduce una aguja, depositando el líquido -- anestésico en el interior del hueso; esta se usa para comple -- mentar la anestesia suprapariostica y mandibular; esta contra -- indicada cuando las encías estan inflamadas, en la presencia - de Estomatitis de Vicent; Periodontoclasia u otros tipos de -- infección gingival.

BLOQUEO DEL NERVIO INFRAORBITARIO

La inyección infraorbitaria es el método de elección para la eliminación de caninos incluidos o quistes o cuando está -- contraindicada la inyección suprapariostica en enfermos con inflamación o infección; también esta indicada para tratamientos restaurativos o quirúrgicos en los niños.

El bloqueo Infraorbitario para los nervios dentales anterior y medio. La inyección de la Tuberosidad para los nervios posteriores; el bloqueo del Nervio Maxilar Superior llamado -- bloqueo infraorbitario posterior según el sitio de su administración.

El agujero infraorbitario se encuentra sobre la misma línea que el eje del segundo premolar; esta línea axial se extiende hacia arriba a través de la escotadura supraorbitaria, el agujero se halla directamente debajo de la sutura de los huesos maxilar y malar generalmente.

Como regla general cuando el paciente mira directamente hacia adelante; el agujero esta a 1 a 4 mm. hacia dentro de la pupila del ojo y aproximadamente a 1 cm. por debajo del borde orbitario inferior.

BLOQUEO DE LOS NERVIOS PALATINO ANTERIOR Y ESFENOPALATINO (NASOPALATINO)

Esta inyección sirve para anestésiar todos los tejidos - blandos de los dos tercios posteriores del paladar hasta el canino, del lado inyectado; el área anestésiada está inervada por el nervio palatino anterior que emerge del forámen palatino posterior para ir adelante por el surco palatino hasta el canino - donde se anastomosa con el nervio esfénopalatino o nasopalatino formando la llamada asa nerviosa interna.

Técnica :

La solución se deposita al nivel del orificio palatino anterior, para bloquear los nervios nasopalatino en su trayecto - hacia el paladar.

La punción se realiza en la mitad de la raíz del incisivo-central lateralmente a la papila dirigiéndose la aguja hacia la línea media en dirección al agujero incisivo esta inyección que se aplica en el paladar duro puede ser dolorosa siendo aconsejable comenzar inyectar el anestésico, tan pronto la aguja puncióna la mucosa.

Se recomienda inyectar la solución directamente en el ca--nal incisivo cuando el operador supone que el procedimiento -- puede ser largo; la aguja no debe penetrar más de 0.5 cm. en el canal incisivo, la entrada al piso de la nariz puede provocar - una infección.

BLOQUEO DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR O INFRAORBITARIO POSTERIOR

Esta indicado en intervenciones quirúrgicas extensas del maxilar este tipo de bloqueoe está también indicado cuando la inflamación o la infección impiden un acceso más periférico, por último, la solución anestésica debe depositarse cuando el nervio superior atraviesa la fosa pterigopalatina.

Para anestesiar el nervio dental inferior, se vuelve a empujar la aguja inyectando gotas de solución, antes de que la aguja toque el periostio en la parte anterior de la Spix, después de una pausa de unos segundos, se desliza suavemente la aguja a lo largo del periostio y sobre la escotadura de la espina de Spix hacia el surco, donde se inyecta 1 ml. de la solución; la velocidad de la inyección debe ser a los sumo de 1 ml por minuto, siendo preferible emplear el doble del tiempo.

BLOQUEO DEL NERVIO BUCAL

Para anestesiar el nervio dental bucal hay tres métodos diferentes :

A).- La técnica más sencilla fue elaborada por Sloman la inyección se hace aproximadamente a 1 cm. por encima del plano oclusal y a unos cuantos milímetros hacia adentro del borde anterior de la mandíbula; en este sitio al nervio bucal pasa dirigiéndose hacia abajo, adelante y afuera después de haber salido entre los dos fascículos del músculo pterigóideo externo.

B).- En el segundo método, la inyección es submucosa y se hace a un cm. por debajo del conducto paratiroideo, la aguja avanza lentamente, mientras se inyecta el líquido.

De esta manera quedan bloqueadas las ramas terminales del nervio bucal, en caso de infección o inflamación no usar esta técnica.

C).- El método utilizado con mayor frecuencia consiste en poner la inyección en el vestibulo bucal, a nivel de los molares inferiores, bloqueando así las ramas terminales, antes de que lleguen a la mucosa gingival alveolar.

BLOQUEO DEL NERVIO LINGUAL

El nervio lingual, inerva la lengua, al piso de la boca y la cara interna y encía del maxilar inferior; por lo general se anestesia junto con el dentario inferior, con las técnicas mencionadas.

Recordando que el nervio lingual se separa del dentario - en el espacio que existe entre la rama ascendente y el pteri--goideo interno que transcurre a lo largo de la cara interna de la mandíbula por debajo de la mucosa bucal, dando inervación a la mucosa lingual en sus tercios anteriores, la glándula sub--lingual y la encía del lado lingual, podrá abordarlo por debajo de la mucosa un poco atrás del sitio elegido a la intervención.

BLOQUEO DE LOS NERVIOS MENTONEANO E INCISIVO

Estos bloqueos producen la anestesia de las estructuras - inervadas por las ramas terminales del nervio dentario inferior cuando este se divide en nervios mentoneano e incisivo al salir del agujero mentoneano.

El nervio mentoneano inerva el labio y los tejidos blandos desde el primer molar hasta la línea media.

ANESTESIA DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR Y
SUS RAMAS TERMINALES

Estas relaciones son válidas en las mandíbulas infantiles pero en los adultos encontramos tres excepciones.

A).- Es evidente que debido a las variaciones en altura de la mandíbula, un plano que pase por la escotadura coronoi--des, siendo paralelo al plano oclusal de los dientes, se encontrará en este caso por debajo de la espina de Spix.

Se puede observar que la altura de la mandíbula a nivel - de la sínfisis es casi el doble de su altura en la región del- segundo molar.

B).- En las mandíbulas prognáticas, la espina de Spix,- está situada más alto de lo que indicaría la regla, pudiendo - hallarse hasta un centímetro por encima del plano que pasa por la escotadura coronoides.

C).- En las mandíbulas total o parcialmente desdentadas el plano que pasa por la escotadura coronoides debe ser paralelo al borde inferior de la mandíbula.

El ancho de las ramas ascendentes puede presentarse variaciones importantes sin embargo la distancia entre la espina de Spix y la línea oblicua interna es la misma, cualquiera que -- sea el ancho de la rama ascendente o la edad del paciente.

BLOQUEOS DE LOS NERVIOS DENTAL INFERIOR, LINGUAL
Y BUCAL

El bloqueo del nervio dental inferior proporciona una zona anestesiada que comprende : Los dientes de una de las mitades de la mandíbula; una parte de la encía bucal; la piel y la mucosa del labio inferior y la piel de la barbilla; con frecuencia se observa un decaimiento de la anestesia, que será entonces incompleta en la línea.

La anestesia de la encía lingual así como la encía bucal-adyacente al segundo premolar y primer molar inferior, suele realizarse simultáneamente ya por medio de los nervios lingual y bucal.

Técnica :

El dedo índice del operador, se coloca sobre el cuerpo -- adiposo de la mejilla se utiliza para empujarlo lentamente, -- hasta la punta que de apoyada en la escotadura coronoides.

Se coloca la jeringa en los premolares del lado opuesto y se punciona la mucosa a la altura indicada por la escotadura -- coronoides, lo más cerca posible del tendón profundo del músculo temporal, pero hacia dentro del cuerpo adiposo.

Al penetrar en la mucosa, se detiene la aguja y se inyecta unas gotas de la solución anestésica, se esperan unos cinco segundos y continúa avanzando la aguja lentamente unos 0.5 cm. al mover la aguja ligeramente hacia los lados es posible sentir el tendón profundo del temporal, en este punto al introducir unos milímetros más la aguja y se inyectan la solución se anestesia el nervio lingual; desde este sitio y la espina de Spix existe una distancia aproximadamente de 1 cm.

El nervio incisivo inerva las estructuras óseas y las pulpas de los premolares, canino, e incisivos.

Con un aplicador podemos encontrar la depresión, el aplicador se sujeta apuntando hacia abajo adelante y medialmente, encontrando la depresión, sin dejar de mantener el aplicador, en esta posición, la jeringa se coloca en la misma dirección, pero ligeramente posterior al aplicador, una vez retirado el aplicador deja visible la depresión en la mucosa, en donde se inserta la punta de la aguja inyectando una o dos gotas de la solución.

La aguja avanza lentamente hacia el agujero, depositando unas gotas de solución anestésica en su recorrido, hasta penetrar en el conducto mentoneano donde se deposite anestesia; -- obteniéndose la anestesia de los incisivos hasta el primer molar; así como las estructuras blandas de la cara y a veces la lengua.

BLOQUEO EN LA FOSA INCISIVA

La eficacia de esta inyección se debe a la presencia de -
pequeños canaliculos nutricios en el hueso cortical de la fosa
incisiva.

Se suele obtener una anestesia pulpar y quirúrgica de los
incisivos al depositar lentamente 1 ml. de la solución, cuando
se necesita anestésico la mucosa lingual, se inyecta en la mu-
cosa dura por lingual.

CONCLUSION

Ya que hemos recopilado la información básica para la estructuración y tratamiento del presente trabajo sobre la Exodoncia es importante mencionar algunas consideraciones.

El surgimiento de la exodoncia tiene lugar desde el momento mismo en que los padecimientos bucodentales han aquejado al hombre, existen testimonios desde tiempo inmemorial que dan cuenta de ello.

La extracción dentaria ha recorrido en largo y continuo proceso de perfeccionamiento, desde las practicas más rudimentarias hasta los procedimientos más modernos que hasta ahora existen, hoy en día como resultado de la experiencia acumulada y las necesidades por la marcha del progreso de la ciencia médica ha experimentado adelantos en los avances de la exodoncia así es ya puede ser practicada en mejores condiciones tanto para el Cirujano Dentista como para el paciente gracias a las ventajas de la anestesia aseptia y rayos X.

Es de vital importancia para el Cirujano Dentista tener conocimientos básicos cada vez más profundos de anatomía, ya que dadas las circunstancias, la cavidad oral como punto fundamental de nuestro trabajo no es independiente del resto del organismo.

Los puntos mencionados en este trabajo son tan solo una mínima parte, quedando planteada la preocupación para que sea superada día a día.

Para realizar con éxito la técnica exodóntica así como -- cualquier otra intervención quirúrgica, además de la anatomía -- debe haber un buen conocimiento fisiológico de la región a tratar; es indispensable tener siempre presente las respuestas para obtener buenos resultados.

En la exodoncia es de fundamental importancia el examen -- físico y la evaluación del paciente a veces es necesario examenes de laboratorio en ciertos casos.

Los rayos X es un descubrimiento de la ciencia y nos da -- gran ayuda en la exodoncia disponiendo de una buena radiografía del diente a extraer no será fácil interpretarla y darnos buena utilidad para considerar los obstáculos que puedan presentarse durante la extracción.

Hay una serie de enfermedades patológicas que requiere -- que el Cirujano Dentista ponga mucha atención pues debido a -- su naturaleza puede haber un desenlace fatal; dentro de estas -- enfermedades tenemos: Cardiovasculares; Metabólicas; Endócrina Del Sistema Nervioso; Alteraciones Hemáticas; hay que estar en contacto mutuo con su Médico de Cabezera por razones facultativas como legales indicándonos el momento propicio para llevar -- a cabo la exodoncia.

La anestesia local y general es otro de los adelantos -- trascendentales en el campo de la Medicina, su aplicación en exodoncia por medio de las técnicas de bloqueo correspondiente y según sea el caso; los anestésicos utilizados son cada vez -- menos tóxicos y más efectivos, proporcionando al paciente con -- pequeños dosis un período de latencia profundo estas ventajas -- nos permiten realizar extracciones con un mínimo de molestias.

Los instrumentos necesarios para el Dentista en procedimi entos quirúrgicos bucales, varían conforme con lo que se vaya -- a realizar por lo regular en exodoncia utilizamos elevadores y -- fórceps estos están diseñados especialmente para la adaptación -- de los dientes y cada uno tiene distinta función.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA
THOMAS J. STARSHAK
EDITORIAL MUNDI 1974

- 2.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
WALTER C. GURALNICK D.M.D.
SALVAT EDITORES S.A. 1971

- 3.- DICCIONARIO ODONTOLOGICO
CIRO DURANTE AVELLANAL
EDIAR EDITORES

- 4.- MEDICINA BUCAL
BURKET, LESTER W.
EDITORIAL NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA 1973

- 5.- MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA
WINTHROP PRODUCTOR

- 6.- CIRUGIA BUCAL
RIES CENTENO GUILLERMO
EDITORIAL BUENOS AIRES ARGENTINA
EDITORIAL ATENEO
7a. EDICION 1975
- 7.- COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA
L, TESTUT A LATARJET
EDITORIAL SALVAT S.A. 1975
- 8.- APUNTES DE EXODONCIA
- 9.- DENTAL INSTRUMENTS
MILTEX INSTRUMENT COMPANY
NEW YORK, N.Y. 1975
- 10.- CIRUGIA BUCAL
COSTICH WHITE
EDITORIAL INTERAMERICANA
1974

11.- THE EXTRACCTION OF TEETH

HOWE, GEOFFREYL

1974

12.- MANUAL DE TECNICAS DE EXODONCIA EN ESTOMATOLOGIA

DR. TAKAO KIMURA SUJIKAMI

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

