

14
97



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

E X O D O N C I A

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA
MARTHA PATRICIA BARAJAS ROJAS
MEXICO, D. F. 1979

14482



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

	Página
I INTRODUCCION	1
II HISTORIA	3
III ANSIEDAD Y ANGUSTIA	6
IV. CLASIFICACION DEL DOLOR	13
a) Dolor Somático	
b) Dolor Visceral, manifestación clínica del dolor	
V. PROCEDIMIENTOS, METODOS E INSTRUMENTAL PARA LA EXODONCIA	19
A) El preoperatorio	
B) Indicaciones y Contra indicaciones	
C) Anestesia	
D) Instrumental, técnica de extracción por forceps y con elevadores	
E) Extracción de dientes con anomalías de dirección	
F) Conducta después de la extracción	
VI. ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA, COMPLICACIONES, TRATAMIENTO Y PRIMEROS AUXILIOS EN CLINICA O EN EL CONSULTORIO	78
VII CASOS CLINICOS	95
CONCLUSIONES	103
BIBLIOGRAFIA	105

I N T R O D U C C I O N

Esta tesis trata principalmente de los métodos y elementos en que nos podemos apoyar para establecer los casos en que está indicada la exodoncia, el momento y la preparación del paciente psicológicamente, así como su realización correcta.

En el primer capítulo nos encontramos con un breve resumen relacionado con la historia de la exodoncia.

En el siguiente capítulo se hace alusión a los casos de ansiedad y angustia en sus diferentes grados, trastornos que éstos ocasionan en el paciente.

Enseguida se hace una clasificación del dolor, el motivo y el grado de éste.

En el Capítulo V se indica el procedimiento en el -

tratamiento de la exodoncia, además los instrumentos adecuados para cada pieza dental, las posiciones y los movimientos correctos.

En el Capítulo VI se mencionan los accidentes más frecuentes en la extracción dentaria, las complicaciones durante el tratamiento y primeros auxilios recomendables en la clínica o consultorio.

En el Capítulo VII se mencionan algunos casos clínicos obtenidos en consultorio y en la clínica de exodoncia.

Los últimos capítulos se dedican a la obtención de algunas conclusiones y al resumen bibliográfico.

II.

HISTORIA DE LA EXODONCIA

Definición:

Exodoncia, de exo-gr odons, término creado recientemente para reemplazar a la frase "extracción dentaria".

El término de exodoncia fue introducido por el Dr. J. Winter en el lenguaje médico y lo aplicó a la parte de la cirugía bucal que trata de la extracción de los órganos dentarios que se consideran nocivos a la salud del organismo.

Exodoncia de cualquier modo que se realice es una intervención quirúrgica que involucra los tejidos blandos de la cavidad bucal, cuyo acceso está restringido por los labios y mejillas, complicado además por los movimientos de la lengua y de la mandíbula.

La exodoncia es tan antigua como la propia medicina, sus vestigios aparecen con las obras de Hipócrates donde se

habla de las caries, las extracciones y los colutorios em -
pleados para atenuar los dolores.

Se dice que en el templo consagrado a Apolo en Del -
ios, se guardaba un rudimentario instrumental destinado a -
las extracciones y Cicerón afirma que el inventor de este -
género de operaciones fue Esculapio, pero que los romanos -
lo atribuyeron a Apolo.

Celso desarrolló una técnica odontológica y alude en
sus obras a los cauterios de las encías y a los peligros -
que se derivan de extracciones incompletas, citando entre e -
llas a las hemorragias y las fracturas alveolares y de man -
díbula. Describe así mismo dos tipos de ingeniosos apara -
tos para sacar los dientes y la rizagra para extraer las raí -
ces.

En la época moderna la odontología ha progresado so -
bre todo en la prótesis y la cirugía dental, cuyas interven -
ciones se hacen sin dolor gracias a la anestesia local.

Hasta el siglo XIX los dentistas eran generalmente -
personas que no poseían conocimientos científicos de la pro -
fesión, basándose solamente en su arte o habilidad práctica
para actuar.

Los curanderos, por su parte vendían toda clase de drogas y elixires para calmar los dolores, elaborados muchas veces con sustancias capaces de provocar irritaciones e infecciones.

Tal estado de cosas, hizo necesaria la legislación para el ejercicio de esta profesión y se crearon escuelas de odontología cuyos planes de estudios comprenden, además de las materias propias de la especialidad, asignaturas de medicina, particularmente anatomía y fisiología.

Los modernos conocimientos y el empleo de técnicas quirúrgicas, han determinado los procedimientos de exodoncia, de modo que las extracciones no tienen porque ser consideradas ahora como experiencias traumáticas y terroríficas.

III. ANSIEDAD Y ANGUSTIA

Los estados de ansiedad y angustia y otros síntomas-derivados como intranquilidad, agitación, irritabilidad, -- etc., son expresiones de una ruptura de la armonía espiri-tual o psicosomática del individuo y de la reactividad emocional de éste frente al miedo. Constituyen problemas muy-frecuentes dentro de la medicina actual que el médico debe-resolver a cada momento en su práctica.

La vida moderna somete al ser humano a una serie de-situaciones de conflicto psíquico, por ejemplo problemas -económicos, familiares, sociales, éticos, espirituales o -existenciales que lo llevan a un estado de sobrecarga y po-nen en marcha mecanismos compensadores que pueden agotarse-o perpetuarse, convirtiéndose en enfermedad.

La medicina de hoy con su concepto personalista (por ello denominada medicina de la persona o medicina antropoló

gica), concibe al individuo como unidad indisoluble de soma o cuerpo y alma o espíritu que se encuentra en permanente contacto con un medio ambiente que se modifica, obligándolo a una adaptación ininterrumpida.

La adaptación a este medio, continuamente cambiante y con frecuencia hostil y agresivo se realiza mediante mecanismos variables y los resultados dependen de un sinnúmero de factores, de los cuales el más importante es sin duda, la personalidad del sujeto.

Todo individuo tiene un nivel por encima del cual le resulta imposible adaptarse al medio, apareciendo entonces una rica sintomatología derivada de la sobrecarga psíquica. Este nivel varía de persona a persona en tanto un individuo puede soportar sin alterarse grandes cambios ambientales, otro manifiesta síntomas de inadaptación ante la más mínima agresión externa. La permanencia de estos síntomas depende de la personalidad del sujeto y de la intensidad y duración del factor agresivo, configurándose entonces los distintos tipos de neurosis cuando la inadaptación se torna persistente o prolongada. Pero el hecho fundamental es que en las condiciones actuales de vida, prácticamente no hay ser humano que no presente signos de inadaptación en algún momento de su evolución o desarrollo.

La ansiedad y la angustia son los que revisten mayor importancia por la frecuencia de su aparición y por ser a la vez, origen de otros disturbios psíquicos y somáticos como cefalea, fatiga mental y física, irritabilidad, depresión, agitación, insomnio, dificultad para concentrarse y muchos otros trastornos puramente psíquicos unos y de repercusión-somática otros (cardiovasculares, gastrointestinales, urogenitales, etc.).

ANSIEDAD:

La ansiedad es uno de los trastornos nerviosos más frecuentes que se presentan, ya sea aislado o formando parte del cuadro general de la neurosis.

Es un sentimiento penoso de espera que para Hartenberg constituye un grado de la angustia.

De acuerdo con una definición adoptada por la sociedad norteamericana de psiquiatría la ansiedad se caracteriza por:

- a) Un inexplicable estado de inquietud, desazón o intranquilidad.
- b) Una sensación de inferioridad con sospechas y acusa-

siones de injusticia e incomprensión ambiental.

- c) Una incapacidad para desviar el pensamiento de una sensación de temor o de culpa y de pérdidas de confianza en sí mismo para resolver una situación.
- d) Una extrema facilidad para crear un estado de fatiga como también de irritabilidad o desánimo.

ANGUSTIA:

La angustia es una respuesta global de la personalidad (personalidad es la síntesis de las actividades internas del ser humano y de sus manifestaciones exteriores; es la síntesis de la conducta humana) en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia; se caracteriza por un efecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa.

Fisiológicamente implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en las que participan el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema nervioso vegetativo y el sistema endocrino.

La ansiedad y la angustia presentan una sintomatolo -

gía tan variada, debido a que todos estos signos y síntomas provienen de una estructura anatómica que es el puente de unión entre la vida vegetativa y la intelectual.

En la ansiedad la amenaza es objetiva, es decir externa. El individuo que la experimenta tiene conocimiento de la fuente del peligro que lo amenaza y puede enfrentarse a él y defenderse.

En la angustia la amenaza es subjetiva; su fuente es interna y el individuo no tiene advertencia a ella. Al desconocer la fuente del peligro no está en posibilidad de defenderse.

TIPOS DE ANGUSTIA:

La angustia puede ser constructiva o destructiva. --
La angustia constructiva es:

- a) Una angustia moral a una determinada amenaza.
- b) Una manera de enfrentar el éxito.
- c) Cuando estimula el crecimiento y el desarrollo.

La angustia destructiva:

- a) Es desproporcionada al peligro.

- b) Trae consigo la no patológica solución del conflicto que lo causa y la represión del mismo.
- c) Disminuye la actividad, las funciones intelectuales-- y propicia la formación de mecanismos defensivos.

MANIFESTACIONES DE LA ANGUSTIA

Las manifestaciones de la angustia son sumamente variadas, pero las más comunes son cefaleas, parestesias, hiperstecias, prurito, algias, zumbidos, vértigos, accesos de temblor, trastornos visuales, contracciones crónicas, segmentarias, sueño superficial y agitado, pesadillas, insomnio de conciliación, astenia, espasmofilia. Además son frecuentes los síntomas digestivos, entre los que figuran anorexia, bulimia, lengua saburral, acrofagia, aerocolia, cilitis espasmódica, constipación, etc. y los síntomas cardiovascular_{es} como taquicardia, extrasístoles tendencia a la hipotensión arterial, vasolabilidad, etc.

TRASTORNOS PSIQUICOS DEPENDIENTES DE LA ANSIEDAD Y LA ANGUSTIA

Los síntomas psíquicos más destacados son irritabilidad, desánimo, fatigabilidad física y psíquica, depresión, agitación y la fobia que acompañan a los estados intensos de angustia.

En las personas que padecen ansiedad y angustia existe un estado de inquietud casi permanente, que se traduce por temores o por fobias propiamente dichas, las más mínimas contrariedades o trastornos orgánicos son suficientes para que se manifiesten los síntomas de angustia. El individuo angustiado es triste y pesimista, con inclinación al llanto y al fácil descorazonamiento, presenta dificultades para fijar la atención (fácil irritabilidad con estallidos de cólera, sentimiento de inseguridad, insomnio de conciliación, pesadillas, hiperestesia, reflejos exaltados.)

Las fobias son "miedos" o temores irresistibles frente a determinadas situaciones, hechos o casos; surgen independientemente de la razón y la voluntad, son estados frecuentes y aunque forman parte del cuadro general de las neurosis de angustia, no es raro observarlo aisladamente.

IV.

CLASIFICACION DEL DOLOR

Definición:

Es un fenómeno biológico de protección o defensa que ocurre cuando alguna parte del organismo se halla afectada, originando una reacción desagradable o afectiva cuya finalidad apunta a la supresión o reparación de la causa que le - dió origen y cuya interpretación depende del intelecto.

El dolor es un mecanismo protector del cuerpo; se - produce siempre que un tejido es lesionado y obliga al indi - viduo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso. Actividades tan simples como sentarse por lar - go tiempo pueden causar destrucción tisular, porque el ries - go sanguíneo de la piel a nivel de las zonas donde apoya el - cuerpo queda suprimido por el peso de este último.

El dolor rápido es punzante y localizado, capaz de - provocar respuesta motora.

El dolor lento es ardiente o quemante y difuso, po -
see un postefecto prolongado.

Clasificación del dolor:

Independientemente del sufrimiento o dolor espiri- -
tual de causa orgánica o material, podemos diferenciar dos-
formas de dolor:

- a) Dolor Somático: superficial y profundo que puede -
ser verdadero, referido, muscular o esquelético.
- b) Dolor Visceral: que puede ser localizado, referido-
o vascular causálgico.

Dolor Somático: Se clasifica en dolor superficial-
a veces llamado dolor directo que se localiza con exactitud
en el sitio del trastorno y dolor profundo, que no proviene
de estructuras superficiales, sino de estructuras de la ín-
dole del periostio, musculoso y articulaciones.

El dolor somático profundo. Posee algunas caracte -
rísticas de calidad, localización y fenómenos colaterales -
que lo diferencian del dolor superficial.

Se han identificado tres variantes de dolor profun- -
do:

El dolor somático profundo verdadero que se experi -
menta en el sitio del estímulo verdadero y que puede o no -
acompañarse de dolor referido, tal como sucede con el do -
lor visceral.

El dolor somático profundo referido que se experimen
ta en un sitio distinto del estímulo y que se percibe en -
una zona que recibe su inervación del mismo segmento nervio
so o de los colaterales.

El dolor somático profundo muscular esquelético es -
por acción secundaria de músculos esqueléticos en que puede
haber difusión central de la excitación dentro de la médula-
espinal con actividad eefectora, resultante que incluye la -
contracción muscular, la cual a su vez puede originar estí-
mulo doloroso.

Dolor Visceral. En estado de salud las vísceras no
originan sensación dolorosa, pero si experimentan estados -
patológicos o son sometidos a presión o tensión, puede pro-
ducirse dolor intenso. No se ha conocido el motivo por el-
cual la inflamación, el edema y la congestión vascular tor-
nan muy sensible a un organismo normalmente insensible. --
Se ha comprobado que la mucosa gástrica normal no origina -
dolor como reacción a estímulos suficientes para producirlo
en otro sitio. Pero cuando la mucosa gástrica está inflama-

da, congestionada o edematosa los mismos estímulos resultan alógenos. Las sensaciones que provienen de la víscera suelen estar mal localizadas a causa de la escasez realtiva de terminaciones nerviosas y de la poca frecuencia del uso de las bases sensitivas, viscerales y en consecuencia de la falta de adiestramiento cortical, para identificar el órgano o la parte visceral injuriada.

ARCO REFLEJO

En la práctica diaria el odontólogo se encuentra con una serie de reacciones que dificultan la intervención del tratamiento a realizar.

Entre estas reacciones comunes a todos los pacientes, encontramos que cuando en la preparación de una cavidad se toca una área hipersensible, el paciente presenta una reacción defensiva manifestada ya sea en un retiramiento de él mismo o bien del operador. Otro ejemplo que podemos citar es cuando infiltramos un anestésico, la reacción defensiva del paciente es una contracción muscular que como veremos más adelante es coadyuvante del dolor.

Debido a que estas reacciones se presentan en nuestra práctica diaria, consideramos que debemos conocer el mecanismo fisiológico de las mismas, ya que van acompañadas -

de otros mecanismos emocionales que incrementan el estado depresivo del paciente y la importancia de este conocimiento es el poder enfocarlos de una manera positiva.

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL DOLOR

Cuando efectuamos una extracción, generalmente al percibir los primeros movimientos de extracción, el paciente presenta un estiramiento muscular que desencadena el reflejo monosináptico que produce la contracción.

Cuando accidentalmente se hace una comunicación pulpar hay un estímulo doloroso y se presenta un restiramiento motivado por un reflejo polisináptico.

En ambos reflejos encontramos que además de estas reacciones hay una hipersecreción de catecolaminas, y el aumento de estas, producirá en el individuo un estado de stress que se manifiesta en miedo, ansiedad o angustia.

Comúnmente la reacción dolorosa es acompañada de temor o miedo hacia la misma sensación y esto origina que aparentemente disminuya el umbral del dolor, transformándose estas sensaciones en angustia; bien sea hacia lo desconocido o hacia un nuevo estímulo que pueda producir otra alteración psicosomática en el individuo.

Al presentarse la angustia el paciente se encontrará ante un conflicto psíquico, provocado en parte ante la necesidad que tiene de someterse al tratamiento dental y por otra parte ante el conjunto de sensaciones desagradables que rompen su equilibrio y armonía espiritual. Es aquí donde debe intervenir el cirujano dentista con su paciente, para devolverle ese equilibrio mediante los métodos que estén a su alcance. Ante este problema el cirujano dentista tendrá que conocer a fondo la sensación experimentada por su paciente, puesto que solo mediante el conocimiento de ella podrá disponer el tratamiento adecuado para suprimirlas o controlarlas.

indicaciones preoperatorias más importantes, por no decir - las únicas que señalamos en nuestra práctica: el examen general de orina y el tiempo de coagulación de la sangre.

La extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes predispuestos, debe examinarse por este motivo los posibles antecedentes hemorrágicos: gingivitis, hematuria, excesiva salida de sangre ante traumatismos aún leves, fácil producción de hematomas, petequias. - En caso de haber existido hemorragias, se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla.

Para la Hemostásis local efectiva contamos con elementos mecánicos: la sutura y la presión, ambos son efectivos; con elementos químicos, sustancias estípticas y hemostáticos orgánicos, tales como la trombina y la trombo - plastina; esta última provendrá de tejidos que la poseen en grado de concentración; principalmente placenta humana, leche de mujer, pura o desecada.

El examen general de orina nos informará sobre la existencia de elementos anormales en el paciente.

En las medidas locales se deberá de observar el estado de la cavidad bucal y para realizar una operación de -

la cavidad bucal, se exige que ésta se encuentre en condi -
ciones óptimas de limpieza, libre de tartaro salival y dien -
tes cariados.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, coloca -
rán la cavidad bucal en una condición óptima, para realizar
en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje
los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

PREPARACION DEL PACIENTE:

En general la preparación del paciente no debe dife
rir en relación a otras operaciones, es decir, deben em -
plearse todos los medios de asepsia y antisepsia y la discul
pa de que "La cavidad bucal está llena de gérmenes que no -
pueden ser eliminados", no lo excluye; si bien es cierta -
esta aseveración, también es cierto que son en la mayoría -
de los casos, gérmenes a los que la cavidad está habituada,
no así a los gérmenes extraños introducidos por técnicas in -
correctas de asepsia y antisepsia (contaminación cruzada), -
que sí pueden dar origen a la infección.

Iluminación. Generalmente es suficiente la luz que
proporciona la lámpara de la unidad dental o de una sala de
operaciones, pero consideramos que en intervenciones buca -
les, especialmente en sitios de difícil acceso, es preferi-

--ble utilizar la lámpara frontal que proporciona siempre una luz sin sombras en el lugar requerido, aún cuando cabe señalar que su uso con fluidez, requiere práctica continua.

Posición del paciente y operador. Trataremos solamente aquí lo referente a extracciones bajo anestesia local en el sillón dental para la extracción de dientes superiores, el paciente se colocará a una altura y posición que permitan al operador situarse por enfrente o al lado del paciente, con visibilidad adecuada y en posición correcta que permita que el antebrazo esté en posición paralela respecto al piso, para lo cual se hace necesario subir ligeramente e inclinar hacia atrás el sillón.

HISTORIA CLINICA

Definición. Es el conjunto de signos y síntomas -- obtenidos mediante el interrogatorio directo o indirecto y la exploración por aparatos y sistemas, que nos permite después de su interpretación establecer un diagnóstico, hacer un plan de tratamiento y definir un pronóstico. Tomando en cuenta que el paciente llega en un estado de tensión, procuraremos presentarnos de forma tal que no tenga reservas, lo que indicaremos siempre en nuestro interrogatorio, obteniendo información en forma directa o indirecta del padecimiento actual. Para facilitar la exposición se ordenarán los -

capítulos de la historia clínica en la forma clásica, indicando con la ficha de identificación en la que anotaremos - los datos que se detallen en el principio.

FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha de elaboración

Nombre, sexo, edad, ocupación, nacionalidad. Continuaremos con antecedentes heredo-familiares y con los datos obtenidos, buscaremos padecimientos congénitos o adquiridos que se relacionen con el proceso patológico manifestado por el paciente.

ANTECEDENTES PERSONALES HEREDO-FAMILIARES

Edad y estado de salud de padres, hermanos, cónyuge e hijos.

Enfermedades o causa de muerte de familiares.

Enfermedades con predisposición familiares como: - diabetes, hemofilia, etc.

Toxicomanías: alcoholismo, etc.

Deformaciones congénitas: labios y paladar hendido, etc.

Enfermedades mentales: oligofrenia, etc.

Desarrollo anormal.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Son: higiene general, alimentación, lugar de nacimiento, residencia, ocupaciones, tabaquismo, alcoholismo, inmunizaciones recibidas y grado de escolaridad.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Estos antecedentes nos informan acerca de infecciones, reacciones a fármacos, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, transfusiones, estabilidad e inestabilidad emocional. Esto nos ayuda a formar un cuadro del problema que intentamos conocer, para lo cual se hacen las siguientes preguntas:

Padecimientos infecto-contagiosos de la infancia, inmunizaciones, antecedentes quirúrgicos y transfusiones, tumores, psiquiátricos, alérgicos, toxicomanía, ginecoobstétricos, traumáticos, parasitarios, etc.

En nuestra historia clínica, se agregan los siguientes puntos: motivo principal de la consulta, síntomas, cuadro clínico, fecha de iniciado (cómo, cuándo y dónde), causa aparente (traumáticas, infecciosa) descripción y análisis de síntomas, evolución de cada uno de los síntomas y estado actual.

B. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Todo paciente que acude a consulta para valoriza --
ción de un proceso, el cual se encuentra en estado agudo o
crónico en sus dientes, generalmente supone que se le va a
practicar una extracción dentaria. El cirujano dentista de
be valorar si la intervención está indicada o no; es de vi-
tal importancia familiarizarse con el estado patológico que
aqueja y por el cual acude el paciente, así como los datos-
y antecedentes personales y generales que informa su histo -
ria clínica. Se deben tomar en consideración en particular,
enfermedades orgánicas relacionadas con el acto quirúrgico-
que se pretende practicar, poner especial interés en tras -
tornos hepáticos, cardiovasculares, alérgico, renales y en-
fermedades hemorrárgicas, diabetes mellitus y otras que se
mencionan en las posibles contraindicaciones.

La extracción dentaria siempre tiene importancia, -
más de la que se le ha dado, ya que se practica una herida-
quirúrgica donde se involucra hueso y tejidos blandos de la
cavidad oral, se debe tomar en consideración labios, lengua,
movimientos de mandíbula y espacios como faringe, laringe,-
esófago y además el gran número de microorganismos existen-
tes en el cuerpo humano y sobre todo en la boca.

INDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTARIA

1. En dientes con pulpa no vital y pulpitis crónica - donde el tratamiento endodóntico no está indicado.
2. En casos donde se ha establecido la enfermedad paradontal y el tejido óseo o de soporte se encuentra destruido.
3. Donde la apicectomía no es posible practicarla o no está indicada.
4. Cuando por medio de operatoria no se puede restaurar el diente involucrado.
5. En dientes incluidos o impactados.
6. En dientes supernumerarios.
7. En dientes primarios cuando interfieren en la erupción de dientes permanentes.
8. Por consideraciones ortodónticas ya sea por malaposition o que interfieran en el tratamiento.
9. Por presentar conducto radicular roto o fracturado.

10. Por efectos de traumatismo donde el diente no es viable, fractura de tabla externa, dientes que se encuentran en trazo de fractura mandibular o maxilar.
11. En terceros molares que han perdido su antagonista y por razones protésicas.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTARIA

Las contraindicaciones se pueden clasificar relacionándolas con el diente en sí, con los tejidos peridentarios o con el estado general del paciente.

La oportunidad de la extracción dentaria en procesos inflamatorios. El problema de la extracción dentaria en procesos inflamatorios agudos, no puede ser resuelto con fórmulas simples, ni dar preceptos generales para tratar casos tan eminentemente particulares. "Cada paciente y cada proceso infeccioso es un caso particular que necesita ser contemplado desde su punto de vista".

En la producción de un proceso infeccioso de origen dentario (complicación de las caries de cuarto grado; accidentes de erupción de los dientes retenidos), intervienen distintos factores: locales, estado del diente, grado de

infección y los generales; estado del paciente, el índice de sus defensas.

Para la extracción de los dientes debemos tomar en cuenta no solo el estado local, sino que también debemos darle importancia al estado general del organismo, dado que en algunas ocasiones pueden presentarse complicaciones -- transoperatorias y postoperatorias que podrían ocasionar situaciones desagradables y quizás de resultados funestos.

Las contraindicaciones sistémicas para la extracción se han dividido desde hace mucho tiempo en dos estados:

1. Estado fisiológico
2. Estado patológico

1. Estados fisiológicos. Han existido una serie de ideas desde hace mucho tiempo y que aún persisten alrededor de estos casos. Al respecto se ha dicho que durante el tiempo en que se presentan no deben practicarse las extracciones por alteraciones y trastornos que se provocarían. Todas estas ideas se han desechado al comprobar y demostrar la ciencia que son falsas, aún así, no es raro encontrar personas que en la actualidad persisten en dichas creencias.

Con respecto al embarazo existen los siguientes pre

juicios: que no deben practicarse las extracciones en los meses 1, 3, 5, 7, 9, por el riesgo de provocar aborto o precipitar el parto; que las soluciones anestésicas atraviesan la barrera placentaria y afectan al feto; en ambos casos se ha demostrado que son erróneos dado que se pueden practicar extracciones con ciertas precauciones en cualquier etapa durante el embarazo, extremando dichas precauciones en las primíparas ya que no sabemos como va a reaccionar el útero.

En el caso del anestésico, se ha comprobado que la solución anestésica empleada en odontología no atraviesa la barrera placentaria ni afecta al feto, es más, se puede emplear anestesia general y mantener al paciente en el segundo período de la misma, por un espacio de media hora sin peligro para el feto; el embarazo a excepción de algunos casos particulares, no es una contraindicación para la extracción debido a que se ha comprobado que afecta más a la paciente y su hijo, que los inconvenientes que ocasionan el dolor y las complicaciones de origen dentario que el acto quirúrgico de la extracción; todo esto ha sido investigado por los doctores Palacios, Costan y Robati, quienes llegaron a las siguientes conclusiones:

- a) La infección dentaria como las irritaciones gingivodentarias son más graves para la mujer embarazada y su hijo, que la extracción.

- b) La época de gestación no es una contraindicación para la extracción.
- c) Pueden emplearse cualquier clase de anestesia local o general.
- d) La extracción dentaria puede efectuarse haciendo abstracción casi completa del estado grávido teniendo solo presente la emotividad y el índice de coagulación.

Los casos particulares que mencionamos, que en un momento dado pudieran contraindicar la extracción son:

- a) Alteraciones patológicas del embarazo tales como antecedentes de abortos no provocados en embarazos anteriores.
- b) Albuminuria gravídica; ante estas situaciones y si la extracción es urgente o necesaria debemos estar en contacto con el ginecólogo paraque él indique el momento oportuno para efectuarla.
- c) Lactancia. Se dice que si se anestesia a una paciente en el período de lactancia, la solución anestésica se mezcla con la leche dándole a ésta un

sabor amargo por lo cual el niño rechaza el pecho materno o bien que al producirse esta mezcla ocasiona diarreas en el niño. Esto ha sido desmentido científicamente pues el anestésico se elimina por vía renal y hepática más no por los conductos gástricos. lo que hay que tomar en cuenta es el estado emocional de la paciente pues es frecuente que por una tensión nerviosa excesiva o una impresión muy fuerte pueda interrumpirse la secreción láctea, por esto hacemos hincapié en que no es el hecho de la extracción sino la manera en que se maneje psicológicamente a los pacientes lo que en un momento dado podría causarnos trastornos.

2. Estados Patológicos. En el aparato cardiovascular las alteraciones que se pueden presentar son:

- a) Discracias sanguíneas; tales como la leucemia que puede presentarse en fase aguda o crónica.
- b) Hemofilia; la cual es un problema de alteración en la coagulación y la falta de trombina que por lo general aparece en los primeros años de vida.
- c) Padecimientos cardiovasculares, angina de pecho, la cual se manifiesta por dolor en el pecho por detrás

del esternón.

- d) Oclusión coronaria, que se debe a la obturación de las pequeñas arterias.
- e) Endocarditis bacteriana, que es una infección en el miocardio o membrana interior del corazón.
- f) Fiebre reumática o reumatismo, la cual es causada principalmente por estreptococos, del género viridians.
- g) Otro trastorno del cual nos percatamos es la hipertensión arterial la cual va a contraindicar principalmente la anestesia (con vasoconstrictor).
- h) Insuficiencia cardíaca, o sea falta de capacidad -- del corazón para bombear la sangre al resto del organismo.
- i) Tromboflebitis, la cual va a ser problema en las venas por la formación de trombos o coagulos (se administran anticoagulantes) y pueden desprenderse y - provocar la obstrucción de las venas (debemos poner los en contacto con su médico para realizar la extracción).

- j) Arterioesclerosis, padecimiento en el cual las paredes de las arterias pierden elasticidad debido a que se van engrosando y endureciendo.

Las alteraciones del aparato renal son: glomérulo - nefritis, que es una inflamación de los glomérulos del riñón y éste no funciona correctamente. Tumores renales malignos - o benignos, malformaciones congénitas, nefroesclerosis (endu - recimiento de las arterias renales) nefritis que es una in - flamación e infección del riñón, nefrosis que es una degene - ración de los tubérculos renales.

Alteraciones del aparato digestivo, en el hígado las alteraciones son: urotrópica es la encargada de la forma - ción de urea, glucogénica que será la encargada del almacena - miento de glucógeno, antitóxica que se encargará de retener - todos los tóxicos minerales del organismo, biliar es la en - cargada de la formación de bilis, hematopoyética que es la - encargada de la formación de glóbulos rojos. Todas estas al - teraciones repercuten en el resto del organismo provocando - o pudiendo provocar: atrifia hemática, congestión pasiva -- crónica del hígado, degeneración gasea, cálculos biliares, - ictericia, hepatitis, cirrosis.

Alteraciones del aparato respiratorio: tuberculosis avanzadas, faringitis, laringitis, bronquitis aguda o cróni -

ca, vegetación adenoidea, influenza, difteria, pleuresía, - bronconeumonía, traqueitis, pulmonía, disneas, que son de diferentes tipos: urémicas, cardiovasculares, respiratorias, nerviosas por tabaquismo, digestivas, asmáticas, o por alteraciones anatómicas. Otras serían la cianosis, hemorragias nasales frecuentes, tos y expectoraciones constantes.

Alteraciones del sistema nervioso (aspecto emotivo)- neurastemias que son depresiones nerviosas y agotamiento, ansiedad, miedo a lo desconocido, neurosis que es una enfermedad mental relativa, neuritis, epilepsia.

Alteraciones del sistema endocrino: hipertiroidismo, diabetes, diabetes mellitus, antes que se desenlace el proceso presenta manifestaciones en boca como son: hipersensibilidad dentaria, agrandamiento lingual con pérdida de las papilas, sensación de ardor en la lengua, sensación de calor en la boca, resequedad en la boca sin llegar a la xerostomía (sequedad total) de la boca, por falta de saliva (puede ser patológica provocada por medios químicos, obliteración de los conductos salivales, nervioso), presencia de abscesos parodontales, proliferación del margen gingival, reacción inflamatoria de las encías, movilidad dentaria, radiográficamente se observa pérdida gradual y progresiva de la cresta alveolar, es común también. El aliento cetónico (olor a fruta en estado de fermentación), en caso de falta de -

trombina para estimular la producción de la misma, se usan medios químicos como son la vitamina K y veneno de algunos animales (víbora, arácnidos).

C. ANESTESIA LOCAL EN EXODONCIA

Introducción:

Se entiende por anestesia local la supresión de las percepciones dolorosas de una parte del cuerpo por la parálisis sensitiva transitoria de las porciones periféricamente situadas de sistema nervioso. Mediante la anestesia local se elimina la excitabilidad de los nervios sensitivos - terminales (receptores de dolor y retículo terminal).

La anestesia adecuada es importante para el éxito de todo procedimiento quirúrgico. La mejor anestesia local se obtiene mediante técnicas que producen bloqueo de áreas externas en oposición a las técnicas de infiltración múltiple. La técnica de bloqueo proporciona una anestesia más profunda y más ampliamente diseminada con menor volumen de solución y menor lesión de los tejidos inyectados. A veces se emplearán técnicas de infiltración para aumentar la firmeza de los tejidos y reducir la cantidad de sangre de esa área por compresión de lecho capilar producido por el volumen de la solución anestésica. No obstante debe tomarse en cuenta que la distensión de los tejidos y la compresión del

lecho capilar también se logra mediante la instalación de solución salina normal.

A veces, es problemático obtener una buena anestesia local. Esto puede ser por la dificultad en la inyección asociada a la presencia de infección, anomalías del desarrollo o anomalías subsecuentes a traumatismos, otra causa podría ser la destoxicación rápida de la solución anestésica de algunos individuos.

La anestesia local puede realizarse de distintas maneras, encaminadas todas ellas a llevar la solución anestésica en presencia de las terminaciones nerviosas periféricas, para realizar sin dolor las maniobras quirúrgicas.

El líquido anestésico puede depositarse sobre la mucosa, por debajo de ella, por debajo del periostio o dentro del hueso.

- I. Anestesia de la mucosa: se logra por medio de anestésicos tópicos y se utiliza para evitar el dolor que produce el pinchazo de la aguja, se difunde a través del epitelio y llegan de este modo a ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas de la mucosa.

2. Anestesia de la submucosa: es la que se realiza inmediatamente por debajo de la mucosa bucal, solo es útil realizar intervenciones sobre la mucosa o para bloqueo de nervios superficiales.

3. Anestesia superióstica: es el método eficaz para la exodoncia, la infiltración de la anestesia depende de la mayor o menor permeabilidad del hueso, se hace de preferencia en el maxilar debido a que es más esponjoso y rico en foraminas; se lleva la solución anestésica debajo del periostio, se realizan en forma indolora las maniobras posteriores y se perfora el periostio perpendicularmente al hueso; el bisel de la aguja dirigido hacia la estructura ósea donde se deposita el agente anestésico.

4. Anestesia intraósea: esta anestesia se realiza perforando la tabla ósea externa con fresa y por esta vía se introduce una aguja depositando el líquido anestésico en el interior del hueso. La anestesia interradicular la cual se aplica directamente en la membrana periodontal, se deposita entre el diente y el hueso en el espacio del ligamento parodontal, para efectuar un bloqueo local. Estas técnicas de anestesia tienen limitadas aplicaciones.

5. Anestesia regional superior, vía interna o intra -
oral:

Nervio infraorbitario: se hace la punción a nivel del canino en el pliegue gingivolabial, llevando la aguja en dirección a la pupila, cuando el dedo índice de la mano contraria percibe la aguja por medio de palpación sobre la piel y estamos seguros de estar próximos al agujero infra orbitario, se inyecta unas gotas de anestesia para poder hacer las maniobras posteriores, se busca la dirección del cartucho, se introduce la aguja y se descarga el contenido de la jeringa. Para lograr un buen bloqueo, el anestésico debe depositarse cerca del agujero infraorbitario.

Nervio maxilar superior: es la técnica más sencilla para obtener la anestesia de los nervios dentales posteriores, la aguja se inserta por arriba del tercer molar, en el pliegue gingivo bucal, introduciendo la aguja aproximadamente dos puntos cinco centímetros hasta sentir la pared ósea correspondiente a la fosa pterigomaxilar, se retira ligeramente la aguja, se aspira con la jeringa para ver si no estamos en algún vaso sanguíneo y se infiltra el agente a -
nestésico.

Nervio nasopalatino: este bloqueo se realiza por detrás de los incisivos centrales en la mucosa palatina en-

la que se encuentra el orificio del conducto palatino anterior, en donde se localiza el nervio nasopalatino, el cual se anestesia siempre puncionando la base de la papila del lado derecho o izquierdo, pero no el cuerpo de la papila que está formado por bastante tejido inervado lo cual la hace extraordinariamente sensible, después de atravesar la fibromucosa, se deposita lentamente la solución anestésica, bastando unas cuantas gotas para lograr el bloqueo de la zona palatina anterior.

Nervio palatino medio. A nivel de los premolares se encuentran los agujeros accesorios palatinos por los que salen los nervios palatinos medios, los cuales inervan la parte media del paladar, en este lugar se hace la aplicación e introducción del agente anestésico, con lo que se logrará la anestesia media palatina; ésta técnica se efectúa frecuentemente en forma inconsciente por ser igual que la técnica local.

Nervio palatino posterior: el agujero palatino posterior se encuentra situado en la bóveda palatina, en la apófisis horizontal del hueso palatino a nivel de la raíz palatina del segundo y tercer molar, equidistante de la línea media y del borde gingival, una vez localizado el sitio se infiltra el anestésico, es una zona sensible y por lo tanto dolorosa.

6. Anestesia regional inferior, vía interna o intrabu -
cal:

Nervio dentario inferior lingual: para hacer el --
bloqueo del nervio dentario inferior se debe de llevar el --
agentes anestésico hasta la proximidad con el nervio a nivel --
de la espina de Spix, se puede llegar al orificio del con -
ducto dentario inferior en una línea recta y realizando una -
sola maniobra. Para este fin se parte desde la comisura, -
de bucal opuesta a la del nervio; el anestésico atraviesa -
la mucosa, músculo bucinador y se encuentra el espacio pteri -
gomaxilar en busca del orificio dentario (espina de Spix), -
en donde debe depositarse el líquido anestésico.

Otra técnica para el bloqueo del dentario inferior es
la que se hace en dos tipos: se coloca la jeringa paralela -
a la arcada dentaria, a este nivel debe realizarse la pun -
ción, se perfora la mucosa, el músculo bucinador, se penetra
en el tejido externo del pterigoideo interno. Se avanza des -
cargando pequeñas cantidades de solución anestésica (1 centí -
metro y medio) con esto se logra anestesiar el nervio lin -
gual que está por delante y dentro del dentario. En esta po -
sición se dirige la jeringa hacia el lado opuesto llegando -
hasta la altura de los premolares, esta maniobra tiene por -
objeto llegar hasta la tabla interna de la rama ascendente, -
se profundiza la aguja medio centímetro y estamos en el pun -
to donde se deposita el resto de la solución.

Anestesia del nervio bucal: se bloquea la cara ex --
terna, la mandíbula desde el tercer molar hasta el primer --
molar, con la anestesia del dentario inferior se logra un --
bloqueo del nervio bucal. En ocasiones es necesario colocar
puntos locales sobre la mucosa vestibular de la pieza a ex -

traer.

Anestesia del nervio mentoniano: el punto de inserción de la aguja se encuentra a nivel del pliegue gingivo - bucal de la región de premolares, parte apical donde se localiza el agujero mentoniano, dirigiendo la aguja de atrás-hacia adelante y tratando de aproximarse lo más posible al agujero para depositar el agente anestésico, aproximadamente un centímetro, nos dará anestesia a la región anterior inferior.

D. INSTRUMENTAL - TECNICA DE EXTRACCION POR FORCEPS Y POR ELEVADORES

Introducción:

La extracción dentaria es un procedimiento quirúrgico que reviste gran importancia en su ejecución, no difiere en nada de otros procedimientos quirúrgicos, aún más, no solo implica técnicas difíciles de dominar, sino que a diferencia de otros procedimientos quirúrgicos, abre una brecha, no solamente en tejidos blandos sino que se llega a la exploración completa de hueso. El hecho de que se le menosprecie, aún por los mismos cirujanos dentistas obedece posiblemente a que con frecuencia es practicada por personas no profesionales y al hecho de que es el procedimiento-quirúrgico bucal más frecuente, considerado además sencillo

para su ejecución, por el dominio que tiene el cirujano dentista de la anestesia local (técnicas de extracción).

Una vez valorado el paciente y decidida la operación, se debe contar con la radiografía, aún cuando por la rutina y el exceso de trabajo a veces se prescinde de ella. Esta radiografía debe contener el diente por extraer hasta el ápice del mismo, así como cuando menos un diente vecino en ambos lados, de esta manera podrá preverse: la forma y dirección de las raíces, la relación con órganos vecinos, ya sean los dientes cercanos, la condición de los tejidos vecinos y especialmente la consistencia y estado del hueso alveolar, podrá conocerse así mismo la existencia de lesiones inflamatorias (periapicales y parodontales) y ocasionalmente podrán identificarse quistes, abscesos, tumoraciones, que de otra manera pasarían inadvertidos. En resumen, podrá preverse con más certeza las condiciones y dificultades que pueden encontrarse durante la operación.

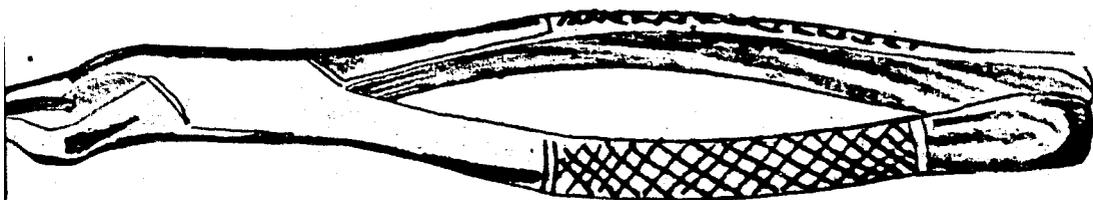
INSTRUMENTAL UTILIZADO EN CLINICA

Para la realización de la extracción dentaria en clínica, el instrumental básico es: el 1 x 4, que consiste en charola, pinzas de curación, espejo y jeringa. Se selecciona el elevador para desprender la mucosa del diente, se elige el fórceps para la pieza dentaria a extraer. En caso de

complicación deben de tenerse a mano los siguientes instrumentos: mango de bisturí # 3, ó # 7, hoja de bisturí # 5 (o casualmente se requiere el # 12), pieza de mano de baja velocidad, fresa para pieza de mano # 560, cucharilla, elevador de periostio, pinza gubia, lima de hueso, pinza de di-sección, porta agujas y sutura de varios tipos.

Existe un arsenal muy extenso de instrumentos (fórceps, elevadores, etc.) y el operador poco experimentado, - con frecuencia se deja llevar por las indicaciones de fabricantes o por el hecho de que se indique en determinado catálogo o por algún autor, en tanto se adquiere experiencia, - se dá una cuenta que en la práctica diaria y con un volumen considerable de trabajo, los requisitos en variedad de instrumentos es menor y funcional.

Primeramente el fórceps odontológico consta de dos piezas unidas entre sí por una articulación de movimiento, - en que cabe distinguir dos porciones: la larga o pasiva - (los mangos) que permiten empuñar al instrumento mientras - que las cortas de ambos lados, constituyen los bocados que - están destinados a ejercer presión en el diente, son por lo tanto las puntas activas.



PORCION ACTIVA
 DONDE ESTAN LOS
 BOCADOS DEL FOR
 CEPS

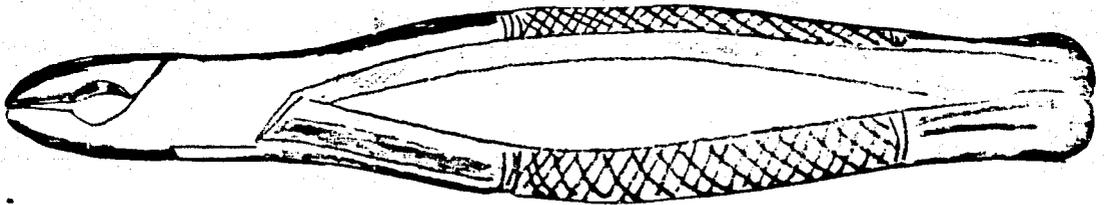
ARTICULACION DE
 MOVIMIENTO

PORCION LARGA O PASIVA
 QUE SON LOS MANGOS DEL
 FORCEPS

FORCEPS SUPERIORES Y SU TECNICA DE EXTRACCION

El forceps 99C se caracteriza por tener sus mangos y bocados en línea recta, en los bocados se encuentra una concavidad para la mejor aprehensión de los incisivos centrales superiores; se realizará el primer movimiento hacia vestibular, el segundo movimiento hacia palatino, el tercer movimiento de rotación del lado labial hacia distal, un cuarto de rotación, un sentido inferior y se colocará el diente en su posición original.

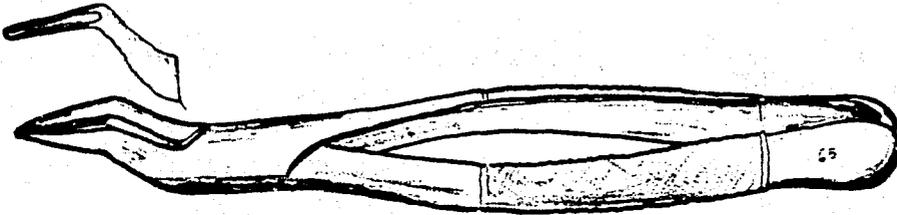
En el incisivo lateral superior se utilizará de preferencia el forceps 99C, una vez colocado, se efectuará el primer movimiento hacia vestibular, el segundo hacia palatino, el tercer movimiento de rotación, el cuarto movimiento de rotación inversa, el quinto es regresar el diente en su posición original.



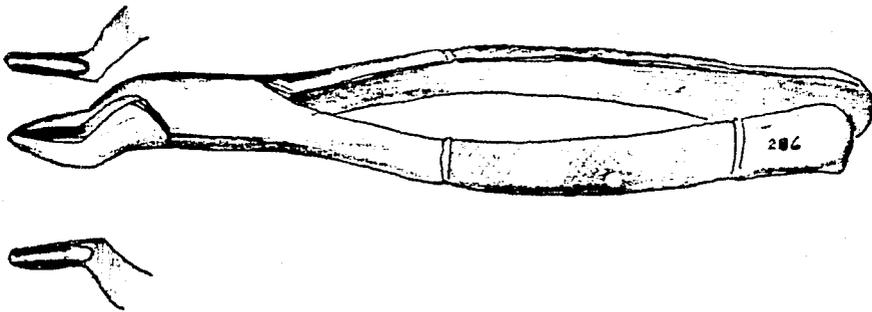
FORCEPS NUMERO 99C

Los fórceps # 65 y 286 son parecidos en su forma de bayoneta y sus bocados, éstos se utilizan para hacer las extracciones de raíces superiores, fragmentos centrales y laterales superiores sobrepuestos, está indicado este fórceps para evitar lesionar a los dientes contiguos, su forma de bayoneta los hace exclusivos para la arcada superior. Con-

el fórceps # 286 se puede ejecutar extracciones de incisivos centrales y laterales en posición normal de la arcada.

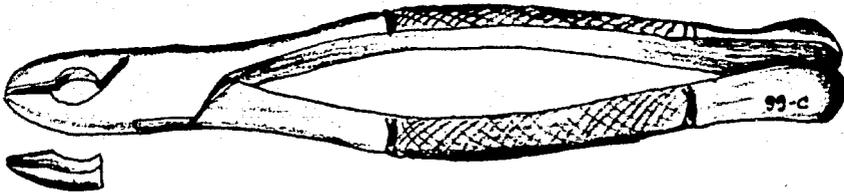


Fórceps # 65; este se utiliza para la extracción de dientes incisivos, para restos radiculares de todas las piezas dentarias superiores, también se le llama raigonera de bayoneta.



Fórceps # 286; se utiliza para bicúspides, incisivos y raíces superiores, este fórceps tiene forma de bayoneta.

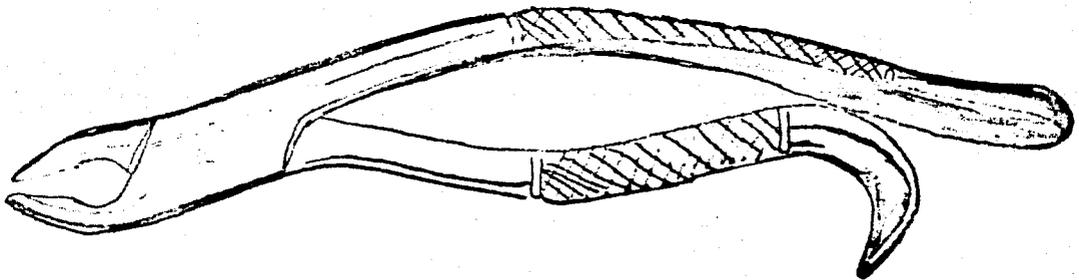
Para el canino superior se utilizará también el fórceps número 99C, el cual una vez colocado adecuadamente en la parte más alta del cuello del diente, se realizarán los siguientes movimientos: el primer movimiento es hacia vestibular, el segundo hacia palatino, el tercer movimiento es de ligera rotación con más intensidad hasta luxar completamente el diente, el cuarto movimiento hacia abajo en dirección con la posición anterior del diente.



Fórceps # 99C es recto con bocados amplios y se puede llamar fórceps para dientes anteriores superiores derechos e izquierdos.

El fórceps 99A de Kells se ideó para las piezas centrales, laterales, caninos, inclusive premolares (aunque se tiene que tener la precaución de hacer exodoncias por vestibular para no lesionar las piezas adyacentes, ya que este -

fórceps es más indicado para las piezas anteriores. Los bocados proporcionan un contacto firme alrededor de casi toda la periferia del diente en el borde gingival o más arriba de él. Ese fórceps está diseñado de modo que la fuerza se dirige a lo largo del eje exacto del instrumento y por tanto la adaptación de los bocados a la corna, para facilitar el movimiento de rotación, la presión sobre los mangos tiende a forzar el diente entre los bocados donde queda automáticamente asegurado. La curvatura de uno de los mangos es para mejor adaptación de la palma de la mano.

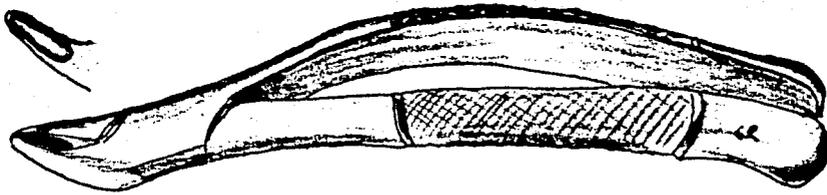


Fórceps # 99A para bicúspides e incisivos superiores..

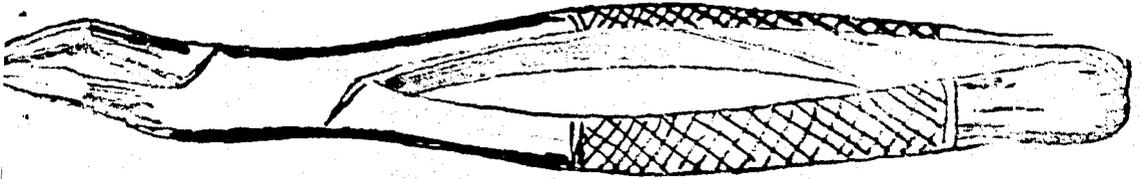
Para premolares superiores se preferirá utilizar el fórceps # 62, aún cuando puede utilizarse en algunos casos- el # 99C.

El fórceps # 62 universal, tiene forma de S itálica

con este fórceps se realiza la extracción de premolares permanentes, dientes anteriores superiores, también temporales superiores. Una vez colocado adecuadamente en el cuello -- del diente, se efectuarán los siguientes movimientos: el primer movimiento será hacia vestibular, el segundo movimiento hacia palatino y el tercer movimiento será hacia abajo en dirección de la posición original del diente.



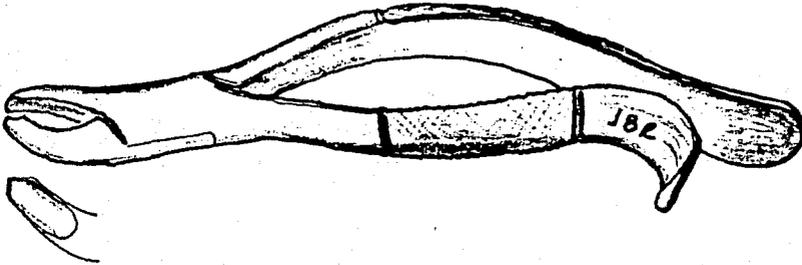
Fórceps # 62, tiene forma de S itálica, es otra raigonera para restos radiculares de dientes anteriores superiores, caninos y premolares.



El fórceps # 32 en forma de bayoneta es para premolares y para algunos molares que están muy móviles.

El fórceps # 18 R está indicado para la extracción de los primeros y segundos molares superiores derechos (en uno de sus mangos tiene una inicial después del número que sirve para identificarlo del izquierdo). El fórceps 18 R tiene uno de los bocados acanalados, cóncavo y ancho para que se adapte a la única raíz palatina y del otro lado tiene un surco o muesca para que se adapte a la bifurcación de las dos raíces vestibulares que son la vestibulo mesial y vestibulo distal. Se recomienda cuando las coronas estén casi completas porque se adaptan casi a nivel del cuello del molar y si la pieza está muy debilitada se fracturará fácilmente. Los movimientos a efectuar para la extracción-

son: primero hacia vestibular, el segundo hacia palatino, pero un poco más de amplitud, así se realizan estos movimientos repetidamente hasta ir aflojando la pieza, el último movimiento es hacia abajo en dirección en donde se encontraba la pieza dentaria.

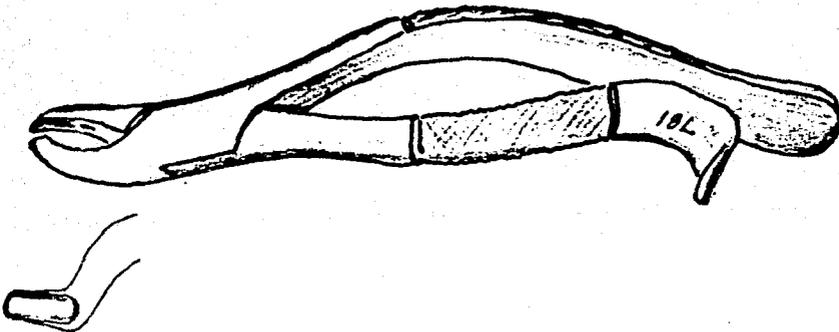


FORCEPS # 18 R.

Este fórceps tiene en uno de sus bocados una muesca, la cual entra en las raíces vestibulares.

El fórceps 18L está indicado para primeros y segundos molares superiores izquierdos, es igual al 18R, viéndolos de frente, cambia la posición del bocado acanalado, que será para la raíz palatina, el otro bocado con terminación de pico para los dos vestibulares, su forma es de S itálica,

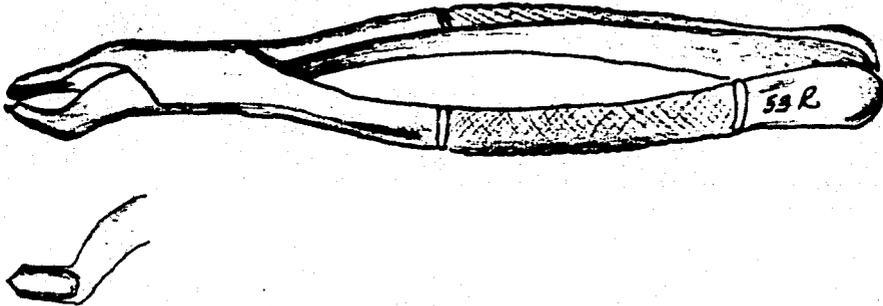
y únicamente se utilizan en piezas con coronas completas. - Los movimientos que se realizan son: el primero hacia vestibular, el segundo hacia palatino, el tercer movimiento se hace igual pero con más fuerza y por último se regresa la pieza a su posición anterior para realizar la extracción.



Fórceps 18L se utiliza para primeros y segundos molares superiores izquierdos.

El fórceps 53 R tiene forma de bayoneta, uno de sus bocados es de forma acanalada para la raíz palatina y el otro bocado presenta forma de pico o muesca para la bifurcación de las raíces vestibulares, este fórceps será utilizado sobre todo cuando las piezas no están tan destruídas. - Se realizarán los siguientes movimientos: el primero hacia vestibular, el segundo hacia palatino, se repiten estos mo-

vimientos con más fuerza hasta luxar la pieza y finalmente extraerla.



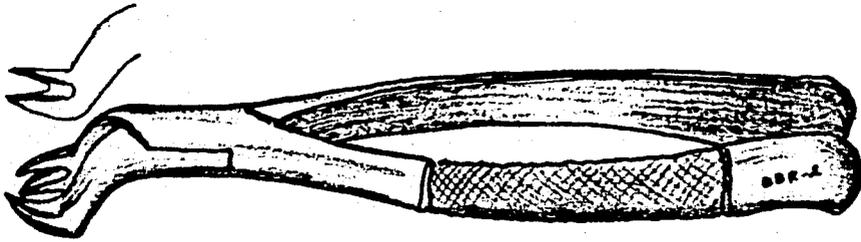
Fórceps 53R se utiliza para la extracción de los primeros y segundos molares superiores derechos.

El fórceps 53L tiene sus mangos rectos y su forma es de bayoneta, se utiliza para los primeros y segundos molares superiores izquierdos. Los picos o bocados que tienen la muesca aguda, abrazan la bifurcación de las raíces vestibulares, en tanto que el bocado acanalado o cóncavo recibe la raíz palatina arriba del margen gingival, el primer movimiento será en dirección vestíbulo palatino con una ligera rotación, pero el último movimiento será hacia vestibular, donde se efectúa la tracción y la extracción propiamente dicha.

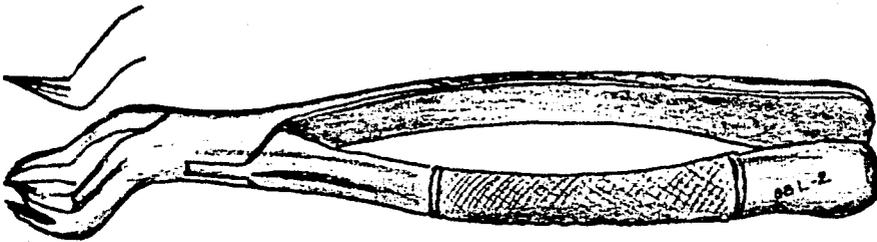


Fórceps # 53 L; se utiliza para primeros y segundos molares superiores izquierdos.

Los fórceps número 88 R y 88 L están indicados para los primeros y segundos molares superiores, el R es para el lado derecho y el L es para el lado izquierdo, se utilizan en piezas con coronas destruídas, los movimientos se realizan hacia vestibular, después hacia palatino, se repiten con más fuerza para luxar la pieza, y finalmente hacer la extracción del molar.

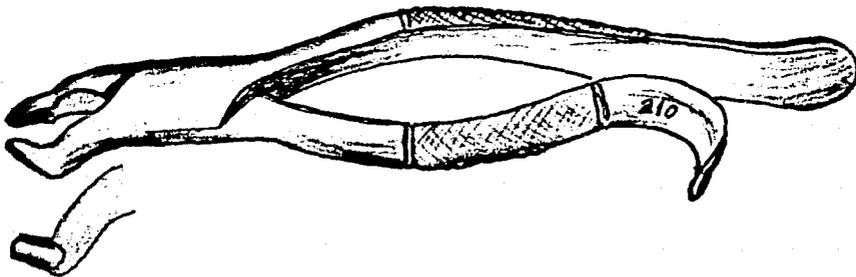


Fórceps # 88 R se usa para primeros y segundos molares superiores derechos.



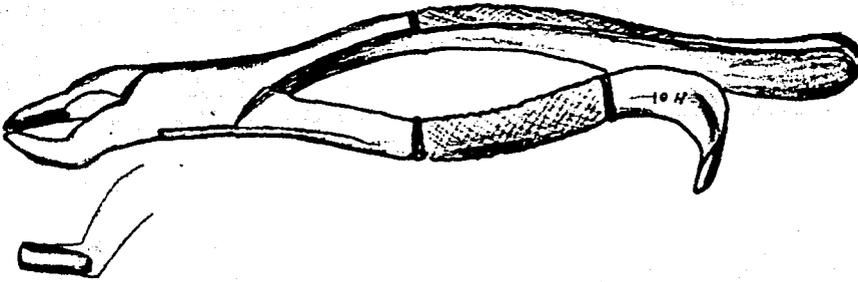
Fórceps # 88 L se llama también tricornio porque sus bocados tienen tres puntas, sirve para primeros y segundos molares superiores izquierdos.

El fórceps # 210 SS White y el 210 S de Shinkel son universales para terceros molares superiores de ambos lados en posición normal de la arcada; los bocados son más cortos que los bocados de los fórceps anteriores, su angulación es un poco más aguda, son acanalados sin ninguna cresta, porque los terceros molares son piezas con anomalías, en cuanto al número de raíces que pueden tener desde una a cinco raíces y con esta forma de bocados se evita la fractura radicular y se van a adaptar perfectamente al cuello del molar, así se pueden hacer los movimientos de lateralidad sin ninguna dificultad para la extracción, así se haga por vestibular sin lesionar las piezas contiguas, los movimientos son semejantes a los de las piezas de primeros y segundos molares superiores.



Fórceps # 210^S tiene forma de bayoneta, sus bocados son lisos y se usan para la extracción de los terceros molares de rechos e izquierdos superiores.

El fórceps número 10 es el universal se utiliza para molares superiores, tiene forma de bayoneta, sus bocados son acanalados y un poco angostos, porque así se adapta por debajo del margen gingival, no importando el número de rafes que tenga, ya que esta pieza opone menos resistencia que los primeros y segundos molares superiores que también se pueden extraer con este fórceps en caso de que estén casi flojos.



Fórceps # 10, tiene mango curvo, es utilizado para molares superiores.

FORCEPS INFERIORES Y SU TECNICA DE EXTRACCION

Introducción:

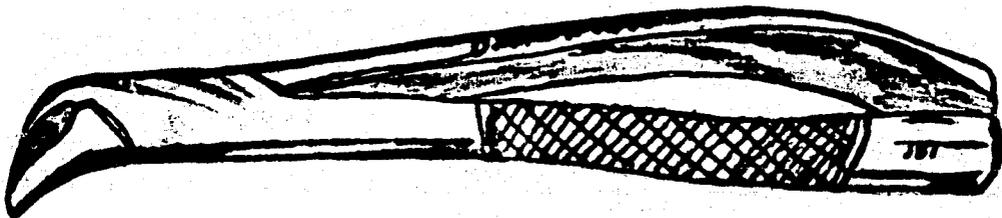
En los fórceps destinados para el maxilar inferior, los bocados se hallan dispuestos casi en ángulo recto en relación con los mangos. Los fórceps de dientes anteriores están provistos de canaladura simple y estrecha en la cara interna de sus bocados y los fórceps destinados a los primeros y segundos molares tienen bocados muy curvos para salvar el ensanchamiento de la corona.

Los fórceps para las piezas posteriores, presentan en ambos bocados una cresta que divide la superficie prensora o de trabajo de los mismos, en dos facetas correspondientes a las raíces mesial y distal; hay una diferencia en otro fórceps, que sus bocados terminan en pico, en forma de cuerno de vaca (cuando está abierta) es así como se le conoce y se utiliza para las mismas piezas, únicamente para cuando está más destruída, ya que sus bocados penetran más profundo en la bifurcación de sus raíces y la avulsión es más fácil.

El fórceps número 151 se utiliza preferentemente para incisivos y caninos inferiores; tiene sus mangos rectos y los bocados son cóncavos, los cuales se insertan en la porción más apical del cuello del diente y se practican los

siguientes movimientos: primero hacia vestibular, el segundo hacia lingual, se repiten estos movimientos hasta lograr la luxación completa del diente y se efectúa el tercer movimiento en sentido original del diente y finalmente la extracción.

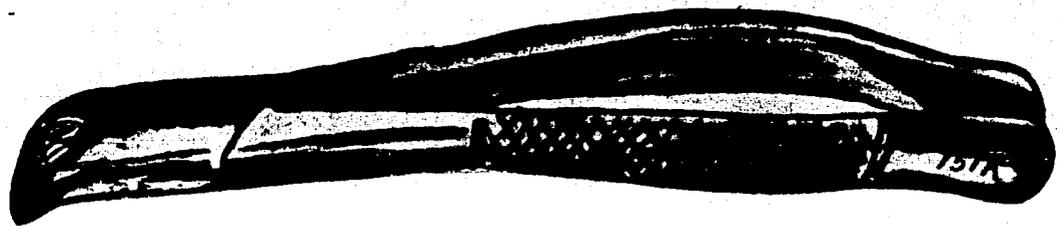
En realidad este fórceps puede emplearse para todas las piezas a extraer.



Fórceps # 151; se utiliza para centrales y caninos, además de que puede emplearse en todas las exodoncias.

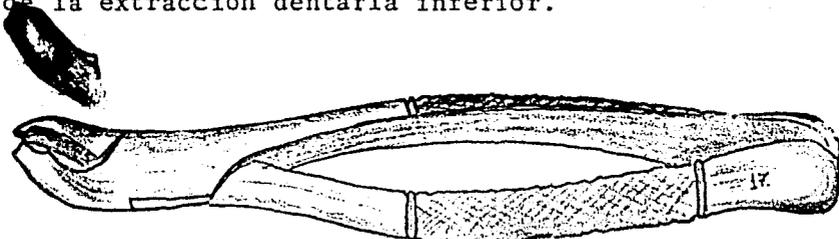
El fórceps 151 A universal también es específico para primeros y segundos premolares interiores y algunas veces para molares inferiores, se insertan los bocados en el cuello del diente, y se efectúan los movimientos siguientes: primero de rotación del lado mesial hacia bucal, el segundo

de rotación inversa, el tercero en sentido superior y en di
rección con la posición original del diente cuando se ha lu
xado completamente.



Fórceps 151A para centrales y bicúspides inferiores.

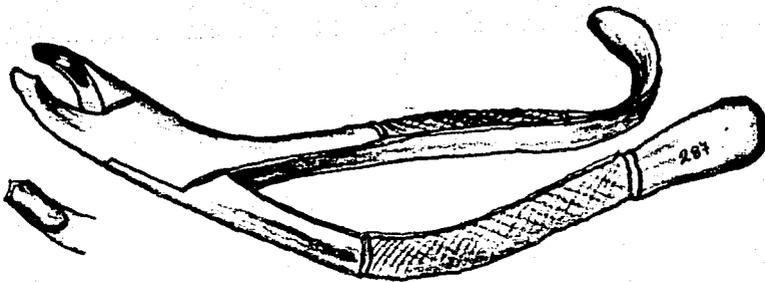
El fórceps número 17 universal tiene varias conve -
niencias para su uso porque sus mangos son rectos, en rela -
ción con la parte activa, se recomienda a personas zurdas -
o que quieran trabajar por detrás, a la izquierda o derecha
del paciente, los movimientos que se realizan son los clási
cos de la extracción dentaria inferior.



Fórceps número 17 universal se caracteriza por tener sus bo

cados o muescas en ambos lados; se usa para primeros y segundos molares inferiores izquierdo y derecho.

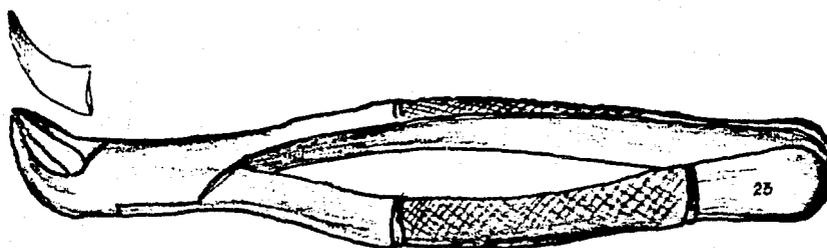
El fórceps número 287 es también universal para primeros y segundos molares inferiores izquierdos y derechos.- Su terminación de los bocados es igual que el fórceps # 17-universal, sólo difiere en sus mangos que son curvos. La curvatura de los mangos es para que haya menos esfuerzo en la muñeca, cuando se va a hacer extracciones del lado izquierdo de la mandíbula, en una posición detrás del sillón y del paciente.



Fórceps # 287 universal se usa para primeros y segundos molares inferiores.

El fórceps número 23 es más comúnmente conocido por cuerno de vaca, por su similitud que hav con éstos cuando -

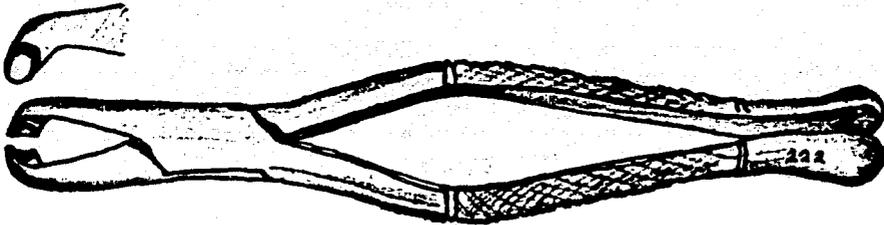
sus bocados están abiertos, también es un fórceps universal, que se va a utilizar para primeros y segundos molares inferiores izquierdos y derechos. Los picos o bocados o cuernos de éste fórceps son exactamente igual a los del # 16. - El fórceps # 23 es útil para zurdos y ambidiestros, una vez colocado el fórceps # 23 en la parte más apical del cuello anatómico, procurando llevarlo hasta la bifurcación radicular, los movimientos del fórceps son los siguientes: el primero hacia lingual, el segundo hacia vestibular, los siguientes movimientos son repetición de los anteriores, cada vez más forzados hasta lograr la movilidad completa del diente y ejecutar el último movimiento hacia arriba, en dirección con la posición original del diente.



Fórceps # 23, universal, con pico de cuerno; se usa para primeros y segundos molares inferiores, también llamado cuerno de vaca y utilizado cuando las coronas están totalmente destruídas.

El fórceps # 222 es universal para los terceros molares inferiores izquierdos y derechos, sus mangos son rectos y sus bocados acanalados y rombos, o sea sin muesca ni surcos, para que no haya problema al hacer presión a nivel del cuello del molar, ya que como se recordará el tercer molar es una pieza anómala o sea que puede presentar una o cinco raíces y si sus bocados presentan muescas o picos, será muy fácil producir cualquier tipo de fractura a nivel radicular y a causa de la forma y posición de sus bocados, el segundo molar nos va a estorbar, además son lo suficientemente largos como para extraer terceros molares en mala posición, siempre y cuando no estén impactados o semi impactados. Los bocados convergentes son agudos y retraen los tejidos suavemente, el espacio entre los picos dejan ver claramente el campo de operación, la forma recta de este fórceps tiene como ventaja que el paciente abra la boca por la fuerza. Cuando no se encuentra incluidos y está en posición vertical, se utiliza el fórceps 222, el cual es colocado correctamente en el cuello anatómico del diente; los movimientos por regla general son semejantes a los que se indican en el primer y segundo molar, pero puede variar de acuerdo con la cantidad y dirección de las raíces, habiendo necesidad en muchos casos de efectuar movimientos hacia distal, ya que la curvatura de las raíces, en su gran mayoría de casos de estos molares, es distal y con éste movimiento se logra seguir su dirección. Ocasionalmente se puede utilizar un ele

vador colocado en la parte mesial del cuello del molar, apoyado en el interdentario, desplazando el diente hacia distal.



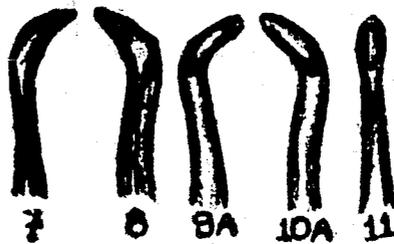
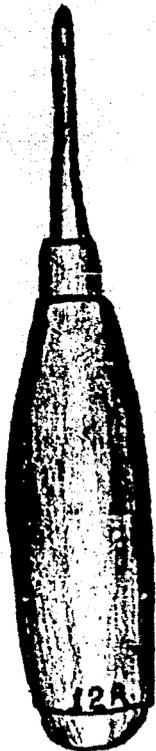
Fórceps número 222 utilizado para terceros molares inferiores derechos e izquierdos se caracteriza por sus bocados -- que son más cortos en comparación con otros fórceps.

ELEVADORES Y SU TECNICA DE EXTRACCION

Los elevadores son instrumentos que se utilizan para la luxación de dientes y raíces.

En el comercio existe una enorme variedad de elevadores, esta clase de instrumental consta de hoja, tallo y mango. La hoja tiene una punta o borde que puede ser agudo o

redondo, filoso o rombo, la cara que se coloca sobre el diente a extraer es plana o cóncava la opuesta es convexa. El tallo une la hoja con el mango, las hojas están dispuestas siguiendo el eje longitudinal del tallo o anguladas, -- contra anguladas y en bayoneta. El mango puede ser la continuación del tallo de acuerdo con los modelos Dev Dent, presentándose transversalmente como las hojas del tipo Winters; además existen instrumentos que solo difieren del gancho, - grosor y tamaño de la hoja.



El uso de los elevadores es un recurso que puede salvar muchas situaciones, tales como dientes con coronas destruidas más lejos del cuello del diente o por extracción de ápices radiculares (no se mencionan otros procedimientos) - por corresponder a otros procedimientos de la extracción dentaria como por ejemplo la extracción por colgajo o las inclusiones dentarias.

En relación con la gran variedad de elevadores y siendo éste una palanca muy poderosa, cuyo único fin es deluxar los dientes en relación al hueso alveolar y nunca romper este hueso, los elevadores angulados tipo de Criyer, están contraindicados cuando se sigue una técnica depurada.

Los únicos elevadores que se consideran aceptables, son básicamente los de hoja recta, acanalada y relativamente ancha como los de los números 34 ó 34S. Para la extracción de ápices, los de punta fina en juego de tres: recto, angulado a la derecha y angulado a la izquierda tipo Heidbrink.

Principios físicos en el uso de los elevadores. Se emplean principalmente dos tipos de fuerzas para levantar un objeto con ayuda de un punto de apoyo, dependiendo de la localización de éste, en relación del objeto que se va a levantar, la fuerza puede ser en un sentido o en otro para

elevant el objeto, lo cual corresponde a los principios físicos de la palanca del primer género o de segundo género, debe tenerse muy en cuenta el hecho de que la relación del brazo de palanca influye gradualmente en la fuerza que se descarga en el brazo de resistencia, multiplicándose ésta en cuanto sea más grande en la desproporción entre ambos, por ejemplo: si el brazo de potencia (en una palanca de primer grado) es de dos tercios de largo total y el brazo de resistencia es de un tercio, una fuerza de diez quilogramos, aplicada en la punta del brazo de potencia producirá una fuerza de treinta quilogramos en el extremo del brazo de resistencia. Es el principio del plano inclinado, por esta regla general se emplean estas dos fuerzas combinadas.

Basado en estos principios físicos, se tratará de evitar el emplear elevador como palanca en sentido longitudinal y es preferible el movimiento de rotación, ya que la relación del brazo de palanca que correspondería a grosor del puño en relación al ancho de la hoja que sería el brazo de resistencia; es suficiente y controlable. Por esta razón no son aceptables y están prácticamente en desuso los elevadores con puño transversal (de Winter).

Las reglas siguientes deben observarse en el uso de elevadores. Nunca se usa un diente vecino de apoyo, excepto cuando vaya a ser extraído inmediatamente, nunca se use

la tabla bucal en la línea gingival como apoyo, excepto cuando se ha realizado odontectomía o en las áreas de los terceros molares, nunca se use la tabla lingual en la línea gingival como apoyo, manténgase siempre el dedo índice a lo largo de la hoja del elevador y cerca de su punta, para proteger al paciente en caso de que se resbale el elevador, téngase siempre la certeza de que las fuerzas descargadas por el elevador controladas y de que la punta del elevador ejerza presión en la dirección correcta.

Los elevadores deben siempre de usarse con la mayor precaución, considerando los riesgos siguientes: de dañar o aún extraer los dientes vecinos, fracturar el maxilar o la mandíbula, fracturar el proceso alveolar, introducir la punta del instrumento en los tejidos blandos con la posibilidad de perforación de vasos y nervios, penetrar en el antro maxilar o introducir una raíz o un tercer molar en el antro, forzar un ápice de un molar en el canal mandibular o a través de la cortical lingual de la mandíbula y en el espacio sublingual.

Para extraer raíces o dientes uniradiculares que no pueden sujetarse con el fórceps debido a una destrucción completa de la corona se utilizará un elevador recto de hoja preferiblemente acanalada (# 34 ó # 304), siempre se sujetará envolviendo con toda la mano el puño y con el dedo

índice sobre la hoja hasta cerca de la punta para controlar lo y evitar un desplazamiento involuntario que produzca lesiones en partes vecinas; la hoja se introduce en diversos puntos con ligeros movimientos de rotación, precisamente entre la raíz y el hueso alveolar, logrando la movilización del diente y llevando la hoja del elevador cada vez más profundamente en el alveolo hasta lograr la extracción.

En caso de ápices que quedan alojados en el alvéolo - generalmente por fractura se utilizan los elevadores de raíces tipo Herdbrink y se lleva en forma semejante a la indicada para que la punta del elevador se coloque entre el diente y el alveolo; los movimientos se efectuarán en sentido rotatorio y ligeramente en forma de palanca hasta lograr la luxación y desalojamiento de ápice. Si en alguno de estos casos no es posible introducir la punta del elevador entre el diente y el alveolo se puede utilizar una fresa alrededor del ápice para que pueda iniciarse esta introducción.

En caso de destrucción coronaria en dientes con más de una raíz, siendo los más frecuentes los primeros molares superiores e inferiores, antes de aplicar el elevador se puede obtener previamente la separación de las raíces, para lo cual se emplea una fresa de baja velocidad (preferiblemente irrigada). Nuestra práctica nos ha demostrado que la

fresa # 560 ó # 559, son las más indicadas. La separación de raíces en molares superiores se logra haciendo un primer corte a la mitad del cuello del diente en sentido radicular, de dirección anteroposterior con lo cual se separa la raíz palatina de la vestibular, se introduce en el corte hecho - un elevador recto y mediante rotación se completa la separación, continuando este movimiento en el contorno palatino, - se logra la extracción de esta raíz; en seguida se efectuará un segundo corte que partiendo del primero y de la mitad del diente, se dirige perpendicularmente hacia vestibular - separando las raíces vestibulares se procede, a semejanza - de lo indicado en molares superiores, pudiendo utilizarse - como punto de apoyo una raíz para luxar la otra y se completa la extracción.

El empleo de sutura después de extracciones simples no siempre es necesario, aún cuando su uso tampoco está contraindicado. Se considera de gran utilidad cuando existe sangrado abundante y en extracciones que han desplazado ampliamente los bordes de la mucosa, se utiliza seda calibre 3 ceros o 2 ceros iniciando los puntos por vestibular, siguiendo después por palatino o lingual; pueden emplearse puntos aislados, en forma de U o cruzados, tomando siempre en los bordes de la mucosa una amplitud considerable para evitar desgarre, estas suturas se retiran en un lapso de 5 a 7 días.

E. EXTRACCION DE DIENTES CON ANOMALIAS DE DIRECCION

La exodoncia puede estar indicada en dientes que pre-sentan, anomalías de dirección, también por razones estéti-cas, protesis y ortodoncicas.

Los dientes que poseen anomalías de dirección (ante-roversión, retroversión, lateroversión o giroversión) pre-sentan por este hecho una relación con los dientes vecinos, que es distinta de los normalmente implantados, sus alveó-los guardan con las tablas óseas y con los órganos vecinos-una disposición diferente.

La arquitectura del hueso es también distinta y las-facilidades de acceso han variado la técnica para la extrac-ción de estos dientes. Se sujeta, por lo tanto a este con-junto de variaciones del diente en dirección anormal y está en directa relación con ellas.

Tampoco para los dientes con anomalías de dirección, se pueden dar otras reglas fijas para su extracción ya que-se buscaría la vía de menor resistencia, cumpliendo con la-ley del menor traumatismo.

DIENTES EN ANTEROVERSION O VESTIBULOVERSION

Es importante el examen previo, clínico y radiográz

fico más cuando el diente presenta destrucción coronaria y para saber de una posible malformación de su raíz, aquí se impone el método de la extracción por colgajo. La extracción propiamente dicha puede efectuarse aplicando un elevador recto en la cara palatina, para los dientes del maxilar superior. La tabla externa está disminuída en su espesor y la luxación del diente hacia este sitio ofrece menor resistencia.

Los dientes del maxilar inferior pueden extraerse después de preparado el colgajo y efectuada la osteotomía, aplicando un elevador recto a nivel de las caras mesial y distal que resulte más accesibles.

Si el diente no presenta anomalías radiculares y es útil para la aplicación de la fuerza a nivel del cuello dentario, la extracción puede realizarse con pinzas de mordientes de desigual ancho, el mordiente más angosto se coloca en la cara lingual, para permitir el pasaje de instrumentos por el estrecho espacio que dejan los dientes contiguos.

El tercer molar superior se presenta muy frecuentemente en vestibuloversión, en tal caso su corona está dirigida contra el carrillo, al cual traumatiza y ulcera, y a causa de estas lesiones está indicada la exodoncia, cuando se presenta así desviado y tiene su corona completamente erupcionada, puede ser extraído, previa luxación con elevador o

por medio de pinzas para extracción, se toma el molar inclinado la pinza de acuerdo con la dirección del molar, la luxación se obtiene imprimiendo al diente pequeños movimientos de rotación y otro movimiento final de luxación hacia arriba y afuera.

DIENTES CON ROTACION O EN LINGUOVERSION

Estos dientes poseen una tabla externa, cuyo espesor está relacionado con el grado de desviación. Generalmente es espesa, en cambio la tabla lingual o palatina es delgada. La extracción del diente exige las mismas consideraciones que las expuestas en el caso anterior, pueden ser tomadas con pinzas de mordiente desiguales; la luxación se efectúa hacia la cara palatina o hacia lingual.

El método de la extracción con colgajo exige el sacrificio de una gran porción ósea de la tabla externa. Cuando la desviación hacia el lado palatino es muy exagerada, han de ser abordados por la vía palatina debiendo hacer un colgajo a este nivel. La osteotomía puede realizarse con fresas de fisura # 568 o con escoplos (a presión manual o martillo) y deben ser luxados hacia el lado palatino colocando un elevador en la cara vestibular del diente.

Para no traumatizar el tejido gingival es convenient-

te preparar un pequeño colgajo en dos incisiones en las len guetas gingivales (3 6 4) y el desplazamiento de la encía - a nivel del cuello del diente por extraerse. Una sutura a nivel del borde libre es suficiente para adherir ambos colgajos u obturar el alveolo, estas normas pueden aplicarse - a otros distintos dientes y a las variantes que pueda pre - sentar la linguoversión.

DIENTES EN LATEROVERSION (Mesio o distoversión), estas anomalías de dirección son frecuentes para la exodoncia de estos dientes, hay que considerar el grado de desviación que presentan para la correcta aplicación de las pinzas de extracciones el eje de cuyos mordientes debe seguir el eje del diente a extraer.

Los movimientos de luxación están también condiciona dos por la anomalía de dirección.

Dientes con biroversión. Para la extracción de los dientes con esta anomalía, como para la extracción de los - que presentan las anomalías más arriba consideradas, la di - ferencia consiste en el difícil acceso al cuello dentario pa - ra la aprehensión por medio de la pinza, puede ser subsana - da, este inconveniente tomando al diente por sus caras me - sial y distal, en lugar de la aprehensión bucolingual, los - movimientos de luxación deben ser dirigidos en el sentido -

de la menor resistencia. La rotación está aconsejada en raices cónicas y rectas.

Cuando además de estas anomalías el diente presenta alteraciones en la dirección y forma de la raíz, descubiertas por el examen radiográfico, se impondrá la extracción con alveolectomía.

F. CONDUCTA A SEGUIR DESPUES DE LA EXTRACCION

La conducta a seguir después de la extracción dentaria depende de múltiples factores, entre los cuales deben citarse el estado del enfermo.

Terminando el acto quirúrgico de una extracción dentaria normal (paciente normal, diente sin complicaciones apicales, ausencia de lesiones de las partes vecinas), el paciente mantiene su boca abierta y se impide por los procedimientos habituales (gasas que aislan el campo operatorio, eyector de saliva, aspirador de sangre) que la saliva penetre en el alveolo para impedir moje la herida.

Se revisa en seguida la pieza dental extraída, para investigar de su porción radicular, se estudia la cavidad alveolar, las paredes óseas, con el objeto de comprobar -- fracturas de las tablas; se inspeccionan las paredes blan-

das, las cuales pueden estar lesionadas o desgarradas. Todo en orden, procedemos a realizar una práctica que para no sotros es de óptimos resultados.

Los bordes gingivales que cubren el alveolo deben aproximarse todo lo que sea posible para proteger así el alveolo y permitir la organización del coágulo.

Si existen esquirlas, secuestros, bordes filosos, -
puntas emergentes, que traumatizan la encía y causan inflamaciones y dolores postoperatorias, tales como escollos --
óseos deben ser eliminados con una pinza gubia, antes de -
proceder a la sutura.

Tratándose de alveolos intensamente traumatizados en el acto operatorio, estos necesitan una cura calmante con -
medicamentos especiales (medicamentos indicados para el tra-
tamiento de la alveolitis).

Las hemorragias postextracción también indican una -
conducta particular: Taponamiento del alveolo con substan-
cias estípticas o coagulantes.

En la clínica la conducta a seguir después de la ex-
tracción dentaria son las siguientes:

Revisar que la pieza dentaria extraída esté comple -
ta, en comparación con la radiografía.

Explorar que en la cavidad donde se localiza la pieza dentaria no quede esquirlas y que se encuentre el alveolo perfectamente limpio.

En caso de que el alveolo se presente seco, se ob -
serva poco sangrado, se raspa para provocar sangrado.

Se procede a tratar de cerrar lo más posible el al -
veolo y el espacio de la pieza extraída y se logra que el -
sangrado salga y forme el coágulo.

En caso de no haber sangrado se procede a colocar un apósito que será al que ocupe el lugar del coágulo para así impedir que se introduzca en la herida, gérmenes y alimen -
tos que traerían como consecuencia la infección. Esto es -
lo que se debe evitar ya que sólo sucede por la falta de -
responsabilidad del cirujano dentista.

Por último se le debe señalar al paciente las indica
ciones necesarias para evitar cualquier complicación, en ca
so de ser necesario recetar analgésico, antibiótico, anti -
inflamatorio o sedante, de acuerdo a la sensibilidad del pa
ciente y a la gravedad del caso en particular.

VI ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA, COMPLICACIONES TRATAMIENTO Y PRIMEROS AUXILIOS EN CLINICA O EN EL CONSULTORIO

Los accidentes originados por la extracción dentaria son varios, dentro de los que se encuentran: Fracturas dentarias, fracturas alveolares, lesiones en los tejidos blandos, comunicación buco-anal, luxación mandibular, hemorragias, hematomas y alveolitis.

La fractura dental es el accidente más frecuente en la exodoncia, cuando se efectúan las extracciones dentales en el momento de la luxación, la corona o la raíz se fracturan, quedando dentro del alveolo la porción radicular.

Las causas que provocan este accidente son múltiples, como la falta de estudio radiográfico del órgano, las cavidades cariosas que debilitan la corona.

La fractura o luxación de los dientes vecinos, la presión que ejerce con el instrumento en el momento de la luxación, puede ser transmitido a los dientes vecinos provocando la fractura de su corona o la luxación de dicho diente.

Las fracturas óseas que son desde las más sencillas hasta las más complicadas, las fracturas alveolares las cuales son frecuentes sin presentar mayor importancia y son provocadas por aplicar una fuerza mayor que su límite de elasticidad y en ocasiones se elimina un fragmento óseo junto con el diente.

La fractura de la tuberosidad del maxilar en extracciones de terceros molares superiores es frecuente por el mal uso del elevador aplicado con fuerza excesiva, la tuberosidad maxilar o parte de ella pueden desprenderse acompañando al molar.

La fractura de la mandíbula se presenta en rara ocasión y a nivel del ángulo mandibular donde se localiza el tercer molar y es ocasionada por la fuerza exagerada que se aplica al extraer el tercer molar. La disminución de la resistencia ósea debido al gran alveolo del molar, actúa como una causa predisponente para la fractura.

Lesiones del seno maxilar. La perforación del seno durante la extracción de los molares y premolares superiores pueden ocasionar la comunicación buco-anal y pueden ser de dos causas; por proximidad de la raíz al seno o por mala técnica operatoria. En la primera cuando la raíz se encuentra dentro del seno en el momento de hacer la extracción se establece la comunicación. En el segundo caso al estar efectuando la extracción con el elevador o cucharilla se efectúa la comunicación de la mucosa antral.

La penetración de un resto radicular al seno es frecuente por maniobras de la extracción se proyecta hacia el seno, presentándose distintos casos: Que la raíz penetre en el antro desgarrando la mucosa sinusal y se sitúe en el piso de la cavidad, o que el resto radicular se aloje entre la mucosa del seno y el piso óseo, quedando por lo tanto cubierta por la mucosa.

La luxación mandibular es un accidente raro que se produce al efectuar extracciones de terceros molares inferiores y en operaciones largas y traumáticas cuando no existe un apoyo para la mandíbula, puede ser unilateral o bilateral, cuando se ha luxado la mandíbula puede hacerse la reducción y continúa con la operación, previendo que el accidente pueda ocurrir nuevamente.

Lesiones de los tejidos blancos son frecuentes y se lesionan tejidos gingivales, carrillos, labios, lengua; -- son accidentes frecuentes ocasionados por emplear malas técnicas o brusquedad del cirujano en las extracciones laboriosas y fatigantes, en las que la mucosa gingival termina desgarrada y maltratada. En los labios se provocan escoraciones y heridas por los elevadores y pinzas que maltratan los labios.

Lesión en los troncos nerviosos, principalmente del dentario inferior en el que provoca sección, aplastamiento o desgarre del nervio, los cuales se presentan cuando se hace una extracción traumática en la que se ha fracturado el tercio apical y al tratar de extraerlo se lesionan los -- troncos nerviosos así como en la intervención de terceros molares inferiores incluido, estas lesiones se traducen en neuritis, neuralgias o anestesia labial.

La hemorragia se considera como accidente postextracción puede ser inmediata o mediata. Las inmediatas son: la falta de la coagulación de la sangre, se debe a razones generales o causas locales, cuando existen lesiones gingivales en la zona de la extracción como granulomas, parodontitis, heridas y desgarres de la encía o esquirlas óseas localizadas en la periferia del alveolo provocando hemorragia en capa.

V. METODOS DE INSTRUMENTAL PARA LA EXODONCIA

A. PREOPERATORIO: posición del paciente, operador.

Para realizar una operación cualquiera en el orga -
nismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere de -
una preparación previa, es decir, ponerlo en las mejores --
condiciones para soportar con éxito una intervención.

Esta preparación previa es la apreciación del esta -
do de salud de una persona en víspera de operarse, con el -
fin de establecer si la operación puede ser realizada sin -
peligro, en caso contrario, adoptar las medidas necesarias -
para que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Estas medidas preoperatorias pueden clasificarse en
generales, que son las que se refieren al organismo total y
locales las que realizan en el campo operatorio antes de -
nuestra intervención. En las medidas generales son dos las

En ocasiones es un grueso vaso el que sangra en la parte interna del alveolo, las hemorragias se deben tratar por medio de taponamiento, sutura o placas obturadoras del alveolo.

Los hematomas son accidentes frecuentes con mayor o menos grado, se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color en la piel vecina el cual dura varios días y termina más o menos el octavo día.

El hematoma cuando se reabsorbe puede provocar infección.

La alveolitis es una complicación frecuente después de la extracción, es la más molesta y dolorosa, se produce por diversos factores, se presenta el alveolo abierto sin coágulo, paredes óseas expuestas, dolorosas, tejidos gingival poco infiltrado que es muy doloroso en los bordes.

Las causas más comunes que favorecen la alveolitis son: Anestesia local en sobre dosis por el vaso constrictor que contiene.

El estado general del paciente débil o con trastornos metabólicos.

Los factores traumáticos, la presión que ejerce so - bre las paredes alveolares con el instrumental y el sobre - calentamiento del tejido óseo que se provoca con las fresas.

Los factores bacterianos por la combinación del ins - strumental en el momento de la extracción; existen múlti - - ples tratamientos que son a base de curaciones locales con - lavados y sedantes.

Complicaciones durante la extracción dentaria, trata - miento y primeros auxilios.

La emergencia es un procedimiento que pone en peli - gro la vida y que requiere tratamiento inmediato.

Las emergencias se provocan por falta de conocimien - tos médicos paciente o falta de conocimiento psicológico an - te un paciente no se debe manifestar inseguridad en caso de emergencia no pensar en voz alta y hablar con seguridad.

Padecimientos cardiovasculares que deben considerar - el odontólogo: Cardiopatías arteroescleróticas o coronarias, hipertensión arterial sistémica, cardiopatías reumáticas; - activa, inactiva, con valvulopatías, cor pulmonale crónico, - cardiopatías congénitas.

Las sustancias que potencian la acción de la adrenalina son: rauwolfia y derivados, guanatidina, agentes bloqueadores ganglionares, e inhibidores de la M.A.O.

Las dosis máximas terapéuticas de adrenalina. 0.2 mg., adrenalina es igual a diez cartuchos de anestesia dental.

El equipo que debe tenerse para una urgencia es:

1. Mascarilla de oxígeno y tanque con una bolsa para aplicar presión positiva.
2. Vías aéreas bucales, faringeadas o vía aérea nasal para mantener la vía aérea libre.
3. Esfigmomanómetro para la vigilancia sistémica de los signos vitales.
4. Agujas para inyecciones intravenosas y equipos para aplicar soluciones intravenosas.
5. Una cánula de caucho, abatelenguas.

Crisis cardiopulmonares en el consultorio dental. -- Anguina de pecho, oclusión coronaria, paro cardiocirculatorio, insuficiencia cardíaca, crisis hipertensiva, hipertensión arterial o estado de choque, síncope de origen cardiovascular.

DROGAS DE URGENCIA

Valium 5-10 mg.; adm: sublingual, intramuscular o intravenosa; indicaciones: histeria, convulsiones.

Solu medrol 40 mg.; adm: intramuscular, intravenosa o sublingual; indicaciones: choque profundo, sensibilidad aguda, anafilaxia, crisis suprarrenal, choque que no reaccione a los métodos habituales.

Sulfato de norfina 10 mg.; adm: intramuscular, intravenosa, o sublingual; indicaciones: dolor grave de infarto al miocardio.

Benadryl 50 mg.; adm.: intramuscular, venosa y sublingual; indicaciones: antihistaminicos, reacciones alérgicas.

Efedrina 15-25 mg.; adm: intramuscular, intravenosa y sublingual; indicaciones: hipotensión (presión arterial) menos de 80/60 asociado con choque primario.

Adrenalina (solución de uno a mil mg. en niños; 0.1 a 0.3 mg. adultos; adm: en niños y adultos es subcutánea); indicaciones: asma aguda, broncospasmo, reacción alérgica.

Aminofilina de 200 a 300 mg.; adm: intravenosa e intramuscular se debe de administrar muy lentamente y observar la presión arterial; indicaciones: asma, broncospasmo.

Nitrogliserina 0.5 mg.; adm: sublingual, la cual está indicada es aplicada en angina de pecho.

Espiritus aromáticos amoniados; adm: por inhalación; indicaciones: estimulante para síncope respiratorio.

MANEJO DEL ESTADO DEL SHOCK

En el año de 1743 fue usado por primera vez la palabra a shock; y en el transcurso de la investigación científica ha sido difícil aclarar su fisiopatología para establecer un manejo terapéutico satisfactorio. Al correr de los años se ha hecho muchos intentos por definir adecuadamente al shock; las primeras definiciones fueron puramente descriptivas, como la emitida por Gross en 1872 que lo definió como una manifestación del rudo desequilibrio de la vida. Actualmente la evolución del clínico experimentado aporta impresiones importantes y define al shock como un síndrome con alteración en el transporte o entrega periférica del oxígeno y no como una insuficiente irrigación tisular.

Respecto a los factores etiológicos es útil la clasificación de los doctores Weil y Shobin que desde 1959, lo dividieron en los siguientes tipos:

Tipo	Causa
1. Hipovolémico Hemorragia, deshidratación
2. Cardíaco Infarto al miocardio, - disrritmia cardíaca severa
3. Tóxico Toxinas, bacterias
4. Hipersensibilidad Anafilaxia, reacción medicamentosa
5. Neurogénico Parálisis vasomotora, - bloqueo ganglionar
6. Obstrucción circulatoria Embolia pulmonar, aneurisma
7. Endócrino Suprarrenales, tiroides hipófisis.

En la actualidad se aceptan dos tipos de fisiopatologías.

Shock Hiperdinámico o de gasto cardíaco. Incluyen al cardiogénico y la hipovolémico el cual se caracteriza por:

Disminución del gasto cardiaco

Aumento de las resistencias periféricas

Disminución del transporte efectivo de oxígeno

El diagnóstico del shock es muy fácil cuando éste se presenta en toda su plenitud. El shock es un fenómeno eminentemente emotivo y esa propiedad exige una investigación de su estado hemodinámico; los requisitos básicos para un buen diagnóstico con Precocidad y Precisión, puesto que tienen en la terapéutica del shock su mayor aplicación.

Desde el primer contacto con el paciente en shock independientemente de su etiología o del tipo hemodinámico, - la terapéutica debe ser: Indicada en forma inmediata dando preferencia a la reposición volémica.

- a) Debe hacerse una punción venosa inmediatamente con - cateter de grueso calibre, aprovechar la punción para extraer sangre para análisis generales: grupo - sanguíneo y R.H. hematocrito, hemoglobina, hemocultivo y antibiograma.
- b) Iniciar inmediatamente la terapéutica dirigida a la - reposición volémica con soluciones salinas.
- c) Realizar el diagnóstico clínico, etiológico y hemodinámico en cuanto se tengan los resultados de los análisis iniciales.

LIPOTIMIA: Síncope; la etiología de este accidente es compleja; en algunas ocasiones el accidente es neurogénico, siendo el miedo la causa originaria. La adrenalina - de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante, entre o no en juego la patología cardiaca del paciente, un accidente frecuente; durante la aplicación de la anestesia o algunos minutos después, el paciente traza el cuadro clínico siguiente: palidez, taquicardia, sudores fríos, nariz afilada, respiración ansiosa. De este estado el paciente puede recuperarse en pocos minutos o entrar en un cuadro más serio, felizmente poco común, el síncope. En el pulso se hace filiforme imperceptible, la respiración angustiosa o entrecortada. El fenómeno puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestesia local, pero es más común en el curso de la troncular. La inyección del líquido anestésico en un vaso sanguíneo hace más importante la gravedad del cuadro.

Tratamiento de la lipotimia. Podemos considerar dos tipos de tratamiento. El que llamaremos preventivo y el del accidente.

Concepto. Debemos pensar que con cualquier paciente puede originarse la lipotimia o el síncope, debiendo tomar en cada caso las medidas de precaución necesarias para el accidente: Sentar comodamente al paciente, aflojando sus -

prendas, para favorecer la circulación; comprobar que la -
aguja no ha entrado en un vaso; inyectar lentamente (sobre
todo en las tronculares) siguiendo estas normas, se evita-
rán muchos disgustos por lo general no conocemos el estado
del aparato circulatorio de nuestros pacientes; a muchos-
de ellos los vemos por primera vez en el acto quirúrgico.

PARO CARDIACO. En el momento que se presente esta-
emergencia tenemos sólo 5 minutos para sacar al paciente, -
ya que las neuronas si permanecen sin oxígeno más de 5 mi-
nutos, estas mueren.

Sintomatología; falta de respuesta del pulso y res-
puesta de dilatación pupilar, piel azul o gris, mucosa fría,
palidez, sudoración, cianosis, inconciencia profunda.

Tratamiento: posición horizontal, recostado en una
superficie dura y aplicarle un masaje en la apofisis gin -
foides (que se localiza en el 5 espacio intercostal), se -
realiza este masaje 60 veces por minuto, se aplica respira-
ción artificial 15 a 20 por minuto intercalado con el masa-
je.

Y mientras más tiempo pasa, más difícil es sacarlo,
porque hay mucha acidez, en este caso se aplican solucio -
nes salinas para contrarrestar la acidez, también se apli-

ca adrenalina por vía cardiaca que se localiza en el 4 y 5-espacio intercostal.

Se administran de 1 a 3 ml. al 1 por 1000 de ioracoramina, si se recupera debe estar bajo inspección médica, se debe hospitalizar, porque puede repetirse el paro o fibrilación.

GASTO CARDIACO. Es la cantidad que impulsa de sangre el corazón por minuto (15 latidos ó 20).

El gasto cardiaco está en función de:

Frecuencia cardiaca, viscosidad sanguinea; Frecuencia respiratoria, peso. Los ruidos cardiacos. Es el golpe teo de llegada de la sangre a las válvulas.

El primer ruido cardiaco es el paso y abertura de las válvulas tricúspides y mitral y paso de la sangre y cierre de las válvulas.

El segundo ruido cardiaco es dado por la abertura de las válvulas sigmoideas por cierre de las mismas.

ADIMAMIA. Soplos (por falta de cierre de las válvulas), sus síntomas son: Taquicardia, cefaleas, atralgias,-

mialgias, tepequias a nivel oral generalizadas, anemias hipertensión, disneas por fiebre reumática cuyas características en el paciente son los dedos en forma de palillo de tabaco.

Tratamiento. Penicilina, streptomina, durante 3 - meses mínimo, en la crónica se da durante toda la vida.

ANGINA DE PECHO. Es la isquemia del tejido cardiaco por arteroesclerosis, por un trombo o por espasmos coronarios; Es una falta de irrigación sanguínea al corazón, caracterizada por un dolor paroxístico de no más de 3 minutos seguido normalmente de un ejercicio o de los alimentos.

Tratamiento. Administración de nitroglicerina por vía sublingual (vaso dilator), dar reposo en las crisis y ejercicio graduado.

INFARTO DEL MIOCARDIO. Son problemas de arteroesclerosis y trombos.

La necrosis del tejido cardiaco se caracteriza por dolor de 5 a 30 mm., Taquicardia, tabaquismo, sedentarios, disneas, sudoración, piel fría, postración cianosis.

Tratamiento. Reposo, anticoagulantes (por fluidez -

sanguinea y ejercicio graduado).

En el consultorio. Se administrará en el caso que sea necesario anestésico sin vaso constrictor, no realizar extracciones por los anticoagulantes y combatir el stress.

HIPERTENSION. La normal es 70/120 mmltg. desde luego interviene la edad, sexo y actividad.

Tensión arterial sistólica es cuando está arriba de 9 mmltg. durante una semana en estado de reposo.

Las personas mayores de 70 años son pacientes hipertensos fisiológicamente.

CAUSAS DE STRESS. Cansancio, agotamiento, predisposición, obesidad hereditaria, enfermedades renales, lesiones cardiacas.

Sintomatología. Cefaleas, cansancio, palidez, palpitación, disneas. Toda persona hipertensa tiene pulso en las venas, zumbidos de oídos, vértigos, vasodilatación de las arterias oculares, luces intermitentes (se ven), ruidos cardiacos alterados, epistaxis (hemorragia nasal).

Tratamiento. Descanso, alimentación por vegetales y

carne; Odontológicamente anestesia sin vaso constrictor; -
sueño suficiente, ejercicio progresivo, dieta hiposodica, no
usar sedantes en exodoncia por el sangrado que es mayor que
el normal.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLINICA DE EXODONCIA

95

NOMBRE Sr. Alfonso Correa **EDAD** 34 años **ESTADO** Casado

OCUPACION Oficial del ejército **LUGAR DE NACIMIENTO** México, D.F.

Examen bucal Caries de cuarto grado en el primer molar sup.

Diagnóstico Afección pulpar y enfermedad parodontal

Tratamiento Extracción de la pieza careada

Estudio de aparatos y sistemas:

Aparato cardio-vascular S.D.P.

Renal S.D.P.

Sistema nervioso S.D.P.

Aparato digestivo S.D.P.

Aparato respiratorio S.D.P.

Estados fisiológicos en la mujer

Menstruación	Embarazo	Lactancia	Menopausia
---------------------	-----------------	------------------	-------------------

Propensión Hemorrágica NORMAL

Pruebas de Laboratorio NO SE REALIZARON

Estudio Radiológico LESION PARODONTAL LEVE

Estado general SATISFACTORIO

Indicada la extracción dentaria? SI

Analgesia indicada CARBOCAINA

Técnica empleada PUNTOS LOCALES POR VESTIBULAR Y PALATINO

Prescripciones operatorias

Complicaciones

Examinado por el alumno **Profesor**

**EXODON-
CIA**

Durante el reporte que se realizó antes de someterlo al tratamiento de la extracción, el paciente relató la experiencia negativa que había tenido a los 12 años, cuando se presentó al dentista para que se efectuara la extracción de una pieza dentaria y esta se realizó sin haber hecho plenamente efecto el anestésico, el paciente recuerda con gran temor el instrumental empleado durante esa intervención, por lo cual el paciente presentó un estado de angustia ante los simples preparativos del instrumental para efectuar la extracción, debido a ello mediante el reporte llevamos al paciente a un estado de tranquilidad absoluta y después a un relajamiento total para lograr las mejores condiciones, para iniciar un estado hipnótico, el paciente colaboró con nosotros y se pudo llegar a él, una vez logrado procedimos a infiltrar nuestro anestésico y hacer la extracción y antes de dar por terminado el tratamiento, y después de la extracción se le hacen sugerencias para prepararlo para futuras intervenciones y borrar su experiencia previa.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 CLINICA DE EXODONCIA

97

NOMBRE MIRIAM COVARRUBIAS EDAD 23 años ESTADO SOLTERA

OCUPACION ESTUDIANTE LUGAR DE NACIMIENTO MEXICO, D.F.

Examen bucal CARIES EN VARIAS PIEZAS DENTARIAS

Diagnóstico TRATAMIENTO DE LAS PIEZAS Y OBTURACION DE LAS MISMAS

Tratamiento OPTURACION CON AMALGAMAS

EXODON-
CIA

Estudio de aparatos y sistemas:

Aparato cardio-vascular S.D.P.

Renal S.D.P.

Sistema nervioso S.D.P.

Aparato digestivo S.D.P.

Aparato respiratorio S.D.P.

Estados fisiológicos en la mujer

Menstruación Embarazo Lactancia Menopausia

Propensión Hemorrágica NORMAL

Pruebas de Laboratorio NO SE REALIZARON

Estudio Radiológico RETRACCION PULPAR

Estado general NORMAL SATISFACTORIO

Indicada la extracción dentaria? NO

Analgesia indicada CARBOCAINA

Técnica empleada

Prescripciones operatorias

Complicaciones

Examinado por el alumno Profesor

En este caso la paciente con sólo oír el ruido de la turbina estando en la sala de espera, presentaba un estado de angustia reflejada en una excesiva suroración, ansiedad, intranquilidad, etc. Debemos hacer notar que esto se presentaba aún sin haber hecho ninguna intervención en la boca, cuando nos relató que ésto se debía a una experiencia que había tenido en su niñez, cuando asistió al dentista en una ocasión, establecimos una relación médico enfermo positiva con la paciente y pensamos que se necesitan varias citas para hacer desaparecer esta angustia en la paciente.

En una nueva cita, platicamos ampliamente con ella y se estableció un reporte muy favorable, por lo que decidimos empezar a trabajar con la paciente, se le llevó a un clima de tranquilidad, tanto física como emocional, mediante ligeras sugerencias, su cooperación fue buena y logramos avanzar; se obtuvo un estado de tranquilidad en el cual, no percibía ningún ruido del exterior y le aseguramos que tampoco oíría el ruido de la turbina, si la hicieramos funcionar en el momento de estar trabajando en su boca.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 CLINICA DE EXODONCIA

99

NOMBRE	AURORA SALAMANCA	EDAD	14 años	ESTADO	Soltera
OCUPACION	ESTUDIANTE	LUGAR DE NACIMIENTO	MEXICO, D.F.		
Examen bucal	CARIES DENTAL DE DIFERENTES GRADOS				
Diagnóstico	EXTRACCION DE LAS PIEZAS CON CARIES PROFUNDA				
Tratamiento	EXTRACCION DE LOS MOLARES DESTRUIDOS				
Estudio de aparatos y sistemas:					
Aparato cardio-vascular	S.D.P.				
Renal	S.D.P.				
Sistema nervioso	S.D.P.				
Aparato digestivo	S.D.P.				
Aparato respiratorio	S.D.P.				
Estados fisiológicos en la mujer					
Menstruación	Embarazo	Lactancia	Menopausia		
Propensión Hemorrágica	NORMAL				
Pruebas de Laboratorio	NO SE REALIZARON				
Estudio Radiológico	CARIES Y DESTRUCCION CORONARIA				
Estado general	SATISFACTORIO				
Indicada la extracción dentaria?	SI				
Analgesia indicada	XILOCAINA				
Técnica empleada	REGIONAL INFERIOR				
Prescripciones operatorias					
Complicaciones					
Examinado por el alumno	Profesor				

EXODON-
CIA

En este caso clínico el paciente se presentó para - que se le fuera realizando el tratamiento de exodoncia, se procedió a realizar el interrogatorio por medio de la historia clínica de la facultad, durante el interrogatorio no se encontró ninguna clase de padecimientos que impidieran el - tratamiento de la extracción dentaria.

Al tratar de aplicar el bloqueo por infiltración, - presentó una luxación unilateral de mandíbula, pero tardó - en realizar la reducción aproximada 1/2 hora.

En las maniobras de reducción se logró controlar el problema. La técnica a realizar fue haciendo presión con - los dedos pulgares sobre las caras oclusales de los molares, a continuación se intentó bajar y proyectar hacia adelante - la mandíbula para que el cóndilo entrara a la cavidad glen - noidea.

Al paciente se le recomendó tomar analgésico y que - procurara no exagerar la apertura bucal.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

101

CLINICA DE EXODONCIA

NOMBRE ALEJANDRO LOPEZ EDAD 25 años ESTADO SOLTERO

Ocupacion Estudiante LUGAR DE NACIMIENTO Edo. de México

Examen bucal CARIES CUARTO GRADO Y DESTRUCCION CORONARIA DE 3 PIEZAS

Diagnóstico EXTRACCION

Tratamiento EXTRACCION DE LAS PIEZAS DESTRUIDAS

Estudio de aparatos y sistemas:

Aparato cardio-vascular S.D.P.

Renal S.D.P.

Sistema nervioso S.D.P.

Aparato digestivo S.D.P.

Aparato respiratorio S.D.P.

Estados fisiológicos en la mujer

Menstruación Embarazo Lactancia Menopausia

Propensión Hemorrágica NORMAL

Pruebas de Laboratorio NO SE REALIZARON

Estudio Radiológico PEQUEÑO ABSCESO A NIVEL DEL APICE

Estado general SATISFACTORIO

Indicada la extracción dentaria? SI

Analgésia indicada CARBOCAINA

Técnica empleada PUNTOS LOCALES

Prescripciones operatorias

Complicaciones

Examinado por el alumno Profesor

EXODON-
CIA

En este caso clínico se nos presenta la ocasión de tener suma precaución al estar haciendo el interrogatorio y tratar de saber lo más que se pueda ya que el paciente nos puede mentir para que se realice la extracción lo más pronto posible, este accidente sucedió en la clínica cuando el paciente se presentó para que se le fuera efectuada la extracción de unas piezas dentarias en mal estado, el paciente indicó al doctor que estaba en tratamiento de dieta a base de líquidos, pero el doctor no preguntó la cantidad de líquidos que tomaba diario y hacia cuanto tiempo había ingerido alimento o líquidos, se procedió a la preparación del instrumental y en el momento de la aplicación de algunas gotas de anestésico el paciente empezó a tener sudoración ffa, disminución del pulso, palidez, y desmayo, después de estos síntomas el paciente pasó a un estado que tenía los indicios de paro cardiaco y que se estaba continuando a paro respiratorio, en seguida se procedió a dar masaje en la región del corazón para bombear y se colocó al paciente en posición horizontal se aflojaron las ropas, se levantaron las piernas y se administró oxígeno, debido a estos auxilios el paciente se recuperó satisfactoriamente.

VIII

C O N C L U S I O N

La cirugía del tipo de la exodoncia, es un procedi -
miento que se define de la siguiente manera:

Es el desplazamiento de la unidad dental, de su esta -
do original hacia el exterior de la cavidad oral.

Haciendo incapié en que esta debe ser siempre con fi -
nes benéficos.

Analizando pues, que la exodoncia no debe de conside -
rarse como una terapéutica fatal ya que cuando se practica -
es con la finalidad de no acrecentar problemas mayores pos -
teriormente como ejemplo: Tenemos:

En terceros molares incluidos, en terceros molares -
sin antagonista, cuando los dientes temporales interfieren -
en la erupción correcta del diente permanente en mal posi -

ción dentaria, con fines ortodónticos que interfieren en el tratamiento, en presencia de afecciones parodontales de origen dental, cuando este no tiene ya tratamiento, operatorio o endodóntico y también como preventora de un posible apiñamiento de los dientes permanentes, mediante la extracción seriada.

En casos especiales para realizar una exodoncia tenemos que trabajar en equipo con médicos de otras especialidades como en el caso de diabéticos, hemofílicos, cardiopatas, etc.

Esto no quiere decir que desconozcamos el procedimiento a seguir sino que este tipo de pacientes necesitan una mayor concentración, ayuda y cuidados con el fin de obtener un transoperatorio y post-operatorio satisfactorio.

Nos podemos dar cuenta que la exodoncia no es tan fácil como parece. Ahora bien tenemos que tener cuidado e interés. En que a nuestro paciente se le trate con mínimo de molestias y psicología para realizar este tratamiento, así como explicarle la importancia de mantener íntegro y saludable nuestro aparato masticatorio y sus consecuencias fatales de no ser así; ya que de esto fomentaremos un mayor acercamiento al tratamiento dental.

IX

B I B L I O G R A F I A

1. Clínicas médicas de Norteamérica
Simposio sobre el dolor y su tratamiento clínico
Edición 1968
2. Imbriano A. F. Neurofisiología humana
Páginas 162, 167
Edición 1965
3. Mitdell C. Mc. Bryde: signos y síntomas
Páginas 66, 82
Edición 1964
4. Rof. Carballo J: cerebro interno y mundo emocional
Edición. Española 1952
5. Delay J: La psicofisiología humana
Edición. Española 1959
6. Pedro Ovspensky: Un nuevo modelo del universo (los-
principios del método psicológico en su aplicación -
a los problemas de la ciencia, la religión y el ar -
te)
Edición. México 1950

7. Cirugía bucal. G. A. Ries Centeno
Séptima Edición
Buenos Aires, Argentina
8. Cirugía bucal. Kurt K.H. Thoma
9. Anestesia osontológica. Niels Bjon Jorgensen
Jess Haiden, Jr.
10. Instrumental de Exodoncia. Catálogo de: The S.S. -
White dental Manufacturing C.O.
11. Manejo del estado de Shock
Dr. Jorge Tello Almendarez
Dr. Hilariu Alvarado Hernández.
12. Historia de la Odontología
Dr. Lerman
Páginas 323, 325
13. Apuntes del Dr. Luis Veldovinos.