

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



79

GENERALIDADES SOBRE EXODONCIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

MARIA ASUNCION LUIS
MA. DE LOURDES MATA DIAZ



MEXICO, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SUMARIO

"GENERALIDADES SOBRE EXODONCIA"

INTRODUCCION

I.- HISTORIA DE LA EXODONCIA

II.- ANESTESIA:

- 1-) Cualidades del bloqueador ideal.
- 2-) Soluciones anestésicas empleadas en exodoncia.
- 3-) Técnicas de bloqueo.

III.- HISTORIA CLINICA:

- a) Datos generales.
- b) Exámen de la boca.
- c) Exploración.
- d) Percusión y Palpación.
- e) Determinación de la vitalidad pulpar.
- f) Exámen radiográfico.
- g) Ejemplo de una Historia Clínica.

IV.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA

V.- TECNICAS DE EXTRACCION:

- 1) Prehensión.
- 2) Luxación.
- 3) Tracción.

A) METODOS DE EXTRACCION

- 1.- Método cerrado.
- 2.- Método abierto.

- B) Técnica de extracción para el maxilar superior.
- C) Técnica de extracción para la mandíbula.

VI.- INSTRUMENTAL:

- a) Instrumental propio.
- b) Instrumental suplementario.
- c) Instrumental en anestesia.

VII.- ACCIDENTES DE LOS ANESTESICOS:

- 1) Complicaciones primarias o secundarias.
- 2) Complicaciones ligeras o graves.
- 3) Complicaciones transitorias o permanentes.
- 4) Accidentes relacionados con los anestésicos.
- 5) Accidentes por patología pre-existente independiente de las soluciones anestésicas.
- 6) Accidentes por sobredosificación o mala indicación de los vasodepresores.

VIII.- ACCIDENTES DE LA EXTRACCION:

- 1-) Accidentes sobre los dientes.
- 2-) Accidentes sobre el maxilar.
- 3-) Accidentes sobre partes blandas.
- 4-) Accidentes debidos a los instrumentos.
- 5-) Accidentes sobre troncos nerviosos.
- 6-) Accidentes postoperatorios.

A- INDICACIONES PARA LA EXTRACCION:

- 1.-) En dientes temporales.
- 2.-) En dientes permanentes.

B- CONTRAINDICACIONES.

C- REGLAS DE MONTE E ITZARD.

IX.- POSTOPERATORIO

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El tema que ahora presentamos y el cuál ponemos a consideración del H. Jurado, es para nosotros motivo de gran satisfacción, ya que hemos puesto un gran empeño en él.

Desde el inicio de nuestra carrera nos dimos -- cuenta de la importancia que tiene la exodoncia dentro de la Odontología.

Concideramos la extracción dentaria como una intervención quirúrgica completa, en la cuál se manifiestan los conocimientos adquiridos a través del tiempo, en los principios, enseñanzas y guía de los doctores que nos -- transmitieron en la materia y la habilidad del que la -- practica.

Deseamos que de ésta manera sencilla pueda ofrecerse una pequeña fuente de información para los compañeros que estudian en ésta Facultad.

I. HISTORIA DE LA EXODONCIA

La palabra exodoncia etimológicamente está formada de la raíz griega EXOS que significa fuera y ODONTOS -- que significa diente.

Exodoncia es la rama de la Odontología que nos enseña los pasos a seguir para efectuar la avulsión de los -- órganos dentarios, desalojando de sus alveólos la raíz de los dientes que se consideran nocivos al organismo.

La extracción dentaria ya se venía realizando desde los más remotos tiempos que se calcula en unos 10,000 -- años, fué la primera manifestación odontológica de la an--tigüedad.

En Grecia según nos narra la mitología se erigie--ron en honor de Askleipos, templos en cuyas columnas se -- escribían y guardaban las medicinas empleadas, éstas colum--nas eran a manera de textos médicos en los cuales aprendían los futuros doctores.

En el año 2250 A.C. aproximadamente el rey Hammu--rabí hizo mención sobre la exodoncia para aliviar el dolor de muelas.

Hipócrates (468 A.C.) considerado Padre de la Me--dicina, dió gran valor a las piezas dentarias para la pro--

nunciación de las palabras, mencionando los accidentes que acompañan a la erupción y reemplazo de los dientes desí -- duos y dijo: "si los dientes se encuentran enfermos y móvi les deben ser extraídos, los que producen dolores y no están enfermos ni se mueven deben ser cauterizados".

En los libros religiosos como la Biblia y el Talmud, nos dicen que entre los hebreos ya existían principios higiénicos que eran obligatorios para todos, también nos relatan que en el descanso las mujeres salían con sus dientes postizos de oro y plata.

En los principios de la Era Cristiana Cornelius -- Celsus para evitar las fracturas de los dientes cuando estaban careados, recomendaba llenar la cavidad con plomo, -- extrayéndolos siguiendo la dirección del eje mayor del -- diente.

Galeno (130 D.C.) siguió pensando que la extracción dentaria era peligrosa y dolorosa, por lo cuál aconsejaba medicamentos para evitar el dolor, cuando no se obtenían buenos resultados se aconsejaba la extracción aplicando vinagre y polvo de pelitre en la cavidad dentaria, -- después de un breve tiempo el diente se movía y era más fá cil la extracción.

Hacia los años 1050 y 1122 Abul-Kasin médico musulmán, aconsejaba se hiciera todo lo posible por conservar el diente y si fuese necesaria la extracción aconsejaba la siguiente técnica: "el encargado de efectuar la extracción mantiene la cabeza del paciente entre sus rodillas fuertemente y con un forceps extrae el diente, tirándolo en una sólo dirección para evitar la fractura".

En Europa hacia el siglo XVII y gran parte del si glo XVIII los que efectuaban las prácticas odontológicas eran simples barberos o charlatanes y no fué hasta años -- más tarde cuando se ordenó que para poder ejercer era obli gatorio un título de suficiencia.

Los primeros instrumentos conocidos que se usa -- ron con el objeto de hacer extracciones fueron unas tena -- zas, una llamada rizagra destinada para las raíces y otra -- el odontagre (pinza griega) que se le dió el nombre de den teducum, y la de un descarnador descrita en las obras de -- Coeluis Aureliano.

El odontagre (forceps) estaba destinado para la -- extracción dentaria, estaba formado por dos palancas que -- actúan en sentido contrario, facilitando así la moviliz -- ción y poder hacer la extracción con la mano sin dificul --

tad.

Durante la Edad Media el gancho de hierro, que -- más tarde vino a ser el "pelicano" fué uno de los instru - mentos más utilizados, empleándose aproximadamente durante más de dos siglos.

Se menciona también la pinza común, las palancas, el pie de cabra, esto es en el año de 1560 y hacia el si-- glo XVI se describe el botador (semejante al pie de cabra) el descarnador y el forceps.

En 1740 la llave inglesa inventada por Gerengeot- fué el instrumento predilecto de los dentistas por más de cien años.

Deugoulon en 1841 distingue tres clases de ins -- trumentos, forceps recto, curvo y en pico de loro.

El fundador de la odontología moderna Pierre Fau- chard, al hablar sobre extracciones de dientes temporales- y permanentes dice que no se deben extraer sino en casos-- de extrema necesidad a los que sólo debe extraerse cuando- los procedimientos para salvarlos han fracasado.

II ANESTESIA

El término anestesia proviene del prefijo "An" - que significa sin y la raíz griega "Anthess" que significa sensibilidad.

Anestesia local, es la supresión por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal, manteniéndose intacta la conciencia del paciente.

Para la practica exodóntica nos interesa primordialmente la anestesia intraoral, la cuál se realiza por infiltración sobre las terminaciones nerviosas, o bien -- por bloqueo de un tronco nervioso; ésta última llamada -- troncular o regional, abarca mayor superficie en relación a la anestesia local, que sólo inhibe la sensibilidad en la zona intervenida de las terminaciones nerviosas.

Las diferentes denominaciones de la anestesia -- infiltrativa revela el lugar donde se aplica, así tenemos:

a) Supraperiódica.- Por arriba del pariódio -- a fondo de saco lo más cercano posible al ápice, para exodoncia se inyecta también en palatino.

b) Submucosa.- Cuando se aplica en la mucosa.

c) Periodontal.- Si se llega a la membrana peri-

dontal.

d) Intraceptal.- Cuando se penetra al tabique interdental intraóseo, perforando la lámina alveolar externa, depositando la solución anestésica en el tejido esponjoso.

También existe anestesia tópica o de superficie - que se aplica directamente a la mucosa y es muy usada antes de la penetración de la aguja hipodérmica.

En nuestra práctica la anestesia está indicada -- casi totalmente, existiendo sólo limitadas excepciones, -- como los casos en que hay inflamación en el lugar donde -- se ha de aplicar la inyección o en la zona donde debe actuar la solución anestésica, de la misma manera está contraindicada en una infección bucal aguda generalizada como la gingivitis degenerativa.

En la periocoronitis la anestesia es imperfecta -- por razones obvias, en casos en los que el paciente se niega a prestar cooperación como pacientes neurasténicos -- aprensivos o en niños.

En casos de menstruación, embarazo, deabetes, enfermos cardiacos, nefríticos, el exámen del enfermo debe ser cuidadoso, en estos estados no hay contraindicaciones-

para la anestesia, pero se requiere de cuidados especiales y la elección precisa del anestésico adecuado para cada -- caso en particular.

1-) CUALIDADES DEL BLOQUEADOR IDEAL.-

- a) Eliminar el dolor
- b) No producir molestias
- c) No tener efectos perjudiciales
- d) Disminuir el dolor postoperatorio y la hemo -- rragia
- e) No intervenir en el proceso de cicatrización -
- f) Eliminar los efectos psíquicos de la opera -- ción

2-) SOLUCIONES ANESTESICAS EMPLEADAS EN EXODONCIA

Clorhidrato de procaína (novocaína)
 Clorhidrato de butetamina (monocaína)
 Clorhidrato de lidocaína (xilocaína)
 Clorhidrato de tetracaína (pantocaína)
 Clorhidrato de propoxicaína (ravocaína)
 Clorhidrato de mepivacaína (carbocaína)
 Citanest - Clorhidrato de 0-metilpropilamino,
 nombre genérico prilocaína ó propitocaina.

Los anestésicos los vamos a clasificar en los siguientes grupos:

1.- ESTERES:

- a) Del ácido paraminobenzoico: Novocaína.
- b) Del ácido meteaminoibenzoico: Surfocaína.
- c) Del ácido benzoico: Benzocaína.

2.- AMIDAS:

- a) Lidocaína: xylocaina
- b) Mepivacaína: Carbocaína
- c) Prilocaína: Citanest

3.- ALCOHOLES:

- a) Alcohol etílico.
- b) Alcohol benzílico.

Los anestésicos que más comunmente se usan son del grupo de las amidas.

Debemos tener en cuenta además, que los anestésicos van siempre acompañados de vasoconstrictores, son los que van a prolongar la acción de éstos y reducir su toxicidad.

Estas sustancias se pueden usar agregando otras soluciones, como la adrenalina y el corbasil por sus efectos

tos vasoconstrictores.

Para aplicacion t6pica existen las formas de un--
güento y soluci6n en frasco nebulizador, los preparados --
son a base de las siguientes sustancias:

Aminobenzoato de etil (Benzocaína)
Sulfato de botocaína
Naefraína (Amilsina)
Clorhidrato de tetracaína (pantocaína)
Clorhidrato de lidocaína (Xylocaína)
Clorhidrato de cocaína
Cloruro de etilo

3-) TECNICAS DE BLOQUEO

Dentro de las diferentes técnicas de anestesia --
las podemos dividir en dos ramas:

Los bloqueadores del maxilar superior y los blo-
queadores de la mandíbula.

1. - MAXILAR SUPERIOR:

- a) Bloqueo infraorbitario
- b) Cigomático o del nervio alveolar posterosupe-
rior
- c) Palatino anterior
- d) Nasopalatino

e) Bloqueo por infiltración

2.- MANDIBULA:

a) Mandibular

b) Bloqueo mentoniano

1,a) Bloqueo Infraorbitario:

Se efectúa mediante una inyección de solución -- anestésica directamente al nervio infraorbitario (rama del maxilar superior).

Se emplea cuando se necesita analgesia a incisi--vos, caninos y premolares superiores o bien cuando existe--contraindicación en alguna de éstas piezas para efectuar --la analgesia. Por éste bloqueo la relación periapical es --el agujero infraorbitario que se localiza a 1 cm. aproxima--damente del ala de la nariz y en dirección vertical a la --pupila del ojo, la punción deberá efectuarse intraoral o --extraoralmente.

Extraoralmente:

Con una aguja corta se efectúa la punción en el --sitio mencionado cuya penetración deberá ser de siete milí--metros máximo.

Intraoralmente:

Se separa el carrillo de la mucosa a nivel de los dos premolares superiores, manteniéndolo el dedo índice sobre el agujero infraorbitario.

Nunca debe introducirse la aguja más allá de 3/4 de ésta, por peligro de llegar a la órbita, la aguja deberá ser larga, depositar de 1.5 a 1.8 mm. de solución anestésica, finalmente advertir al paciente de las parestesias que se pueden provocar.

1,b) Cigomático ó del nervio alveolar posterosuperior:

Esta inyección produce la anestesia de los molares segundo y tercero y en algunos casos del primero, sin embargo para producir anestesia completa de éste último -- diente, recurrimos a la anestésia por infiltración alrededor de él.

Para practicar la inyección deben tomarse como -- guías las dos últimas piezas dentarias del maxilar; el sitio de la inyección es sobre la raíz disto-bucal del segundo molar, si los tres molares han erupcionado ya, en los -- niños debe tomarse como guía un sitio inmediatamente anterior al primer molar permanente.

El C. dentista se coloca delante del paciente cu-

Los labios deben ser separados por el pulgar y el índice - hasta que se visualice el pliegue mucolabial con la boca - entriabierta.

Se toma la jeringa como si se tratara de una pluma y se introduce en la mucosa del pliegue mucolabial, a la altura de la raíz distobucal del segundo molar, la jeringa debe sostenerse verticalmente paralela a la lámina alveolar y formando un ángulo de 46° con el plano de oclusión de los dientes superiores.

Después de dirigirse la aguja sobre las raíces del tercer molar, se debe tener cuidado de no clavarla en el periostio ni apartarla de su curso, en éste sitio se inyecta unas cuantas gotas de la solución; en seguida se dirige la aguja hacia afuera y hacia el ángulo de la boca lo más posible, de tal modo que la aguja avance a lo largo de la cara curva del hueso; la introducción de la aguja debe hacerse lenta y cuidadosamente, inyectando unas cuantas gotas de la solución conforme se introduce, hasta alcanzar una profundidad de 25 mm. o poco menos, en que la punta de la aguja debe estar situada sobre los agujeros alveolares posteriores, se deposita entonces 1.5 cc. de la solución, conservando de 5 a 10 gotas para inyectar la cara palatina

con el objeto de anestesiar el nervio palatino anterior a la altura del agujero palatino posterior.

1,c) Palatino anterior:

Inyección del nervio palatino anterior en el agujero palatino posterior; se coloca al paciente en posición-semirreclinada y el cirujano se coloca enfrente o a un lado de él. Una vez preparada el área de la inyección, se introduce la aguja en un punto situado a la mitad de la distancia que separa la línea media y el margen linguogingival -- del tercer molar superior, si se tiene duda de la situación del agujero, es preferible inyectar más anteriormente que -- posteriormente, a fin de evitar la anestesia de la úvula y -- el paladar blando. El cuerpo de la jeringa ocupa una posición sobre el canino y el primer premolar inferiores a través de la boca. La aguja se introduce hacia arriba, hacia atrás y hacia afuera, aproximadamente a 1 cm. de profundidad, en donde se inyectan lentamente de 5 a 10 gotas de la solución anestésica. En los niños, que solamente tienen el segundo molar, la inyección debe hacerse justamente por el lado lingual de éste. Si faltan los dientes y es difícil -- localizar el agujero palatino posterior, debe palparse el --

borde posterior del paladar duro; dicho agujero se encuentra de 3 a 6 mm. por delante de la unión de los paladares-duro y blando. No conviene inyectar mucha cantidad de solución en el paladar ni inyectar muy atrás, pues se produce en el paciente sensación desagradable como de cierre de la faringe.

1,d) Nasopalatino:

Inyección del nervio nasopalatino en el agujero palatino anterior; una vez que los tejidos han sido preparados, se inyectan unas cuantas gotas de la solución anestésica al lado externo de la papila incisiva, con el objeto de evitar dolor innecesario.

Después de un minuto de espera, se puede dirigir la aguja hacia el agujero palatino anterior sin producir dolor, en donde se inyecta la solución, aproximadamente 10 gotas. La aguja no debe de introducirse nunca más de un centímetro de profundidad.

La inyección debe hacerse lentamente, y sin forzar la solución.

1,e) Bloqueo por infiltración:

La punción se efectúa en fondo de saco a través--

de la membrana mucosa, depositando el bloqueador sobre el perióstio, particularmente útil en la anestesia de dientes superiores a causa de que el hueso del maxilar superior es un tejido esponjoso que va a permitir la rápida infiltración de la anestesia.

2,a) Bloqueo mandibular o troncular:

Es la técnica de elección para procedimientos dentarios de la mandíbula, los puntos de referencia para dicho bloqueo son:

El anterior de la rama ascendente de la mandíbula, la línea milohioidea u oblicua interna, canino y primer premolar del lado opuesto a la punción, el triángulo del espacio retromolar y un punto imaginario a un centímetro arriba de la superficie oclusal de los molares, se coloca el dedo pulgar en el espacio retromolar palpando el triángulo y el dedo índice palpando la rama, existen dos de la mandíbula, en el espacio retromolar se lleva la aguja hasta la cercanía de la uña del pulgar con la jeringa descansando entre el canino y el premolar del lado opuesto imaginando el punto un centímetro arriba, se introduce la aguja hasta tocar hueso depositando ahí medio cartucho de anestesia en-

seguida se sacará un poco la aguja y colocando la jeringa paralela a la arcada por anestesiar se introducirá a través de los tejidos blandos $3/4$ partes de la aguja por peligro de provocar parálisis ocular durante el efecto de la punción anestésica.

2,b) Bloqueo mentoniano:

Para el bloqueo mentoniano se traza una línea facial que vaya de los premolares inferiores perpendicularmente a las raíces de dichas premolares uniéndolos -- con un punto marcado a la mitad del agujero mentoniano -- el agujero mentoniano generalmente guarda relación con los ápices de uno y otro premolar, se localizan entonces estos y rechazando la mucosa vestibular enfrente de los premolares y a fondo de saco se incerta la aguja que deberá ser corta y aproximadamente a un centímetro fuera -- de la tabla ósea externa la introducción será hasta hueso, depositando 1 mm. de solución anestésica y se explora la región con el dedo índice que hará presión sobre la aguja cuyo punto deberá moverse en sentido giratorio-- hasta encontrar el agujero mentoniano, en cuanto se localiza éste no deberá introducirse dicha aguja más de 1 mm.

por razón del paquete vasculonervioso que se inserta hacia la cara anterior de la mandíbula siempre el bisel de la --
aguja deberá ser colocado en posición paralela al hueso.

III. HISTORIA CLINICA

La historia clínica es una serie de datos, signos y síntomas, para obtener un diagnóstico correcto de nuestro paciente; anotándose los resultados en una hoja clínica adecuada, facilitará el diagnóstico, apreciándose mejor el resultado del tratamiento.

Cuando el paciente llega al consultorio dental, lo valoramos haciendo un juicio general del estudio, que debe ser ordenado y sistemático, siguiendo un orden casi rutinario.

a) DATOS GENERALES:

Nombre, edad, ocupación, estado civil, origen, -- dirección.

Dentro de este grupo el origen tiene importancia para orientar el diagnóstico que hace sospechar ciertas enfermedades con predominio parcial.

b) EXAMEN DE LA BOCA:

Inspección general.- Se examinará minuciosamente procurando descubrir la presencia de infección, estomatitis, neoplasias, dentadura en mal estado y trabajos proté-

sicos defectuosos. Se examinará minuciosamente los labios, encías, bordes gingivales, membrana parodontal, apófisis--alveolares, lengua, piso de la boca, etc.

LABIOS.- Se observará el color, estado del frenillo labial y mucosa, cuando las personas tienen buen estado de salud, los labios tienen un color rojo brillante; -- la coloración azulada de los labios puede ser producida -- por un enfriamiento prolongado o bien por algunas enfermedades como la pulmonía, las cardipatías.

La palidez de los labios indica por lo general, - anemia, nefritis, parenquimatosis, estenosis aórtica, en - algunos pacientes deabéticos los labios se observan extremadamente rojos.

ENCIAS Y BORDES GINGIVALES.- En las encías se encuentran con frecuencia fístulas, pequeños orificios. El - cirujano dentista observará la mucosa gingival, si se encuentra normal o inflamada esponjosa o irregular.

Las áreas pericementales se observarán para determinar si están retraídas o para diagnosticar la existencia de gingivitis.

Algunos estados patológicos que pueden localizarse en las encías son: leucoplasia, quistes mucosos, absce

agudos, úlceras sifilíticas.

En estado normal los tejidos gingivales son densos y de color rosado brillante uniforme.

El margen gingival se ajusta perfectamente al cuello de los dientes.

MAXILAR Y MANDIBULA.- Las dos estructuras deben ser examinadas para observar su grado de desarrollo, su tamaño y forma, relaciones, densidad y sus anomalías así como la presencia de cuerpos extraños, infecciones residuales, fracturas.

El exámen comprende la inspección ocular y la palpación de todas sus caras; el dolor del maxilar y la mandíbula puede ser debido a; inclusiones dentales, pulpitis, abscesos alveolares, tumores, quistes, fracturas, parotiditis supurada, osteomielitis, o bien causados por neuralgia del trigémino.

c) EXPLORACION:

Se efectúa por medio de explorador y espejo bucal, examinando las estructuras óseas, como tejidos blandos y piezas dentarias.

d) PERCUSION Y PALPACION:

La percusión se hace golpeando suavemente el diente con un instrumento adecuado, lo cuál produce un sonido-sordo al practicarse en un diente despulpado ó cuando hay-supuración en la pulpa, en un diente sano la percusión da-un sonido claro.

e) DETERMINACION DE LA VITALIDAD PULPAR:

Esta prueba se basa en las observaciones hechas--de la reacción que produce una corriente eléctrica débil -al pasar por un diente.

f) EXAMEN RADIOGRAFICO:

Es conveniente que el C. dentista realice un --exámen radiográfico de los órganos dentarios para deter --minar las cercanías de zonas anatómicas (seno maxilar, --agujero mentoniano), que pueden ser afectadas durante la-extracción, así como la presencia de absesos.

El exámen radiográfico consta de radiografías --periapicales, de aleta de mordida, oclusales, extrabuca--les, siendo las más importantes las radiografías periapi--cales.

El exámen radiográfico debe efectuarse no sólo -

antes sino también después de una intervención quirúrgica.

g) EJEMPLO DE UNA HISTORIA CLINICA:

Nombre del paciente _____ Edad _____ Fecha _____

Datos del último médico _____

¿Está bajo atención médica? _____ por qué razón _____

¿Está tomando medicamentos? _____ De qué tipo _____

Es alérgico a: _____

Alimentos _____ Asma _____ medicamentos _____

Aparato Cardio-respiratorio:

Disnea _____ Hipertensión _____ Dolor precordial _____

Aparato Neuro-muscular:

Epilepsia _____ Síncope _____ Vértigo _____

Aparato Gastro-intestinal:

Vómito _____ Náuseas _____ Ictericia _____ Anorexia _____

Estados fisiológicos de la mujer:

Menstruación _____ Embarazo _____ Menopausia _____

Rx _____

Diagnostico _____

Tratamiento _____

IV. ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ASEPSIA:

Es evitar la contaminación por agentes sépticos de todo aquello que va a estar cerca del campo quirúrgico, destruye los gérmenes antes que entren al organismo.

ANTISEPSIA:

Es el conjunto de medios por los cuales destruimos a los gérmenes persistentes en el organismo, el modo como obran los antisépticos sobre los gérmenes oxidando y coagulando la substancia albuminoide que constituye -- el organismo microbiano determinando su muerte.

Los procedimientos para esterilizar el instrumental son por medios físicos o químicos.

a) FÍSICOS.- entre los medios físicos tenemos - el calor pudiendo ser:

1.- Calor Seco:

Puede ser por flameo directo en la lámpara de alcohol, esto servirá para esterilizar agujas y sondas - o bién la colocación de instrumentos dentro del esterilizador de aire caliente durante una hora y a una temperatura de 175° a 205°, el único inconveniente que tiene es

te sistema es que los instrumentos pueden perder su temple.

2.- Calor Húmedo:

Consiste en colocar los instrumentos durante un mínimo de quince minutos en agua hirviendo, en este sistema presenta el inconveniente de que los instrumentos pueden oxidarse, aunque se puede disminuir utilizando ciertas sustancias químicas, para la esterilización existe otro aparato llamado autoclave que trabaja con vapor a presión.

b) QUIMICOS.- Se realiza por la inmersión de los instrumentos durante una hora en alcohol absoluto o en alguna solución antiséptica como benzal al 100%, formol al 5%, fenol al 1% etc.

V. TECNICAS DE EXTRACCION

Una vez que hemos valorado al paciente mediante la historia clínica, obtenido una buena radiografía y hecho la elección correcta del anestésico que vamos a emplear, podemos decir que estamos preparados para efectuar la extracción propiamente dicha.

Asegurándose de que la pieza a extraer ha quedado perfectamente anestesiada comenzamos los pasos de la extracción.

Primeramente efectuamos la sindesmotomía ya sea -- con botador, bisturí, sindesmotomo, pinzas y otros instrumentos; después tomamos el forceps indicado según la pieza de que se trate y procedemos a efectuar los siguientes pasos:

1) PREHENSION.- Se separa los labios, el carrillo y la lengua, una vez libre el campo se toma el diente con la pinza por encima de su cuello anatómico en donde se apoya, la corona no debe intervenir en la aplicación de la fuerza.

El forceps debe colocarse por debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente, simultáneamente ambos bocados deben penetrar hasta el punto elegido, llegando

a éste se cierran las ramas de la pinza manteniendo con el pulgar el control de la fuerza.

2) LUXACION.- Conocida también como desarticulación es por medio de la cual el diente rompe las fibras -- del periodonto y dilata el alveólo.

Este tiempo se realiza mediante dos movimientos:-

a) Movimiento de Lateralidad.- se realiza dirigiendo el diente de adentro hacia afuera.

b) Movimiento de Rotación.- (Aplicada sólo en dientes monoradiculares) se realiza siguiendo el eje mayor del diente, siendo este movimiento complementario del anterior.

3) TRACCION.- Se realiza cuando los movimientos -- preliminares han dilatado el alveolo y roto los ligamentos, la fuerza aplicada a éste fin extrae el diente de su alveólo.

A) METODOS DE EXTRACCION

Conocemos dos métodos de extracción:

1) Método Cerrado

2) Método Abierto

Se deberá escoger el que mejor convenga según el caso.

1) Método Cerrado.- (o del foreceps dental) usa-

do particularmente para extracciones sencillas o múltiples cuando las piezas se localizan en sitios diversos.

Este método se ha de preferir cuando no existan complicaciones que lo impidan, ya que ofrece un mínimo de traumatismo al paciente.

2) Método Abierto.- El C. dentista deberá optar por éste método, ya que al hacerlo tiene la seguridad de la existencia de alguna anomalía presente en la pieza a extraer.

Estas anomalías pueden ser:

A nivel radicular, encontrándose las raíces que bradizas, delgadas o convergentes encurvadas, en coronas-- sumamente desgastadas por la caries y cuyas paredes son -- frágiles.

En piezas cuyo diámetro de la raíz es menor en -- la porción media que en el ápice, y si éstas son largas y delgadas son practicamente propensas a fracturas.

Los casos de anquilosis son muy raros, pero presentan verdadera dificultad ya que el diente se ha soldado al hueso y una fuerza aplicada indebidamente puede ocasionar fractura del maxilar.

Otros caso es la hipercementosis, algunas veces -

ocasionan un abultamiento tan grande que el diente queda atrapado debajo del ápice del diente vecino, otros producen ensanchamiento en el ápice, ésto hace imposible de extraer el diente por el método cerrado ya explicado anteriormente.

B) TECNICA DE EXTRACCION PARA EL MAXILAR SUPERIOR.-

a) INCISIVO CENTRAL;

1.- Prehensión: los bocados de la pinza se introducen por debajo de la encía hasta que sus bordes superiores lleguen por encima del cuello del diente.

2.- Luxación: Movimientos clásicos de lateralidad y rotación, el movimiento de lateralidad se hará primero en sentido bucal y luego en sentido lingual.

3.- Tracción: hacia abajo y ligeramente hacia adelante, siguiendo el eje mayor del diente.

b) INCISIVO LATERAL

1.- Prehensión: igual que el anterior.

2.- Luxación: no tiene tanta amplitud el movimiento hacia bucal como en el central y hacia palatino podrá ser más amplio.

3.- Rotación: serán más efectivos movimientos de rotación de poca amplitud.

4.- Tracción: deberá ser simultánea con el movimiento de rotación y con movimientos hacia abajo y hacia adelante.

C) CANINO

1) Prehensión: de la misma forma que los incisivos.

2) Luxación: el primer movimiento es hacia la tabla externa y el segundo hacia palatino permite mayor amplitud (deberá tenerse precaución de no fracturar la tabla).

3) Tracción: se efectúa simultáneamente con el movimiento de rotación y hacia abajo y adelante.

D) PRIMER PREMOLAR

1.- Prehensión: Por debajo del borde óseo.

2.- Luxación: primer movimiento hacia bucal, el segundo movimiento deberá ser hacia palatino con poca amplitud, estos movimientos deberán repetirse hasta lograr la luxación ampliando los desplazamientos laterales.

3.- Tracción: hacia abajo y afuera procurando que en el descenso y lateralidad no se fracture la raíz.

E) PRIMER MOLAR

1.- Prehensión: los bocados de la pinza se colocarán debajo del margen gingival deberá considerarse la integridad de la corona.

2.- Luxación: poca amplitud en el movimiento de lateralidad, para evitar la fractura de la tabla externa, ejerciendo una fuerza en dirección apical, el molar se desplaza hacia el lado vestibular, algunas ocasiones estos movimientos son suficientes para desarticular el diente, deno ser así deberán continuarse los movimientos de lateralidad, hacia bucal y hacia palatino, después se continuará con el movimiento de tracción, llevando el molar hacia -- abajo y afuera.

F) SEGUNDO MOLAR

1.- Deberá ser de la misma forma que el anterior, deberá considerarse la forma y fragilidad de las raíces para evitar la fractura.

Los movimientos de lateralidad son más amplios -- que en el primero.

G) TERCER MOLAR

1.- Por lo general es poco accesible, la boca de-

be estar entreabierta para facilitar la relajación del carrillo, con el espejo se separan labios y carrillo.

El instrumento se introduce por vestibular aplicando los bocados al cuello del diente, procurando que estén en la misma dirección que el diente a extraer.

2) Luxación: Cuando se ha luxado previamente con el elevador, generalmente basta con un movimiento de lateralidad hacia afuera, si no es así, se completa con un ligero movimiento hacia palatino, terminado con un movimiento de lateralidad y rotación combinados para vencer la disposición radicular.

La etapa final o sea la tracción se efectúa mediante el desplazamiento de la pieza hacia abajo y afuera.

C) TECNICAS DE EXTRACCION PARA LA MANDIBULA.-

a) INCISIVO CENTRAL

1.- Prehensión: Debajo del borde gingival, hasta el cuello del diente.

2.- Luxación: Se ejerce presión en dirección al ápice, posteriormente se efectúan movimientos de lateralidad de poca amplitud hacia vestibular y lingual.

3.- Tracción: Se imprime movimiento final hacia adelante, arriba y afuera.

b) INCISIVO LATERAL

Deberá tenerse más cuidado al aplicar los movimientos, ya que esta pieza es más delgada y tiene mayor longitud, los pasos a seguir son idénticos al anterior.

c) CANINO

1.- Prehensión: se toma fuertemente con la pinza a un nivel lo más inferior que la altura del hueso lo permita.

2.- Luxación: Movimiento de lateralidad hacia afuera y posteriormente hacia lingual, las veces que sean necesarias.

3.- Tracción: Una vez vencida la resistencia de partes ligamentosas y óseas, el diente es llevado hacia afuera, arriba y adelante, complementando de este modo la extracción

d) PRIMER PREMOLAR

1.- Prehensión: se introduce profundamente la pinza hasta donde sea posible y se tomará un punto útil para la aplicación de la fuerza.

2.- Luxación: movimientos laterales hacia vetibular y lingual, estos movimientos deberán efectuarse las veces -- que sean necesarias hasta lograr el objetivo deseado, se concluye con la tracción desplazando el diente hacia arriba y afuera.

e) SEGUNDO PREMOLAR

Se emplea la misma técnica que para el primer premolar explicado anteriormente.

f) PRIMER MOLAR

1.- Prehensión: Los bocados del instrumento deberán adaptarse a las curvaturas radiculares.

2.- Luxación: Primer movimiento de lateralidad -- hacia vestibular, después hacia lingual, posteriormente -- efectuamos la tracción con movimientos dirigidos hacia -- arriba y afuera.

g) TERCER MOLAR

Se introduce la punta del elevador, con su cara -- plana dirigida al tercer molar e insinuándolo con ligeros -- movimientos de rotación en el espacio interdentario, para -- que la hoja del instrumento se apoye sobre la cara mesial -- del diente; el elevador sólo consigue luxar el diente ha -- cia distal (en ocasiones se logra elevar suficientemente -- el molar para que se desplace totalmente) debe terminarse -- la extracción tomando el molar como si fuera un primero o -- segundo y ejerciendo una tracción hacia arriba y hacia -- afuera.

VI. INSTRUMENTAL

Los instrumentos empleados para la extracción de los dientes, se dividen en:

- a) Instrumental Propio
- b) Instrumental Suplementario

a) INSTRUMENTAL PROPIO:

Dentro de estos están los destinados a extraer - el diente; pinzas para la extracción, forceps, elevadores o botadores.

b) INSTRUMENTOS SUPLEMENTARIOS:

Para extraer el hueso que cubre ó rodea, total - ó parcialmente a los dientes; osteotómos, escoplos y fresas.

FORCEPS Ó PINZAS EXTRACTORAS.-

La pinza para extracción es un instrumento basado en el principio de palanca de primer grado, consta de dos partes, una parte activa y otra pasiva unidas entre sí por una articulación o charnela.

1.- Parte Activa.

Es el mango de la pinza, sus ramas son paralelas y según los distintos modelos, están labradas en sus ca--

ras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano, el dedo pulgar se coloca entre ambas ramas con -- el objeto de regular y vigilar el movimiento y la fuerza a ejercer.

2.- Parte Pasiva:

Se adapta a la corona anatómica del diente sus ca ras externas son lisas, las internas además de ser cóncavas, presentan estrías con el fin de impedir su deslizamiento, los bocados de la pinza siguen las modalidades del cuello de los dientes (son distintos según los modelos).

Los bocados que se aplican a los cuellos de los molares, su forma es en ángulo diedro.

Existen dos tipos de pinzas para exodoncia:

- 1) Para exodoncia del maxilar superior
- 2) Para exodoncia del maxilar inferior

DIFERENCIA ENTRE LAS PINZAS DEL MAXILAR Y MANDIBULA.

Las pinzas del maxilar poseen las partes pasiva y activa en la misma línea, las de la mandíbula tienen ambas partes en ángulo recto.

Cada grupo de dientes exige una pinza particular, diseñada según la anatomía del órgano a extraer.

La pinza como ya digimos actúa como una palanca--

de primer grado, colocada la resistencia (hueso alveolar) entre la potencia (mano del operador) y el punto de apoyo (ápice radicular).

ELEVADORES O BOTADORES

Son instrumentos cuyo objeto es movilizar o extraer dientes ó raíces dentarias, funcionan como palanca se consideran tres factores:

1.- Punto de Apoyo:

Está dado por los elementos, el hueso maxilar o los dientes vecinos.

2.- Potencia:

La fuerza destinada a elevar un órgano dentario-varía con el grado de implantación y resistencia que presenta el diente a extraer.

3.- Resistencia:

Representada por el diente a extraer, condicionada por la disposición radicular, la cantidad y calidad -- del hueso que lo rodea.

El elevador o botador consta de tres partes:

1) Mango.- adaptable a la mano del operador, generalmente está dispuesto respecto el tallo de dos maneras: en la misma línea o perpendicular al tallo formando-

una T.

2) Tallo.- Une al mango con la hoja, está construida en acero resistente.

3) La hoja.- Son dos formas generales de presentación; la hoja está en línea con el tallo (elevadores rectos), ó forma con el tallo un ángulo de grado variable (elevadores curvos).

C) INSTRUMENTAL EN ANESTESIA

Para practicar la inyección de las sustancias químicas, se emplean jeringas de distinto tipo:

a) de vidrio.

b) metálicas

a) JERINGAS DE VIDRIO:

Las llamadas jeringas Luer o de Tipo Luer, están constituidas por dos tubos concéntricos, el interior de los cuáles actúa como embolo para expulsar el líquido que va a inyectarse, se emplean de 2, 3 ó 4 c.c.

b) JERINGAS METALICAS:

Las jeringas Carpule constan de una parte pasiva que es la portadora del tubo Carpule, y una parte activa articulada con la primera y movible que impulsa por presión manual el émbolo de goma de que va provista, el tubo-

Carpule es perforado por una aguja localizada en el extremo opuesto al émbolo.

AGUJAS:

En las jeringas de vidrio deben emplearse agujas cortas de calibre 5 ó 6 que permiten hacer prácticamente indolora la punción.

Con las jeringas Carpule se usan las agujas metálicas; éstas por un extremo perforan la tapa de goma o metálica de los tubos de anestesia, la otra parte sirve como elemento activo. Entre ambas hay un globo de plomo que obtura el soporte anterior de la jeringa Carpule.

VII. ACCIDENTES DE LOS ANESTESICOS

Ocurren como consecuencia de una mala aplicación de la anestesia.

La complicación en la anestesia se define como -- una desviación de lo que normalmente se espera durante ó -- después de la anestesia, el resultado de anestesiar debe -- ser la ausencia del dolor en la zona inervada por los nervios afectados.

Las complicaciones pueden clasificarse como:

- 1.- PRIMARIAS O SECUNDARIAS
- 2.- LIGERAS O GRAVES
- 3.- TRANSITORIAS O PERMANENTES.

1.- Primarias: causadas al momento de la anestesia.

Secundarias: después de la anestesia ó en el momento de la inserción de la aguja.

2.- Ligera: presenta ligera variante a lo que --- se espera, desaparece rápido.

Grave: se manifiesta con una complicada desviación de lo normal, requiere tratamiento definido.

3.- Transitoria: aunque grave, no deja efectos -- residuales.

Permanente: deja efectos aunque sean ligeros.

Los accidentes son:

- a) Hematoma
- b) Lipotimia
- c) Colapso
- d) Zona Isquémica Localizada
- e) Contaminación de Aguja
- f) Rotura de Aguja
- g) Disminución ó Aumento de la Secreción Salival
- h) Dolor Agudo de la Región Lumbar
- i) Parálisis Facial
- j) Acción Nula del Anestésico Local
- k) Entumecimiento y Sequedad Nasal
- l) Vómito ó Náuseas
- m) Punción de Cavidades
- n) Exitación Exagerada
- ñ) Mordida de la Región Anestesiada
- o) Punción de un Nervio
- p) Trismus

Deberá reconocerse a tiempo y saber diferenciar -
los principales accidentes.

a) ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS ANESTESICOS --

Toxicidad de los anestésicos locales. Aunque la dosis que generalmente se emplea en la práctica odontológica, para los procedimientos de rutina es muy pequeña -- (20-30 mg.), la región gingivodental es ricamente vascularizada, puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el sistema nervioso central, tales como: escalofríos, temblores, visión borrosa, etc.

En pocas ocasiones se presentan reacciones por -- sensibilidad inmunológica que pueden ocasionar trastornos respiratorios, tales como; espasmo bronquial, disnea y estado asmático.

Dichos trastornos se acompañan de alteraciones -- cutáneas o de las mucosas, tales como urticaria, eritema y edema angioneurótico, así como estado de shock anafiláctico.

b) ACCIDENTES POR PATOLOGIA PRE-EXISTENTE INDEPENDIENTE DE LAS SOLUCIONES ANESTESICAS.

Un paciente de edad avanzada puede presentar crisis de angor pectoris, un diabético caer en coma ó un hipertenso presentar algún accidente cardiovascular; no es poco

común el síncope en pacientes nerviosos y con trastornos -
neurovegetativos.

c) ACCIDENTES POR SOBRE DOSIFICACION O MALA INDI-
CACION DE LOS VASOPRESORES.

Son menos=frecuentes estos accidentes, no obstan-
te, un paciente muy nervioso, o un anciano hipertenso o --
con tirotoxicosis cuya enfermedad pre-existente sea un fac
tor que predisponga a algún accidente por acción de los --
vasoconstrictores.

VIII. ACCIDENTES DE LA EXTRACCION

Los accidentes causados por la extracción son múltiples y de distinta categoría; unos interesan al diente - objeto de la extracción o bien a los dientes vecinos, -- otros al hueso y a las partes blandas que lo rodean, así - los clasificamos en:

1.- ACCIDENTES SOBRE LOS DIENTES:

a) Fractura del Diente.- es el accidente más frecuente de la exodoncia al efectuarse los movimientos de -- luxación, fracturándose la corona o parte de ésta o parte de la raíz, quedando la porción radicular en el alvéolo -- ya que han sido debilitadas por los procesos de caries o - con anomalías radiculares.

b) Fractura y Luxación de los Dientes Vecinos.- - Se debe a que puede ser transmitida a los dientes vecinos-- la presión ejercida sobre la pieza de extracción o sobre - los elevadores, ocasionando la fractura de la corona que - puede estar debilitada por obturaciones o caries, o bien la luxación del diente cuando las disposiciones radiculares - lo faciliten, por ejemplo en raíces fusionadas.

2.- ACCIDENTES SOBRE EL MAXILAR:

a) Fractura del Borde Alveolar.- ocasionada por la

fuerza que la pirámide radicular ejerce al pretender abandonar el alveolo, por un espacio menor que el mayor diámetro de la raíz; ocasionalmente la fuerza aplicada sobre la tabla externa es mayor que su límite de elasticidad, el hueso se fractura siguiendo diversas líneas, generalmente es la tabla externa, un fragmento de la cuál se extrae con el diente.

b) Fractura de la Tuberosidad.- es debida al uso de elevadores aplicados con demasiada fuerza en la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos.

c) Fractura Total de la Mandíbula.- Es un accidente posible, aunque poco frecuente; tanto las afecciones generales, como los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, deabetes, enfermedades parasifilíticas (ataxia locomotriz, parálisis general) predisponen a los maxilares como a otros huesos a la fractura, en ocasiones es suficiente un esfuerzo mínimo durante la intervención para producir la fractura; generalmente es a nivel del tercer molar debido a la incorrecta aplicación y fuerza exagerada en el intento de la extracción de un tercer molar retenido.

d) perforación de las Tablas Vestibular ó Palatina.- en el transcurso de una extracción de un premolar o molar superior o una raíz vestibular o palatina puede atravesar las tablas óseas, puede ser debido a un debilitamiento del hueso por causa de un proceso previo a esfuerzos mecánicos; este accidente es también posible en la mandíbula.

e) Perforación del Piso del Seno.- en el momento de la extracción de premolares o molares superiores, este accidente puede ser de dos formas:

I.- Accidental:

Por causas anatómicas de vecindad con el piso del seno, al efectuarse la extracción se produce una comunicación; se advierte porque el agua pasa al seno y sale por la nariz.

II.- Instrumental:

Los instrumentos empleados en exodoncia, pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral estableciéndose así una comunicación.

f) Penetración de una Raíz en el Seno Maxilar.- en contramos distintas disposiciones de la raíz en la cavidad sinusal:

I.- dentro del seno.

II.- raíz ubicada por debajo de la mucosa sinusal.

III.- en una cavidad patológica (quiste paradentario.)

g) Penetración en el Seno Maxilar.- penetración total de un molar en el seno maxilar, generalmente en el tercer molar, es un accidente poco frecuente pero posible.

h) Penetración de un Diente en Regiones Vecinas.- se observa con más frecuencia en terceros molares superiores o inferiores retenidos, durante el intento de extracción el diente responde a la aplicación no controlada de fuerzas ó al debilitamiento de las paredes o tablas óseas, proyectándose al piso de la boca o a regiones vecinas.

i) Luxación del Maxilar Inferior.- accidente raro, ocasionalmente producido durante la extracción de los terceros molares inferiores, consiste en la salida del condilo del maxilar de su cavidad glenoidea, y puede ser unilateral o bilateral.

3.- ACCIDENTES SOBRE LAS PARTES BLANDAS:

Desgarres de la mucosa gingival, lengua, carrillos, labios, etc.

No es muy frecuente, se produce por actuar con --

brusquedad, esto ocasiona que el instrumento se deslice de la mano del operador; se observa generalmente después de - extracciones laboriosas.

4.- ACCIDENTES DEBIDO A LOS INSTRUMENTOS:

Fractura del instrumental empleado en exodoncia - debido a:

- a) mala calidad del instrumento.
- b) Por su hoja demasiado delgada.
- c) Por su uso incorrecto.

5.- ACCIDENTES SOBRE TRONCOS NERVIOSOS:

El traumatismo puede consistir en sección, aplastamiento o desgarramiento del nervio; estas lesiones se traducen por neuritis, neuralgias o anestias en diversas zonas.

Generalmente ocurre en las extracciones del maxilar inferior por intervenciones en terceros molares o premolares.

Las lesiones más importantes son las que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior o mentoniano.

6.- ACCIDENTES POSTOPERATORIOS:

- a) Hemorragia
- b) Dolor Postoperatorio

- c) Fiebre
- d) Infección
- e) Alveolitis
- f) Osteitis
- g) Osteomielitis
- h) Periostitis
- i) Sinusitis
- j) Adenitis
- k) Edema
- l) Abseso
- m) Flegmón Séptico del piso de la Boca
- n) Septicemia
- ñ) Tétanos

A) INDICACIONES PARA LA EXTRACCION

1.- EN DIENTES TEMPORALES:

- a) Dientes temporales que no pueden ser tratados.
- b) Caries de cuarto grado.
- c) Retardo en la caída normal de los temporarios -
(es necesario tomar una radiografía para estar-
seguros que los permanentes están próximos a --
erupcionar).

2.- EN DIENTES PERMANENTES:

- a) pulpa dentaria que no responda al tratamiento.
- b) Complicaciones de caries de cuarto grado ó --
afecciones parodontales.
- c) Por razones estéticas, protésicas u ortodónci-
cas.
- d) Anomalías de sitio.
- c) Accidentes de Erupción.

B) CONTRAINDICACIONES

1.- Afecciones que dependen del estado del dien -
te a extraer (cuando hay dolor e inflamación a causa de --
la infección.)

2.- Afecciones generales del paciente:

- a) FISIOLÓGICAS
- b) PATOLÓGICAS

a) Fisiológicas.- Menstruación; para algunos C. -
dentistas está contraindicada la extracción en este caso -
ya que puede provocar shock.

Embarazo: Hay diferentes opiniones en este aspec-
to, para algunos la extracción está contraindicada, otros-
opinan que las infecciones dentales acompañadas de irrita-

ciones gingivales son más perjudiciales que la extracción.

b) Patológicas.-

Hemofilia: Es un trastorno que impide la coagulación, es hereditaria y ligada al sexo masculino, en este caso no debe hacerse la extracción sin un tratamiento previo.

Trastornos Cardiovasculares: el anestésico puede producir taquicardia, bradicardia, disnea.

Deabetes.

C) REGLAS DE MONTE E ITZARD.-

1) No extraer antes de su caída normal.

2) Deberá extraer cuando los permanentes estén --
próximos a erupcionar y los temporales no presenten ninguna movilidad.

3) Cuando haya extracción precóz de dientes temporales deberá mantenerse el espacio producido por dicha extracción.

4) Se puede extraer un diente temporal cuando ---
es acuñado o impactado dentro del hueso por presión de --
dientes vecinos.

IX. POSTOPERATORIO

Después de la extracción es pertinente hacer al -
paciente algunas recomendaciones con el objeto de mantener
los fines logrados por la intervención.

a) Se le indica al paciente que guarde reposo du-
rante algunas horas, con la cabeza en alto (aunque sólo se
haya extraído una pieza).

b) No deberá hacer colutorios, a menos que se le
prescriba lo contrario; los hará después de tres horas de
realizada la intervención éstos serán con agua tibia con -
sal y muy ligeros.

c) No fumar.

d) Deberá abstenerse de aplicar antisépticos.

e) Si hubiese hemorragia, colocará sobre la heri-
da una gasa estéril; deberá hacerlo muy superficialmente -
y mantenerlo con presión dental, el tiempo necesario hasta
cohibir la hemorragia, consultando al C. dentista en cuan-
to le sea posible.

f) Para prevenir el edema y mitigar el dolor es -
recomendable aplicar trocitos de hielo a intervalos de --
quince minutos aproximadamente.

g) Citar al paciente para su observación dentro -

de las próximas veinticuatro horas.

DIETA:

Durante las primeras horas la alimentación deberá ser líquida, (leche, jugos de fruta, caldo, etc.); posteriormente será semisólida (purés, gelatinas, etc.).

CONCLUSIONES

La Exodoncia ocupa un lugar preponderante dentro de la práctica odontológica.

Debemos recurrir a la exodoncia cuando los tratamientos conservadores han fracasado ó cuando por causas protésicas o estéticas nos lo exijan.

Es de vital importancia que el C. dentista estudie concienzudamente el caso que se le presente, para elegir correctamente las técnicas de extracción y anestésia, para evitar complicaciones para el paciente y para el profesionalista mismo.

La educación dental hacia nuestros pacientes es primordial, ya que así se podrán prevenir en un futuro la eliminación de órganos dentarios que han sido dañados por un proceso carioso, no atendido a su debido tiempo.

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL

Guillermo A. Ries Centeno
Séptima Edición
Editorial El Ateneo

TRATADO DE CIRUGIA FACIAL

Gustavo D. Kruger
Editorial Interamericana

CIRUGIA FACIAL

W. Harry Archer
Tomo I
Segunda Edición

HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA Y SU EJERCICIO LEGAL

Salvador Lerman
Segunda Edición
Editorial Mundi

TRATADO DE EXODONCIA

Winter Leo
Editorial Pabul

LA ANESTESIA EN CIRUGIA DENTAL

Sterling V. Mead
Segunda Edición
UTEHA

APUNTES DE ESTUDIOS SUPERIORES