

101
24

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



GENERALIDADES SOBRE EXODONCIA

T E S I S

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

EDUARDO CRUZ MONTES

MEXICO, D. F.

14623

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
<u>CAPITULO I</u> DEFINICION DE EXODONCIA Y EXTRA CCION DENTAL.....	3
<u>CAPITULO II</u> EXAMEN CLINICO DEL PACIENTE....	5
a) Historia clínica general.....	5
b) Examen de la cavidad oral.....	16
<u>CAPITULO III</u> INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DENTAL.....	21
a) Dientes careados.....	21
b) Dientes fracturados.....	21
c) Dientes primarios persistentes.....	21
d) Dientes ectópicos.....	22
e) Dientes que traumatizan los tejidos - blandos.....	22
f) Dientes que constituyen focos de infec- ción.....	22
g) Dientes supernumerarios.....	23
h) Dientes retenidos y semi-retenidos...	23
i) Raíces y fragmentos dentarios.....	24
j) Para fines ortodóncicos.....	24
k) Dientes que han perdido su antagonis- ta.....	25
l) Dientes los cuales no tienen tratamien- to pulpar por alguna alteración en su raíz.....	25
ll) Cuando la posición de los dientes es - tal, que sus raíces están superpuestas entre si en una extensión considerable	25
m) En dientes que interfieran mecánica- mente en la colocación de prótesis res- tauradora.....	25

- n) En dientes que no pueden ser tratados por medio de la apicectomía... 25
 ñ) Restos radiculares..... 25

<u>CAPITULO IV</u>	CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL.....	26
	1) Afecciones que dependen del estado del diente a extraer.....	26
	2) Afecciones que dependen del estado general del paciente.....	26
	a) Aparato cardiovascular.....	26
	b) Discrasias sanguíneas.....	33
	c) Enfermedades metabólicas y endocrinas.....	36
	d) Aparato respiratorio.....	38
	e) Aparato gastro-intestinal.....	40
	f) Sistema nervioso.....	42
	g) Reacciones alérgicas.....	43

<u>CAPITULO V</u>	POSICION DEL PACIENTE Y DEL CIRUJANO DENTISTA.....	44
	a) Para el maxilar superior.....	44
	b) Para el maxilar inferior.....	45
	c) Posición de las manos del operador.	46

<u>CAPITULO VI</u>	TECNICAS DE ANESTESIA.....	48
	a) Bloqueo infraorbitario.....	49
	b) Bloqueo alveolar postero superior..	50
	c) Bloqueo del nervio palatino.....	50
	d) Bloqueo del nervio nasopalatino.....	50
	e) Anestesia por infiltración.....	51
	a) Bloqueo mandibular.....	51
	b) Bloqueo mentoniano.....	52

	Pág.
<u>CAPITULO VII</u>	EXTRACCION DENTAL 55
1) Instrumental empleado.....	55
2) Uso del fórceps.....	55
3) Técnica de la extracción dentaria -- con fórceps.....	56
4) Tiempos de la extracción dentaria -- con fórceps.....	57
5) Uso del elevador.....	59
6) Técnica de la extracción dentaria -- con elevadores.....	60
7) Tiempos de la extracción dentaria -- con elevadores.....	61
 <u>CAPITULO VIII</u>	 ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUI- RURGICAS DE LA EXTRACCION DEN- TARIA..... 63
a) Fracturas de coronas clínicas.....	63
b) Fracturas radiculares.....	63
c) Lesión de los dientes adyacentes	65
d) Dientes avulcionados.....	65
e) Dientes móviles.....	66
f) Fractura del borde alveolar.....	67
g) Fractura total del maxilar inferior ..	67
h) Luxación del maxilar inferior.....	68
i) Lesión de las partes blandas.....	68
j) Lesión de los troncos nerviosos	69
k) Fractura del instrumental empleado .	70
l) Fractura de la tuberosidad.....	70
ll) Lesión del seno maxilar.....	71
m) Penetración de una raíz al seno maxi- lar.....	72
n) Hematoma.....	73
ñ) Alveolitis	74
o) Hemorragia.....	77
 <u>CAPITULO IX</u>	 CONDUCTA POSTOPERATORIA..... 80
a) Inspección del alvéolo e higiene de la cavidad bucal.....	80

	Pág.
b) Control del sangrado y formación - del coágulo (hemostasia).....	81
c) Instrucciones al paciente	84
CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	91

INTRODUCCION

La extracción dentaria como rama de la Cirugía Bucal - tiene una importante y amplia aplicación, ya que ésta se relaciona íntimamente con especialidades odontológicas que exigen la práctica de la misma.

Desde los inicios de la Odontología, la exodoncia, fue una de las primeras, si no la primera rama odontológica que se aplicó. De ahí podemos comprender claramente el miedo que - presentan los pacientes hacia la extracción dentaria.

Este temor se ha venido acarreado desde que se utilizaban las Técnicas más rudimentarias de la extracción de aquellos tiempos.

Actualmente se ha dejado atrás aunque no completamente el temor que se le tenía a la extracción, pero hoy en día es aún motivo de temor y causa no sólo miedo, sino verdadero pavor, extensivo a cualquier intervención del Cirujano Dentista, - así sea una pequeña punción para aplicar el líquido anestésico u otra manipulación efectuada dentro de la boca.

En la actualidad la extracción dentaria es totalmente indolora, gracias a que el Cirujano Dentista dispone de un gran avance por medio de nuevas técnicas quirúrgicas, anestésicos menos tóxicos e instrumentos especializados lo cual facilitan la labor del mismo.

Además, claro está el Cirujano Dentista deberá de tener un conocimiento amplio de las zonas anatómicas involucradas en el tratamiento, así como de la anatomía y características propias de cada una de las piezas dentarias.

En éste trabajo de tesis trataré de presentar en forma-

sencilla y comprensible, un breve estudio general de lo que es -
en sí la exodoncia, desde su ingreso del paciente que será sometido a una extracción dentaria hasta la finalización del tratamiento.

CAPITULO I

DEFINICION DE EXODONCIA Y EXTRACCION DENTAL

EXODONCIA

La palabra, exodoncia se deriva de dos raices griegas, Exo-fuera y Odontos-diente.

Exodoncia, es la rama de la Cirugía Dento-buco-maxilar que nos enseña a realizar, por medio de métodos y técnicas, la avulsión de una pieza dentaria que ha perdido su funcionamiento por procesos careosos etc., y la cual queda regida a principios quirúrgicos siempre actuales: técnica operatoria, asepsia y antisepsia.

EXTRACCION DENTAL

Es un acto quirúrgico delicado, el que hay que realizar con pleno conocimiento del estado general del paciente, cuya salud, puede ser perjudicada y hasta comprometida su vida.

Para realizar la exodoncia es necesario conocer la anatomía de las piezas dentarias, así como las raíces de cada una de ellas y el alvéolo. También es necesario, siempre que vayamos a realizar una extracción, saber seleccionar el instrumental adecuado para cada una de las piezas dentarias. Es importante saber y conocer el estado de salud del paciente, ya que casi siempre, estos son pacientes ambulantes y, por lo tanto, siempre será necesario que el Cirujano Dentista, sea precavido y trate de descubrir enfermedades orgánicas que disminuyen

las defensas y ocasionan complicaciones durante el acto quirúrgico y después del mismo.

CAPITULO II

EXAMEN CLINICO DEL PACIENTE

Es de primordial importancia que desde que entra el paciente al Consultorio Dental, el Cirujano Dentista siga una serie de datos que como base, valoren el problema que pueda presentar el paciente. Dichos datos se comprenden en la elaboración de una Historia Clínica completa y detallada, por medio de preguntas concisas y verdaderas que el doctor hace al paciente para saber el estado actual y tipos de enfermedades que ha padecido, para un mejor diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La Historia Clínica que se le hace al paciente dentro del Consultorio, es de suma importancia; primero por ser una ayuda para el profesionista en la elaboración del diagnóstico y segundo por ser un documento de defensa ante un problema legal del paciente, sobre uno.

El examen clínico que se hace cuando un paciente es visto por primera vez o anualmente, puede ser en forma de Cuestionario sobre la salud que lleve el paciente durante su entrevista con él.

Este cuestionario, puede ser largo o corto. Algunos Dentistas, prefieren usar una forma en blanco para la elaboración de la Historia Clínica y siguen el patrón tradicional de la Historia Médica que es generalmente aceptada.

A). HISTORIA CLINICA GENERAL.

Es la información obtenida mediante el interrogatorio y la exploración física, debe ser secreta y científica.

1) El interrogatorio se lleva a cabo por medio de palabras concisas, sencillas y concretas y nos va a proporcionar, datos, conocimientos a tiempo o fecha de iniciación del dolor; es la serie de preguntas que hace el Cirujano Dentista al paciente con el objeto de llegar a un diagnóstico subjetivo. El interrogatorio nos dará datos como: aclaraciones, ampliaciones y precisión de los datos importantes.

Por medio del interrogatorio obtendremos datos tales -- como:

Ficha de Identificación.
 Motivo de la Consulta.
 Antecedentes familiares patológicos.
 Antecedentes familiares no patológicos.
 Antecedentes personales patológicos.
 Antecedentes personales no patológicos.
 Padecimiento actual.
 Estudio de aparatos y sistemas.
 Estados fisiológicos de la mujer.

Ficha de Identificación.

La ficha de identificación nos va a servir para identificar al paciente, así como para recordar la secuencia del tratamiento al paciente, empezando por anotar: Nombre, Edad, Sexo, Estado Civil, Lugar de nacimiento, Fecha de nacimiento, Ocupación, Dirección, Teléfono y Actitud mental.

MOTIVO DE LA CONSULTA.

Es el interrogatorio acerca del padecimiento que obligó al paciente a visitarnos, anotando la naturaleza, aparición y duración de los síntomas del mismo.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS.

Es el interrogatorio acerca del estado de salud o enfermedades que haya padecido o presente algún miembro de la familia, como son: Diabetes, Artritis, algún tipo de Cáncer, Crisis cardíaca, Hipertensión arterial, Enfermedades renales, Hemofilia, Anemia, Fiebre del heno, tuberculosis, fiebre reumática, sífilis, obesidad, asma y alérgicos a la penicilina.

ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLOGICOS.

Edad del padre....., Vivo....., Sano....., - Muerto....., en caso de muerte de que murió....., Edad de la madre....., Viva....., Sana....., Muerta....., En caso de muerte de que murió....., Número de hermanos....., Vivos....., Sanos....., Muertos....., Edad de los hermanos.....

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Consiste en anotar todo tipo de padecimientos que ha presentado el paciente a lo largo de su vida. Sarampión, tosferina, varicela, escarlatina, difteria, tifoidea, paperas, poliomielitis, tuberculosis, fiebre reumática, fiebre eruptiva, amigdalitis, laringitis, faringitis, hepatitis o ictericia, paludismo, tétanos, otros.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Ocupación, tipo de material con que trabaja, ver si es-

tá expuesto a productos industriales, tabaquismo, cuantos cigarrros, se fuma al día, etilismo, hábitos, toma café o té constantemente, habitación en buenas condiciones, número de personas vi^{vi}endo con usted, duerme algún animal doméstico dentro de la habitación, ventilación apropiada de la habitación, estado de higiene, alimentación valanceada, recibió algún tipo de vacunas durante la infancia, qué tipo de vacunas recibió, existen medicamentos que no pueda tomar, porque es alérgico a ellos o porque producen malestar, es usted alérgico a la penicilina, ha sido intervenido quirúrgicamente con anestesia local o general (cual fue su respuesta), se encuentra actualmente bajo tratamiento médico, y nombre de los medicamentos que esté tomando actualmente.

PADECIMIENTO ACTUAL.

La descripción que hace el paciente de su padecimiento nos facilita datos importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas. El paciente rara vez describe su padecimiento cómo quicieramos, es decir, clara, concisa y cronológicamente; cómo empezó y cómo ha evolucionado. Tampoco describe adecuadamente los síntomas en lo que respecta a la localización, tipo, regiones de irradiación, duración, tiempo forma, calidad, relación con otras funciones y respuestas a medicamentos.

ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato Cardio-Vascular.

Existe disnea de cúbito, existe disnea por esfuerzo físico, dolor precordial izquierdo, zumbido de oídos, palpitaciones (percepciones cardiacas en forma enérgica, rápida o irregular), sensación de adormecimiento o de hormigueo de piernas y pies, edema de pies y tobillos (vespertino), cefaleas, mareos, vértigo, síncope o lipotimia (pérdida temporal del conocimiento por hipoxia o anoxia cerebral), cianosis (coloración azulosa de-

la piel por hipoxia), hipoxia o anoxia (deficiencia de oxígeno a -- nivel de los tejidos), hipertensión arterial, arterioesclerosis, - dolor del brazo izquierdo, duerme con dificultad, usa dos almohadas o más para dormir en la noche, desmayos, taquicardia -- (aumento en la frecuencia del ritmo cardiaco), bradicardia (Disminución en la frecuencia del ritmo cardiaco) y fragilidad capi-- lar.

APARATO RESPIRATORIO.

Padece disnea de reposo o de esfuerzo (respiración difícil o laboriosa), padece gripas frecuentes, tos libres o -- con espectoración, hemoptisis (presencia de sangre durante la tos), con qué frecuencia se presenta la tos, que tiempo dura cada periodo de tos, epistaxis (hemorragia nasal), hipoxia, cianosis, dolor torácico durante la inspiración profunda, padece sofocaciones, vivió alguna vez con un enfermo de tuberculosis, -- también es importante fijarse bien en la respiración de un enfermo: el modo, lo profundo, la rapidez y si tiene dificultad.

APARATO DIGESTIVO.

Deglución satisfactoria, dolor en boca del estómago, - antecedentes de lesión o enfermedad hepática, vómitos, polifagia (comer constantemente), dispepsia (dificultad en la digestión), disfagia (dificultad al tragar), diarreas, estreñimientos, úlceras, gastritis, dolor de estómago, tamaño de las heces fecales, hay presencia de sangrado en las heces fecales, moco en las heces fecales. Así como color de las mismas, hematemesis (sangre que proviene del estómago), anorexia (pérdida del apetito), y por último; existen meteorismo (gases).

APARATO GENITO URINARIO.

Poliúria (necesidad frecuente de orinar), **nicturia** (necesidad de orinar durante la noche), **piúria** (presencia de pus en la orina), **disúria** (dolor al orinar), **hematuria** (sangre en orina), **edema palpebral matutino** (hinchazón de los párpados), **características de la orina**, **edema de pies y cara**, **oliguria** (disminución de volumen de orina), **ritmo de la diuresis**, **frecuencia de la micción**, **presencia de fiebre o dolor de cabeza**, **dolor de cintura en ambos lados**.

SISTEMA NERVIOSO.

Sueño (duerme bien), **temblores**, **cefaleas**, **vértigo**, **tuvo en alguna ocasión ataques**, **convulsiones**, o **epilepsia**, **presenta algún problema de nerviosismo o tensión**, **parestesias**, **parálisis**, **irritabilidad**, **stress emocional**, **corea**. (baile de san vito, enfermedad caracterizada por movimientos de torsión especialmente en brazos y piernas).

SISTEMA ENDOCRINO.

Solo nos interesa saber si el paciente o la paciente se encuentra propensa o detecta síntomas de diabetes.

Existe **poliúria**. (necesidad frecuente de orinar), **orinamos más de 14 veces al día**, **orina menos de 10 veces al día**, **polifagia** (come constantemente), **olidipsia** (ingestión excesiva de agua), **pérdida de peso**, **astenia** (falta de energía), **plúrito** (comezón), **entumecimiento o dolor de las manos y los pies**, **infecciones crónicas en la piel**, **sensación de frío en los pies**, **antecedentes familiares**, **obesos**; **observaremos también algún cambio o manifestación que se presente en la cavidad bucal tales como: sensa**

ción de ardor y calor en la boca, sensación de sequedad en boca, hipersensibilidad dentaria en ausencia de sobre carga funcional y lesiones careosas, secreción salival viscosa y con frecuencia disminución de ella, movilidad dentaria, aliento cetónico (olor a manzana pasada), macroglosia (agrandamiento de la lengua), -- marcas en los bordes de la lengua por los dientes, presencia -- de bolsas periodontales, gingivorragia (sangre en las encías), re -- sorción de las crestas alveolares, hipersensibilidad gingival, -- encías edematosas que se presentan en ausencia de algún irritan -- te local.

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER.

Es importante para el Cirujano Dentista, conocer el es -- tado fisiológico de la mujer, ya que a veces en muchos casos de enfermedad o alteraciones genitales traen como consecuencia re -- percusiones bucales y así poderlas identificar como saber por -- qué están o no presentes.

MENSTRUACION.

En caso de ser paciente con edad entre los 12 y 14 años -- se le preguntará sobre menarquia (primera menstruación) y en -- general se preguntará acerca del ritmo, volumen, dismeno -- rrea (Dolor o cólicos menstruales), leucorrea (presencia de mo -- co blanquecino en el flujo menstrual), condiciones de la última -- menstruación y hace cuanto tiempo fue, preguntar también si los estados menstruales han sido normales, y si se encuentra mens -- truando en el momento de la Consulta.

EMBARAZO.

Observar, si la paciente se encuentra embarazada en --

el momento de la Consulta, también se deberá de preguntar sobre embarazos anteriores y complicaciones que hayan presentado durante ellos, así como peso del niño al nacer, abortos, cesáreas, anomalías en el actual embarazo y tiempo del mismo.

LACTANCIA.

Aquí sólo nos interesa saber si en ese momento se encuentra amamantando al niño. Además se debe tener cuidado -- porque el nerviosismo o susto del paciente puede suspender la secreción láctea.

MENOPAUSIA.

Por lo general al llegar la edad entre los 40 y 50 años, el ciclo sexual suele hacerse irregular, y no se produce ovulación en mucho de los ciclos. Después de unos cuantos meses o años, los ciclos cesan completamente.

Es importante para el Cirujano Dentista el estado menopáusico, ya que dicho estado, viene acompañado de cambios hormonales, los cuales traen como consecuencia, alteraciones en la mucosa oral tales como: Disminución del rosado normal, sequedad y hemorragias gingivales.

2) EXPLORACION FISICA.

Se lleva al cabo por medio de la inspección, palpación, percusión y auscultación.

La exploración física del paciente dental, debe empezar anotando pulso, temperatura, respiraciones (Modo, profundo, rapidez, dificultad y número de respiraciones), presión arterial, peso y estatura. Se exploran también, ganglios linfáticos de cuello y cabeza. Y se realiza un examen físico de cabeza a pies.

ASPECTO FISICO DEL PACIENTE.

Se realiza en el momento en que tenemos el primer contacto con el paciente dentro del Consultorio dental, el cual debemos observar los siguientes aspectos como son: Facies, aseo, manera de caminar, cualquier defecto físico, aumento de volumen, nerviosismo, ansiedad, temor o depresión, estatura, peso aproximado y color de piel.

SIGNOS VITALES.

Algunos dentistas no han hecho, por olvido o porque no son necesarios para su diagnóstico, la toma de los signos vitales (temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial).

Estos datos, son de suma importancia para el control y tratamiento de algunas anormalidades y asociación de las mismas, con posibles afecciones médicas que puedan influir en la Terapéutica, así como el establecimiento de medidas básicas como puntos de referencia en el caso de que pueda presentarse algún problema de urgencia mientras el paciente está siendo tratado dentro del Consultorio dental.

El anotar la presión arterial es de suma importancia ya que este dato es el más empleado para llevar el control del paciente durante las urgencias presentadas en el Consultorio. La presión varía con la edad, patología, ejercicio, stress emo-

cional y postura del paciente; y hay que tener en cuenta estos cambios para la valoración de esta.

PROPENCION HEMORRAGICA ANORMAL.

Tendencias hemorrágicas tales como: Epistaxis, hemorragias prolongadas por heridas menores, equimosis espontánea, tendencias a hematomas, hemorragias menstruales excesivas, -petequias, gingivorragia.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

Además de los estudios cuidadosos de aparatos y sistemas y exploración física, es necesario que el Cirujano Dentista, se ayude por medio de los exámenes de laboratorio que considere necesarios, como una ayuda valiosa para el diagnóstico, basándose en los detalles de Historia y exploración.

A continuación se exponen los diferentes tipos de pruebas de laboratorio: Biometría Hemática, Química Sanguínea, General de orina, pruebas hemorrágicas, practicar grupos sanguíneos, pruebas de susceptibilidad bacteriana y biopsias.

ESTUDIO RADIOLOGICO.

El uso de la radiografía está definitivamente indicado en ciertas condiciones, como las de dientes retenidos, supernumerarios, no erupcionados, quistes, raíces, cuerpos extraños y caries dentales. En los casos en que es necesario operar, es importante que se determine la exacta localización del diente o

cuerpo extraño, por medio de radiografías; además debe ser interpretada por comparación de vistas tomadas en distintos ángulos de proyección más un conocimiento anatómico de la región radiográfica.

DIAGNOSTICO.

Debe incluir una evaluación general del paciente, así como una consideración detallada de la cavidad oral.

Deben reunirse todos los detalles de la Historia Clínica del Caso, los Signos y Síntomas Clínicos de modo de integrar un cuadro completo de la secuencia de hechos, que han llevado al Estado Actual del Paciente. Teniendo en cuenta que dicho estado general puede diagnosticarse como malo, regular, normal o satisfactorio.

PRONOSTICO.

Es la predicción de la duración, curso y terminación de una enfermedad; así como del resultado que es razonable esperar en respuesta al tratamiento.

TRATAMIENTO.

Una vez establecidos el diagnóstico y el pronóstico, se formulará el tratamiento. Que en términos generales, tiene como finalidad la eliminación de la enfermedad y la restauración y el mantenimiento de la salud.

OBSERVACIONES.

Se empezará por anotar: tipo de medicamento que esté tomando el paciente actualmente (Esto nos ayudará, para investigar por medio del farmaco, el tipo de padecimiento que presenta el paciente), también se anotará el nombre de algún familiar o conocido para avisarle en caso de urgencia, nombre y teléfono del médico que lo atiende, en caso de necesidad para poder establecer contacto con él, se anotará también tipo de sangre. El pronóstico se le dará al paciente una vez que se haya sacado el diagnóstico. Por medio de éste, le podemos comunicar al paciente, el grado de éxito o fracaso que se va a tener durante el tratamiento que pensamos llevar a cabo, y el cual debemos comunicárselo al paciente. Por último deberá anotar su nombre y firma al final de la Historia Clínica.

B). EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL.

La cavidad oral es la meta del examen para el diagnóstico y por lo tanto, deberá hacerse un examen bucal completo de cada paciente en toda visita. Todas las mucosas bucales deberán inspeccionarse y palparse.

Este examen no toma demasiado tiempo. Debe seguirse un patrón de rutina para asegurarse de que ninguna superficie bucal es pasada por alto ya que no debe olvidar, el Dentista que la regeneración epitelial ocurre continuamente. Por lo tanto, debe buscar cualquier cambio anormal en cada visita.

HALITOSIS.

También llamada feter ex ore, es el olor ofensivo o - -

fuera de lo común que emana de la cavidad oral. El origen de los olores que emanan de la cavidad oral, pueden ser: Local y Extraoral. De origen local, - Retención en la superficie de los dientes de partículas alimenticias olorosas, lengua saburral, gingivitis necrosante aguda, deshidratación, caries, dentaduras artificiales, aliento de fumador, enfermedades parodontales, putrefacción de la saliva, y presencia de sangre en la cavidad oral.

De origen Extraoral. - Amigdalitis, rinitis, sinusitis, - bronquitis crónica fétida, bronquiectasis, abscesos pulmonares, gangrena pulmonar o tuberculosis pulmonar.

LABIOS.

Los dentistas no deben olvidarlos, ya que son la vía de entrada de la cavidad oral. Observaremos forma, tamaño, consistencia y color. Frecuentemente encontramos úlceras, vesículas, fisuras y costras que pueden ser causadas por traumas, - o por reacciones nutricionales alérgicas.

MUCOSA VESTIBULAR.

Al proseguir dentro de la boca, puede observarse la mucosa vestibular, donde aparecen cambios inflamatorios por el hábito de morderse el carrillo, por buches irritantes o por dentaduras o ganchos mal ajustados, leucoplasia, liquen plano, - manchas de Koplik o agrandamiento inflamatorio del orificio del conducto de Stensen.

MUCOSA ORAL.

El examen general del color y textura superficial de la mucosa oral mostrará las pigmentaciones patológicas, el erite-

ma difuso rojo azulado de la deficiencia de complejo B, la atrofia lisa y brillante de fisuración de la gingivo estomatitis menopausi ca o senil o la coloración gris y descamación de la gingivitis des camativa.

SALIVA.

Los procedimientos de examen dentro de la cavidad bu cal de un paciente, generalmente estimulan salivación excesiva. Esta salivación puede ser: muy delgada, normal, o extremada mente viscosa. Una secreción excesiva o purulenta del conduc to de stemon, nos puede indicar algún trastorno de la glándula -- parótida o de carácter nervioso. Las glándulas sublinguales y submaxilares, hipersensibles e inflamadas no puede señalar que hay una infección general.

ENCIA.

Es la parte de la mucosa oral que recubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes. - Debe observarse: Color, forma, tamaño, consistencia y fragili lid capilar. El color rojo, acompañado de inflamación, es cau sa de una higiene bucal defectuosa o algún otro problema, ya sea local o general, pero hay que tener en cuenta que el tejido gingi val reacciona con gran facilidad a cambios metabólicos, nutricio nales, a ciertas frogas, al estado de stress, transtornos hormo nales de desarrollo y al tipo de raza del individuo.

LENGUA.

Para estudiar la lengua en forma apropiada, hay que ano

tar su forma, tamaño, color, tipo de papilas y movimientos; ya que puede existir algún problema patológico como agrandamiento ocasionado ya sea por cretinismo o mongolismo, pudiendo presentar marcas dentarias en el borde de la lengua o alguna alteración lingual. Entre los trastornos sistémicos que puede atacar a la lengua tenemos: Leucoplasia, liquen plano, eritema multiforme, pénfigo, anemia perniciosa, la deficiencia de Complejo-B, Sfilis, tuberculosis, y el síndrome de plummer vinson.

Entre las alteraciones linguales que pueden presentarse, tenemos: Lengua geográfica, moniliasis, lengua fisurada congénita, glositis romboides media, glositis migratoria benigna, macrolosis, lengua negra o vellosa y neoplasias. Las alteraciones van acompañadas por cambios de color y sensación de quemaduras y ardor.

ESPACIO SUBLINGUAL.

El odontólogo no debe olvidar ésta zona, ya que pueden manifestarse engrosamientos, ulceraciones, alteraciones de color, vesículas y flictemas.

PALADAR.

Habrá que observar la forma, color, consistencia, y la presencia de cualquier lesión en el paladar duro y el blando; los cambios de color pueden ser causados por enfermedades infecciosas y sistémicas, traumas o agentes químicos.

DIENTES.

Habrá que observar la disposición de los dientes, mal-

formaciones y pigmentaciones, depósitos de sarro, caries dentales, infecciones y trastornos que producen movilidad y exfoliación.

RADIOGRAFIAS.

Debe observarse el grado de calcificación y erupción de los dientes, la cantidad de reabsorción radicular, presencia de dientes supernumerarios e incluidos, complicaciones parodontales u óseas, también para observar fracturas radiculares, restos radiculares, esquirlas, y secuestros óseos.

CAPITULO III

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DENTAL

Entre las indicaciones de la extracción dental mencionaremos las siguientes:

a). DIENTES CAREADOS.

La presencia de caries de cuarto grado que han producido la muerte de la pulpa y la infección de los Conductos, los convierte a estos en puertas de entrada a complicaciones de vecindad, que pueden constituir una formal indicación, cuando la caries ha producido trastornos tales, que no pueden corregirse por medios conservadores, debe extraerse el diente con mayor razón.

b). DIENTES FRACTURADOS.

Uno de los problemas más graves a los que se enfrenta el Odontólogo, es tal vez, el de las fracturas dentarias. En la mayoría de los casos, las fracturas dentarias y desplazamientos, ocurren por caídas de poca, o mucha importancia, por alguna lesión traumática, destrucción ósea, por caries que abarcan desde la corona hasta la raíz.

c). DIENTES PRIMARIOS PERSISTENTES.

Los dientes temporales que permanecen aún, a pesar de haber llegado a la edad de su caída, pueden hallarse en las siguientes condiciones: fuertemente implantados, móviles mantenidos por su sola adherencia a la encía, más o menos firmes;

pero desviados de su posición normal por el empuje de los dientes permanentes; es por eso que conviene quitarlos para facilitar la erupción de los permanentes y para evitar las molestias que aquéllos puedan producir.

d). DIENTES ECTOPICOS.

La extracción de dientes ectópicos puede estar indicada por razones protéticas, estéticas u ortodóncicas, cuyo alineamiento ortodóncico, no resulte práctico o sea imposible. También como terapéutica a afecciones de su pulpa o periodonto, o para evitar procesos de caries en los dientes vecinos.

e). DIENTES QUE TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS BLANDOS.

En los casos en que la mucosa cubre parcial o totalmente la superficie oclusal de la pieza dentaria, puede researse de manera que quede expuesta la corona. Sin embargo, en los casos en que los tejidos de la Superficie anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, cubren la mitad distal del diente y se encuentran irritados por la presión del diente superior. En estos casos suele haber una bolsa profunda a lo largo de la Superficie distal del tercer molar.

f). DIENTES QUE CONSTITUYEN FOCOS DE INFECCION.

En aquellos casos en que haya alguna complicación por caries de cuarto grado con algunos procesos necróticos debe hacerse la extracción de la misma, para suprimir focos o infecciones secundarias que dañen a los tejidos vecinos y aún al organismo en general. Tales complicaciones pueden ser: Periodontitis, Granuloma, Absceso crónico, Absceso subagudo, Fístulas, Septicemias, Osteomielitis, Osteoperiostitis y Quistes dentarios.

g). DIENTES SUPERNUMERARIOS.

En los dientes supernumerarios incluidos, que en ocasiones se presentan en individuos adultos, aunque lo más frecuentes que se presenten en niños, hay que tener cuidado en su extracción, porque como fácilmente se comprende, la inadvertencia de un diente permanente invisible puede dar por resultado su lesión.

En los niños, la extracción de los dientes supernumerarios, ofrece poca dificultad; la mayoría de las veces, su posición en la arcada se descubre por palpación digital. Cuando éste método fracasa, las radiografías debidamente obtenidas, servirán de guía para el odontólogo.

Se le pueden distinguir en dos zonas:

Cuando están situados en la superficie vestibular de la arcada.

Cuando están situados en la superficie palatina ligeramente ultra apical, o en el mismo plano que el ápice de los dientes en la arcada.

h). DIENTES RETENIDOS Y SEMI-RETENIDOS.

Los dientes que permanezcan retenidos en los maxilares, deben ser extraídos cuando produzcan trastornos nerviosos, inflamatorios o tumorales. La extracción puede evitarse en aquellos casos en que la Técnica Ortodóncica logre ubicarlos en su sitio de normal implantación.

Está justificada la extracción en aquellos casos en que la ortodoncia no logra éxito, o el diente retenido produzca molestias. Muchos autores opinan que todo diente retenido debe extraerse.

Los dientes retenidos, constituyen en realidad, problemas en potencia; y por lo tanto, hay que tratarlos antes de que éstos produzcan algún accidente.

El estudio radiográfico de los maxilares, antes de la preparación de prótesis totales o alguna otra maniobra en la boca descubrirá en muchas oportunidades, dientes retenidos cuya eliminación se impone.

i). RAICES Y FRAGMENTOS DENTARIOS.

Nos referimos a los dientes que han sufrido procesos de caries que han destruido totalmente la corona y separado -- las raíces entre sí; o raíces de dientes monorradiculares, que emergen fuera de su alvéolo y que no presentan malformaciones, raíces que pueden ser eliminadas por intermedio de las pinzas para raíces y que no necesitan un tratamiento previo a la extracción.

Las indicaciones para esta clase de extracciones están dadas en base al estudio clínico del caso y del examen radiográfico.

j). PARA FINES ORTODONCICOS.

En todos los casos de anomalías dentarias, debe consultarse a un ortodoncista, aunque la exagerada desviación de algunos dientes, haga creer al Cirujano que debe extraerlos. A menudo sucede que la extracción de éstos, se debe a que una persona precipitada, desea corregir su defecto estético a la mayor brevedad.

Conviene que sea también el especialista, quien aconseje extraer o conservar un diente dado, en personas a las cuales se les vá a colocar un aparato de prótesis.

k). DIENTES QUE HAN PERDIDO SU ANTAGONISTA.

Son aquellos dientes que han perdido su antagonista por cuya causa son expulsados de su alvéolo, lesionando la encía antagonista.

- 1). DIENTES LOS CUALES NO TIENEN TRATAMIENTO PUL- -
PAR POR ALGUNA ALTERACION EN SU RAIZ. (DILACERA
CION, REABSORCION, ETC).
- II). CUANDO LA POSICION DE LOS DIENTES ES TAL, QUE - -
SUS RAICES ESTAN SUPERPUESTAS ENTRE SI, EN UNA -
EXTENSION CONSIDERABLE.
- m). EN DIENTES QUE INTERFIERAN MECANICAMENTE EN -
LA COLOCACION DE PROTESIS RESTAURADORA.
- n). EN DIENTES QUE NO PUEDEN SER TRATADOS POR ME--
DIO DE LA APICECTOMIA.
- ñ). RESTOS RADICULARES.

CAPITULO IV

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL

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

1) Afecciones que dependen del estado del diente a extraer: Enfermedades locales y estados generales perturbados por la afección dentaria o peridentaria.

El problema de las extracciones dentarias en procesos inflamatorios agudos no puede ser resuelto con fórmulas simples, ni dar preceptos generales para tratar casos tan eminentemente particulares.

Esta contraindicada la extracción en aquellos dientes -- que se encuentran en zonas con procesos malignos, cuya extracción va a estimular el crecimiento de neoplasias; también en -- aquellos casos de sinusitis maxilar aguda en molares y premolares superiores.

2) Afecciones que dependen del estado general del paciente.

A) APARATO CARDIO-VASCULAR (Enfermedades de las Arterias Coronarias).

ANGINA DE PECHO.

Es un padecimiento Cardio-vascular, producido por un

estrechamiento de las Arterias Coronarias, en las cuales hay --
disminución del calibre y como consecuencia disminución del rie-
go sanguíneo, el cual va a producir un estado de izquemia en el
músculo cardiaco y disminución de oxígeno al mismo.

Las causas de angina de pecho son la arterioesclerosis
y como coadyuvante el uso del tabaco, stress emocional y el - -
cansancio físico.

Se caracteriza por la presentación de un dolor retroes-
ternal agudo de intensidad variable de tipo opresivo, que se irra-
dia al hombro izquierdo, brazo y dedos. El dolor puede llegar-
al cuello y maxilares; este dolor se presenta por falta de oxíge-
no, y es ocasionado por esfuerzos físicos o emocionales el cual
se vé aliviado por el descanso y la administración de vasodilata-
dores coronarios. A un paciente con esta enfermedad, no se le
debe permitir ningún tipo de excitación, por otra parte, la medi-
cación previa, es de todo punto imprescindible, esta medicación
puede ir acompañada de la adición de barbitúricos de acción rá-
pida o del empleo de atarácnicos administrados una hora antes -
de la intervención.

El número de ataques que haya padecido un enfermo du-
rante una semana, puede ser un buen índice para juzgar la sever-
idad de la enfermedad; un mayor número de ataques en un perío-
do dado, o bien la presentación del dolor anginoso durante el des-
canso, indica la necesidad de consultar previamente con el mé-
dico del enfermo y estudiar la posibilidad de hospitalizarlo. La
administración profiláctica de algún vasodilatador coronario pue-
de estar indicada, pero siempre bajo vigilancia del internista. -
Se recomienda la anestesia local sin vasoconstrictor en la mayo-
ría de los casos, acompañada de una premedicación cuando el -
paciente sea muy aprensivo.

Se debe poner especial cuidado en evitar la inyección -
intravascular a causa de la adrenalina contenida en las solucio-
nes anestésicas. La presencia de adrenalina ha sido objeto de -
un intenso debate en el pasado. La opinión general actual, es --
que dicho fármaco resulta deseable, ya que el anestésico local-

sin vasoconstrictor se difunde en el interior del aparato circulatorio a una velocidad demasiado rápida, por lo tanto, ésta rápida difusión, puede dar lugar a una anestésia inadecuada y el dolor resultante, probablemente, daría lugar a la aparición de - - adrenalina de origen endógeno en mayor cantidad que la que pudiera estar contenida en una dosis anestésica normal.

INFARTO DEL MIOCARDIO.

Es un padecimiento que se debe a la disminución del calibre de las arterias coronarias.

La anatomía patológica consiste principalmente en la formación de un trombo que obstruye la arteria y por consecuencia disminución del riego sanguíneo que producirá una necrosis del músculo cardíaco.

El infarto puede presentarse en cualquier edad aunque es más frecuente en el adulto por la arterioesclerosis, stress emocional, tabaquismo e hipertensión arterial, siendo estos factores predisponentes.

El infarto puede presentarse en un momento de reposo o de esfuerzo físico, el paciente va a presentar dolor característico localizado en la región precordial es intenso de aparición repentina que se irradia hacia los vasos del cuello y hacia el miembro torácico superior izquierdo, al avanzar el cuadro se presenta un estado de shock con descenso brusco de la presión arterial, pulso rápido y débil y acompañándose de arritmia cardíaca.

El enfermo que durante seis meses o más después de la presentación del infarto, permanece sin aquejar sintomatología alguna, se presta generalmente a la realización de alguna intervención quirúrgica, incluso con anestesia general, siempre que se realice bajo régimen hospitalario. Sin embargo, si el enfer-

mo ha padecido un infarto reciente, los seis meses que siguen a su presentación hay que considerarlo bajo vigilancia médica. Las intervenciones largas y dolorosas están contraindicadas, se recomienda la anestesia local sin vasoconstrictor. El Cirujano Dentista debe investigar cuidadosamente, si el paciente en el momento de tratarse se encuentra bajo tratamiento coagulante, no debe tomar la responsabilidad de suspenderla o de administrar vitamina K, la suspensión brusca de anticoagulantes seguida de la prescripción de Vitamina K puede dar lugar a trombosis, ante la necesidad de una maniobra dental los anticoagulantes deben disminuirse progresivamente, hasta alcanzar que el tiempo de protombina no se encuentre muy elevado arriba de lo normal (normal 1.5 a 2.5) de esta manera no hay hemorragias excesivas. Debe tomarse la precaución de tener campos quirúrgicos en donde se pueda efectuar una hemostasis satisfactoria. Todas éstas consideraciones se pueden aplicar a los pacientes que toman medicamentos anticoagulantes para cualquier otro tipo de disturbios vasculares como: embolia pulmonar o accidentes cerebro-vasculares.

El tratamiento consiste en administrar morfina para desaparecer el dolor, reposo físico y mental, oxígeno y la administración cuidadosa de anticoagulantes.

FIEBRE REUMÁTICA.

La fiebre reumática es una infección general no supurada producida por el estreptococo B-hemolítico del grupo A, que suele lesionar el corazón dando como resultado una enfermedad cardíaca reumática; la zona principal de afección cardíaca es el endocardio de las válvulas. Una vez lesionadas las válvulas, es significativa la tendencia que tienen las bacterias a implantarse en las paredes del endocardio, dando lugar a una endocarditis bacteriana.

Hace ya tiempo que se ha observado el hecho de que la extracción de dientes o cualquier otra manipulación dental produce un estado de bacteremia en gran cantidad de personas. El grado de bacteremia y la intensidad de la misma, es proporcio-

nal al grado de infección oral presente en el momento de realizarse la extracción. Esta bacteremia transitoria, puede ser suficiente para producir una endocarditis bacteriana en un individuo susceptible, a no ser que se hayan empleado medidas profilácticas adecuadas; estas medidas consisten en la administración de un antibiótico adecuado antes de realizar la intervención. La penicilina es considerado el fármaco de elección, por su gran efectividad sobre los microorganismos bucales responsables de la endocarditis bacteriana.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Esta situación de insuficiencia congestiva, se alcanza cuando la producción del corazón no está de acuerdo con las demandas que de él exigen tanto la circulación general como la pulmonar.

En estos casos, el cirujano dentista debe investigar cuidadosamente el estado de compensación del paciente, indagando la administración de farmacos y la dieta a que está sometido. Normalmente estos individuos se encuentran bajo la administración de preparados digitálicos y con una dieta pobre en sodio. Con frecuencia, se emplea el uso de diuréticos cuando el fallo cardíaco produce una excesiva retención de líquidos y pueden producir en ocasiones hipotensión ortostática; el grado de compensación o descompensación cardíaca se puede establecer dirigiendo nuestro interrogatorio hacia la existencia de una disnea de esfuerzo, ortopnea y disnea nocturna paroxística.

Serán síntomas indicativos de que existe descompensación cardíaca. Cuando se presenta disnea al subir cierto número de escalones, la imposibilidad de dormir sin varias almohadas y la respiración entre cortada a mitad de la noche. En esta situación, se debe posponer todo acto quirúrgico y entablar contacto con el médico internista, el traumatismo quirúrgico que supone una intervención oral en un paciente descompensado puede ser motivo de la presentación de un edema agudo de pul-

món con todas sus graves consecuencias.

Por otra parte, cualquier tratamiento en la boca debe es-
perar a que pase el momento de gravedad que supone el estado -
de descompensación de un paciente, lo mismo que con otros en-
fermos cardíacos, es de desear una premedicación y el empleo-
exclusivo de anestesia local. Es muy peligroso tratar en un con-
sultorio a un paciente que está tomando diuréticos y anticoagulan-
tes, está contraindicado administrarle Vitamina K por la cual se
debe tratar en un Hospital bajo vigilancia médica y el tipo de anes-
tésicos que se debe usar es sin vasoconstrictor.

BLOQUEO CARDIACO.

El bloqueo cardíaco se produce cuando las ondas de ex-
citación cardíaca se ven retardadas o interrumpidas en un punto
del camino sobre el cual son normalmente conducidas. Existen
varios tipos de bloqueo cardíaco y diferentes grados de gravedad
dentro de cada tipo, estos tipos se pueden distinguir por sus car-
acterísticas electrocardiográficas. Una consulta previa con el
internista se impone siempre, antes de realizar cualquier inter-
vención en un paciente con bloqueo cardíaco. El empleo de la -
atropina puede estar indicada antes de la intervención cuando el
bloqueo cardíaco es de origen vagal, pero puede no ser útil e in-
cluso perjudicial en otros tipos de bloqueo debido a la taquicar-
dia que produce.

Los enfermos con bloqueo cardíaco completo a causa -
de la facilidad con que presentan síncope del tipo de adams-stoc-
kes, no deben ser intervenidos sin la ayuda de un monitor cardí-
aco y de todos los instrumentos necesarios para la resucitación-
cardíaca.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS CARDIO-VASCULARES.

Las condiciones en que deben tratarse los pacientes hi

pertensos, con aumento de la presión sistólica, diastólica y media, secundarias al aumento de las resistencias periféricas, están determinadas en gran parte por la efectividad del tratamiento a que se ven sometidos.

En los hipertensos no tratados, o cuyo tratamiento no resulte efectivo, existe siempre el peligro de que un estímulo lo suficientemente grande, pueda ocasionar un aumento de la ya elevada presión sistólica sanguínea y producir una hemorragia cerebral o cualquier otro accidente vascular; esta posibilidad puede evitarse siempre que se realice una premedicación antes de la intervención y se ponga especial cuidado en evitar la inyección de las soluciones anestésicas que contengan adrenalina.

Los hipertensos compensados que no presenten ninguna otra alteración orgánica, no suponen ningún riesgo mayor del que podían presentar otros individuos sanos de su misma edad. Así mismo se recordará como ya se mencionó anteriormente que el anestésico local se deberá usar sin vasoconstrictor.

ARRITMIAS CARDIACAS.

Con este nombre se conoce a la ausencia de sístole cardíaca. Su etiología puede deberse a cardiopatías orgánicas o haber un trastorno emocional, en el cual el individuo provoca modificaciones circulatorias por descarga en el torrente circulatorio de Catecolaminas. También se puede presentar porque el enfermo sufre compresiones sobre el área cardíaca cuando la cámara gástrica del estómago se encuentra bastante dilatada y ésta rechaza hacia arriba el Corazón.

Las arritmias producen una situación de emergencia cuando el mecanismo cardíaco está tan alterado que se produce una caída aguda del rendimiento cardíaco. En este caso, sobreviene inmediatamente la hipotensión y la resultante hipoxia miocárdica reducirá aún más la fuerza de las contracciones cardíacas. El pa

ciente se queja de presentar sensación desagradable de opresión en la región precordial.

Muchas veces, el mismo paciente detecta la ausencia de sístole, porque el pulso a la palpación, se presenta Irregular, o intermitente, y claramente se percibe un momento en que la extrasístole se presenta. Las extrasístoles se pueden presentar en número y frecuencia irregulares; es decir, cada 5, 10 o 30 pulsaciones normales se acompañan de una extrasístole. Esto puede valorarse como un estado de emergencia en el Consultorio dental y se recomienda esperar unos minutos para la regularización de la revolución cardíaca. La Terapéutica depende de su etiología, como medicación de urgencia el uso de Quinidina en forma de tabletas todo esto acompañado de reposo y la administración de tranquilizantes.

B). DISCRASIAS SANGUINEAS.

ANEMIAS.

En todas las anemias existe una insuficiencia en la capacidad de transporte de oxígeno debido a un déficit del número de células rojas o de la cantidad total de hemoglobina contenida por unidad de volumen de sangre. Esto tiene un interés particular durante la anestesia general. Debe tenerse en cuenta que la mayoría de los casos con anemia moderada, pueden tolerar los anestésicos con bastante facilidad. En cambio, los que padecen anemia grave pueden encontrar muchas dificultades, sobre todo durante las anestésias prolongadas. Un problema es la falta de algún signo objetivo de oxigenación insuficiente, tal como la cianosis. Para que la cianosis sea manifestada, se necesitan al menos 5 g. por 100 ml. de hemoglobina reducida en sangre. Cuando la cianosis se produce en una persona normal, existen casi de 5 a 10 g. por 100 ml. de oxihemoglobina útil para la perfusión de los tejidos. Sin embargo, en la anemia grave (menos de 10 g. de hemoglobina por 100 ml.), existe una cantidad de oxihemoglobina insuficiente para la perfusión de los tejidos, y no se puede desarrollar la cianosis con la consiguiente reducción de los márgenes de seguridad. Para que la anestesia general en los pacientes anémicos, sea menos peli-

grosa, será conveniente mantener al enfermo en oxigenación al 100% durante la intervención sobre todo en los pacientes con anemia de células rojas en hoz. Además de los efectos de la anestesia, los enfermos anémicos toleran muy mal las pérdidas de sangre; tienen una marcada disminución de la resistencia frente a las infecciones y un estado de salud general más bien bajo.

POLICITEMIA.

Los enfermos con policitemia que presentan un aumento absoluto o relativo del número de células rojas de la sangre, pueden manifestar cianosis en presencia de adecuados niveles de oxihemoglobina debido a un exceso de hemoglobina. El cirujano dentista debe tener en cuenta el hecho de que los enfermos con Policitemia se verán sangrar abundantemente después de las extracciones. La Hemostasia se debe practicar con mucho cuidado.

AGRANULOCITOSIS.

Esta enfermedad se caracteriza por un severo dolor de garganta, marcada postración y disminución muy acentuada e incluso desaparición de los granulocitos de la sangre. Conocida también como neutropenia. Normalmente está producida por una respuesta idiosincrásica frente a la ingestión de algunos fármacos. El cirujano dentista, es a menudo, consultado por las alteraciones que suelen presentarse en la boca; además se pueden presentar infecciones periapicales crónicas. El tratamiento durante las manifestaciones agudas de la enfermedad es solamente de soporte y conservador. Son necesarias las dosis altas de antibióticos para combatir las infecciones que se presentan o las que puedan aparecer.

Cuando aumenta el número de Leucocitos, se pueden realizar las intervenciones dentales que afecten a las piezas más

severamente infectadas y siempre bajo una cobertura de antibióticos.

En estos pacientes, se debe administrar una medicación adecuada, cuando se haya de realizar cualquier intervención oral.

LEUCEMIA.

Se caracteriza por una proliferación amplia y anormal de leucocitos y de sus precursores a través de todo el cuerpo, especialmente el sistema retículo endotelial. Las formas de leucemia pueden ser agudas y crónicas y fatalmente terminan con la muerte del enfermo en cuestión de meses o años.

El Cirujano Dentista es consultado, a veces, para tratar a pacientes leucémicos por las mismas razones que los de agranulocitosis. Son necesarias las mismas precauciones, para evitar las infecciones, aunque las células blancas estén aumentadas, ya que su capacidad para contrarrestar las infecciones, se hayan muy disminuidas. Además las plaquetas están disminuidas, por lo que se pueden producir severas hemorragias postoperatorias.

La presentación de hemorragias, sobrevienen como síntoma grave después de intervenciones de exodoncia. También se deberá tener cuidado especial en cuanto a la hemostasia local.

HEMOFILIA.

Enfermedad hemorrágica de origen genético tenemos tres tipos:

Hemofilia Tipo A. Se caracteriza por la inexistencia -- del factor antihemofílico, o factor VIII.

Hemofilia Tipo B. Se caracteriza por la ausencia o disminución del factor Chrisman que provoca una incompatibilidad -- con los factores coagulantes, debido a dificultad de tromboplasti na plasmática.

Hemofilia Tipo C. Se caracteriza por inexistencia a la deficiencia de algún elemento formador de la tromboplastina -- plasmática.

El tipo A y B se distinguen por hemorragias intensas y se presentan únicamente en los hijos varones de las mujeres -- portadoras del defecto cromosómico. El tipo C, las hemorragias son menos intensas y no es un factor ligado al sexo.

Hay que intervenir bajo atención hospitalaria, con volú -- menes de sangre para transfusiones, material de hemostasia y tratamientos paliativos antes de la intervención.

c). ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS.

DIABETES.

La diabetes (enfermedad hereditaria o adquirida, en la que existe una alteración en el metabolismo de los hidratos de -- carbono, secundaria a una deficiencia absoluta o relativa de insulina), presenta una serie de problemas de interés para el Cirujano Dentista. El primero se refiere al mantenimiento de los niveles sanguíneos de glucosa, mientras se está realizando la -- intervención oral. Esto es importante en el caso de que se em -- plee anestesia general; la posibilidad de mantener el balance -- de glucosa dentro de unos niveles correctos está en relación in -- versa a la gravedad de la enfermedad. Para darnos cuenta del -- grado de Severidad de la misma, nos puede servir averiguar --

que clase y qué cantidad de agente hipoglucémico está tomando el enfermo, este es un dato que ha de obtenerse siempre de un paciente diabético.

Los pacientes afectados de diabetes moderada, acostumbran tomar una pequeña cantidad diaria de insulina por vía subcutánea y no suelen tener grandes dificultades para mantener su nivel de glucemia. La eliminación de insulina que se administra por la mañana o, del agente hipoglucémico de que se trate, no acostumbra a producir efectos nocivos; si hay que emplear anestesia general, es procurable realizar las intervenciones en una hora temprana de la mañana. Los pacientes con diabetes de importancia, presentan más de un problema en lo que se refiere, tanto a la anestesia, como a la cirugía. Normalmente, toman de 35 a 100 unidades de insulina diarias. El tipo llamado diabetes juvenil cae dentro de esta categoría e incluso muchos enfermos que sufren la llamada diabetes incipiente del adulto están severamente afectados. Estos casos suelen ser cetogénicos es decir, que en ausencia de cantidad suficiente de insulina, tiende a formar cuerpos cetónicos y dar lugar a una cetoacidosis a ellos se asume el hecho de que la sobre carga que supone la intervención quirúrgica o la anestesia general puede ser causa de que se agrave la diabetes y se aumenten las necesidades de insulina por parte del enfermo. Con este tipo de pacientes la anestesia general debe administrarse sólo bajo vigilancia hospitalaria y con todos los cuidados precisos.

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.

Estos pacientes manifiestan un problema común, la posibilidad de presentación de una insuficiencia suprarrenal aguda al someterlos a la sobrecarga que representa una intervención quirúrgica o la práctica de una anestesia general. En algunos enfermos que padecen de insuficiencia suprarrenal (enfermedad de Addison), o que han estado tomando de una forma sistemática corticosteroides en el tratamiento de enfermedades crónicas como asma, lupus eritematoso, o dermatosis crónica, es aconsejable administrarles una dosis de compensación ma-

yor de la habitual antes de practicarles una intervención quirúrgica o una anestésia.

HIPERTIROIDISMO

Las dificultades que se presentan en los hipertiroideos, se reducen a las personas que no están bajo tratamiento o que éste resulta insuficiente.

El enfermo tirotóxico, puede ser tratado de una forma similar al paciente que goza de buena salud. El enfermo hipertiroideo puede ser reconocido por algunos signos, tales como: nerviosismo, fino temblor de los dedos al realizar movimientos de extensión y pérdida de peso, conservando un buen apetito.

La cirugía y la anestésia deben practicarse con sumo cuidado en los hipertiroideos, por la posibilidad de que se presente un derrumbamiento tiroideo, en el que aparece una crisis con gran exacerbación de todos los signos y síntomas de la crisis hipertiroideas y desenlace fatal. Estos pacientes son muy sencibles a la adrenalina, está contraindicado su empleo, así como la atropina, por sus propiedades vagolíticas, producen taquicardia, que puede desencadenar el fallo tiroideo.

D) APARATO RESPIRATORIO

ASMA BRONQUIAL

Es un padecimiento crónico de tipo alérgico, caracterizado por espasmo de los músculos bronquiales, la cual puede deberse a una hipersensibilidad a todo tipo de alérgenos ya sean químicos, físicos, alimenticios, diversos polvos (polenes), y a bacterias.

Nos interesan tres aspectos importantes:

1. - Cualquier estímulo emocional, puede provocar un ataque asmático, tanto bajo anestésia general como local. Por otra parte, se deben tener a mano todos los fármacos necesarios para combatir un ataque asmático agudo, como son la adrenalina y la aminofilina ya sea por via oral o por via intravenosa.

2. - Tipo de anestésia que debe emplearse. Se usa local de eleccion; en caso de emplearse anestésia general, se usará un agente anestésico del tipo del fluothane con acción vasodilatadora directa sobre los músculos bronquiales.

3. - Estos pacientes acostumbran a tomar cantidades -- considerables de corticosteroides durante periodos bastante prolongados, lo cual deberá también tenerse en cuenta.

BRONQUITIS CRONICA Y ENFISEMA

Los cambios patológicos que se producen en estas dos enfermedades pulmonares crónicas (en el árbol traqueo bronquial, en la bronquitis crónica, y en los alveólos pulmonares el enfisema), producen graves impedimentos en la función respiratoria.

La eficacia respiratoria de estos pacientes, está tan comprometida que el someterlos a la anestésia general es sumamente aventurado y peligroso los pacientes afectados de alguna de éstas enfermedades, son acidóticos en cierto grado debido a la hiperventilación crónica y a la relativa hiperexcitabilidad del centro respiratorio por el dióxido de carbono producido; la administración de oxígeno disminuye la excitabilidad del centro respiratorio al dióxido de carbono, pero contribuye de esta forma a que aumente la acidosis.

Los anestésicos generales empleados, contienen barbitúricos y éstos producen una acción depresora del centro respiratorio, por lo tanto, debe de tenerse especial cuidado con estos enfermos, de forma que el estado de acidosis que se produce como consecuencia de todo ello, no sobrepase los límites de tolerancia. La anestesia local es la de elección, pero cuando se considera necesario el empleo de la anestésia general, ésta deberá aplicarse únicamente si el enfermo está internado en un hospital.

INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

Los pacientes con procesos infecciosos de las vías respiratorias altas, se consideran no aptos para la aplicación de la anestésia general. La presencia de disturbios nasofaríngeos, puede ser un punto de partida del espasmo laríngeo y la fiebre que puede aparecer en el postoperatorio por las infecciones existentes en tramos respiratorios superiores.

E) APARATO GASTROINTESTINAL

ENFERMEDADES HEPATICAS

El cirujano dentista se encuentra a menudo en la necesidad de tratar pacientes que presentan algún tipo de lesión hepática, como es la hepatitis y la cirrosis; y a su vez determina la posibilidad de someter al paciente a los actos quirúrgicos y de anestésia. Las dos complicaciones más importantes de las enfermedades hepáticas son: los efectos que presenta sobre la hemostasia y las repercusiones del empleo de la anestésia general, especialmente de los barbitúricos.

En las lesiones hepáticas ligeras y graves, la producción de protombina por parte del hígado está dificultada en un grado variable. La gravedad del déficit de protombina suele ser proporcional al grado de lesión hepática.

Un paciente con tiempo de protombina entre 1.5 a 2.5 veces y superior al tiempo control normal, presentará problemas sin importancia, siempre que se adopten medidas hemostáticas locales adecuadas.

La intervención que se realice en un paciente con un tiempo de protombina bajo (2.5 a 3 veces el tiempo normal) debe limitarse al menor número de dientes posibles. Cuando la gravedad de la lesión hepática sea tal que el tiempo de protombina alcanza 3 veces el valor normal, y están alterados otros factores de la hemostasia, por ejemplo el fibrinógeno, entonces la importancia que puede tener la intervención en la boca, pasa a un segundo plano ante la posibilidad de presentación de hemorragias espontáneas cerebrales o de otra región.

El otro problema que se presenta en casos con enfermedades hepáticas, especialmente en la cirrosis alcohólicas, se refiere a la habilidad por parte del hígado de metabolizar los barbitúricos de acción rápida.

Sin embargo se ha observado a menudo que se necesitan mayores cantidades de barbitúricos en estos pacientes para lograr la inducción de la anestesia. Esto hace que los alcohólicos constituyen un riesgo en el consultorio, al querer emplear en ellos la anestesia general.

ULCERA PEPTICA

La única contraindicación es el empleo de corticosteroides que se emplean para disminuir el edema postoperatorio, ya que éstos medicamentos, perforan la úlcera y pueden formar una peritonitis.

F) SISTEMA NERVIOSO.

EPILEPSIA

Es una alteración paroxística crónica de la función cerebral que se caracteriza por ataques recurrentes que producen cambios en el estado de la conciencia y pueden o no ir acompañados de convulsiones.

Estos pacientes son susceptibles a presentar ataques mientras están sentados en la sala de espera o en el sillón dental, y para esto hay que evitar la aspiración de la lengua colocando un bloque apropiado entre sus dientes, colocarlo acostado, aflojar las ropas que cubren el cuello y administrar oxígeno.

El tratamiento de estos pacientes, es a base de dilantina sódica y epamin (medicamentos que nos ayudan a evitar los ataques).

Con respecto a la anestésia, es preferible tratar a estos pacientes bajo anestésia local. En ausencia de cualquier contraindicación, los barbitúricos de acción ultracorta parecen ser la mejor anestésia de éstos pacientes de difícil control.

APOPLEJIA

La apoplejia es un padecimiento cuyos portadores son pacientes con quienes debemos tener mucho cuidado, ya que pueden estar tomando anticoagulantes. Si el enfermo ha tenido algún accidente vascular cerebral previo; puede presentar un simple síncope confundible con otra apoplejia.

Durante la intervención, debe fijarse el odontólogo en los síntomas más claros como: parestesias, paresias, hiperestésias de las extremidades superiores, dificultad en el habla y ano-

malias de los nervios craneales.

MIASTENIA GRAVE.

Es un padecimiento caracterizado por una fatigabilidad progresiva y debilidad de los músculos por una dificultad en la conducción nerviosa en las uniones mioneurales.

La enfermedad responde tan bien a la terapéutica que los pacientes con miastenia bien tratada presentan muy pocas diferencias con los otros pacientes normales. Es importante que el enfermo reciba la medicación en un espacio de tiempo lo más cercano posible a la intervención; si se piensa que la intervención ha de ser de alguna duración y el enfermo está bajo los efectos de una medicación de acción corta, lo más aconsejable será hospitalizar al paciente.

G). REACCIONES ALERGICAS.

Es de primordial interés interrogar al paciente acerca de experiencias obtenidas anteriormente sobre sus antecedentes alérgicos que haya presentado o presente el paciente a cierto tipo de alérgenos ya sean: químicos, físicos, alimenticios, anésicos.

La alergia incluye todos los tipos de hipersensibilidad específica. El término puede usarse en el más amplio sentido inmunológico para abarcar todas las formas de reactividad específica exagerada que se efectúa por medio de mecanismos anormales o especiales ya sean espontáneos, adquiridos o inducidos.

CAPITULO V

POSICION DEL PACIENTE Y DEL CIRUJANO DENTISTA

Es de suma importancia que tanto el paciente, como el Cirujano Dentista se ubiquen en una estancia tan cómoda en la que la habitación que les sirve como sala de operación, les facilite efectuar sin ningún problema las maniobras operatorias.

En el sillón dental pueden efectuarse la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas. La posición del paciente sentado, no solamente es favorable para la realización de las operaciones en la cavidad bucal, sino que es la óptima. La ubicación del Cirujano Dentista al lado del paciente varía según el diente a extraer.

Posición del paciente. - Este debe estar cómodamente sentado, y su espalda apoyada en el respaldo del sillón y su cabeza colocada cómodamente en el cabezal y descansada sobre el occipital.

A). POSICION DEL PACIENTE PARA OPERAR EN EL MAXILAR SUPERIOR.

El respaldo debe colocarse en un ángulo no mayor de 45° , por lo tanto la cabeza debe permanecer ligeramente inclinada hacia atrás, de modo que la arcada superior forme un ángulo de 90° con el eje del tronco.

La arcada superior del paciente debe de estar a la altura en que se encuentren los hombros del operador, de este modo presenta una visión mucho más perfecta.

Por lo tanto, las maniobras deberán ser más sencillas mientras que el esfuerzo y el trabajo realizados más útiles.

POSICION DEL CIRUJANO DENTISTA PARA OPERAR EN EL MAXILAR SUPERIOR.

Es de suma importancia la posición del Cirujano Dentista, porque tiene que ejercer fuerzas considerables cuando se extraen las piezas del maxilar superior con fórceps y por lo tanto el operador debe colocarse a la derecha del sillón dental y ligeramente por delante del paciente casi dándole el frente.

B). POSICION DEL PACIENTE PARA OPERAR EN EL MAXILAR INFERIOR.

Lado derecho. - El sillón deberá permanecer inclinado hacia atrás en ángulo de 45° para permitir las maniobras que el operador deba realizar estando este situado detrás del paciente, por lo tanto deberá colocarse el sillón en una posición más inferior.

Lado izquierdo. - Aquí el respaldo del sillón deberá formar un ángulo recto con respecto al asiento, la cabeza estará en el mismo eje del tronco, la iluminación y visión sobre el maxilar deberá ser perfecta y la cabeza del paciente a la altura de los codos del operador.

POSICION DEL CIRUJANO DENTISTA PARA OPERAR EN EL MAXILAR INFERIOR.

Lado izquierdo. - El Cirujano Dentista, se situará a la derecha y adelante del paciente para que pueda dominar perfec-

tamente el campo operatorio y no interferir con la iluminación.

Lado derecho. - En esta posición el Cirujano Dentista - alcanzará su mayor eficacia ubicándose por detrás del paciente, - a la izquierda del mismo; es importante no forzar la mandíbula, - porque puede ocasionarse la luxación de la articulación temporomandibular y de los ligamentos extraarticulares.

Con la mano izquierda se sujeta la mandíbula y se contrarresta la fuerza que se aplique al diente, además se usan los dedos pulgar e índice para afianzar el fórceps cuando se aplique al diente, para evitar que resbale y desgarré el borde gingival - cuando se está adaptando o al efectuarse los movimientos que - dan como resultado la luxación de la pieza, este afianzamiento - con los dedos pulgar e índice evita también que el fórceps golpee los dientes adyacentes o a los del maxilar superior cuando la pieza sea extraída de su alvéolo.

C). POSICION DE LAS MANOS DEL OPERADOR.

La mano derecha está destinada al manejo de los instrumentos quirúrgicos la mano izquierda debe ser su colaboración, sosteniendo el maxilar, separando los labios o la lengua.

Para las operaciones en la región frontal superior, la mano izquierda debe colocarse de manera que con los dedos índice y pulgar, se mantenga firmemente el maxilar superior, el pulgar apoyado en la cara palatina de los dientes y el índice cruzado horizontalmente sobre la encía; el labio superior se separa con este dedo pudiendo ser ayudado por los otros tres dedos en esta maniobra.

Estos últimos dedos deben también estar realizando funciones tales como sostener separadores o colaborar en la realización de los puntos de sutura. Para la extracción de los mola-

res y premolares superiores del lado izquierdo, es conveniente colocar el pulgar e índice en la forma recién descrita, separando labios y mejillas con los dedos anular y medio, colocados dentro de la boca en el surco vestibular.

Para los mismos dientes del lado derecho, pulgar e índice sostendrán el maxilar, dirigiendo la palma de la mano contra la cara del paciente.

El maxilar inferior necesita ser fijado y sostenido fuertemente; entre otras razones, para evitar su luxación, o disminuir la intensa presión que es necesario ejercer para algunas extracciones.

La mano izquierda, en extracciones de molares y premolares del lado izquierdo, actúa de la siguiente manera: el dedo índice, ubicándose en el surco vestibular, separa y protege el carrillo y labio inferior; el mediano, por dentro de la arcada dentaria, separa y protege la lengua; el pulgar sostiene fuertemente el maxilar y los dedos restantes colaboran con esta función, apoyándose con la cara dorsal de los mismos, en el mentón del maxilar.

Para el lado derecho del maxilar, el brazo izquierdo rodea la cabeza del paciente; el índice separa la lengua, el dedo medio en el surco vestibular separa el carrillo y el labio, y los dedos restantes mantienen el maxilar inferior.

Para la extracción de los dientes anteriores, se toma la mandíbula colocando el pulgar debajo del mentón y los dedos restantes apoyados sobre la arcada dentaria. También es cómodo y útil, mantener la mandíbula sostenida con los dedos pulgar sobre la cara vestibular, el índice sobre la cara lingual, el medio separando la lengua y los otros dedos tomando apoyo en la cara sobre el labio y mentón.

CAPITULO VI

TECNICAS DE ANESTESIA

Para lograr una analgesia completa, hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va a anesthesiarse. Las variaciones que pudiera haber en la posición del aguja, se compensan en parte, con las cualidades excelentes, en cuanto a profundidad, y difusión, que son característica de las soluciones anestésicas. Lo más común, es que se inyecten de 1 a 2 ml. solamente; siempre conviene asegurarse de que el aguja sea colocada con la mayor exactitud posible.

Al inyectar en el pliegue bucal (anestesia por infiltración), puede lograrse que la solución sea depositada correctamente en el ápice, si se procura que la posición del aguja tenga la misma dirección del eje longitudinal del diente en el que se va a intervenir. En la anestesia por infiltración, el volumen limitado de la solución que se utiliza, tiene que difundirse desde el sitio de la inyección, a través del periostio y del hueso compacto, hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la pulpa, el periodonto y el maxilar.

Tanto en la anestesia por infiltración, como en la anestesia por bloqueo, la solución debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo.

A continuación se exponen las técnicas de anestesia que se utilizan con más frecuencia.

1.- PARA EL MAXILAR SUPERIOR.

- a) Bloqueo infraorbitario.
- b) Bloqueo del nervio alveolar posterosuperior.
- c) Bloqueo del nervio palatino.

- d) Bloqueo del nervio nasopalatino.
- e) Bloqueo suprapariósrico o anestesia por infiltración.

2. - PARA EL MAXILAR INFERIOR.

- a) Bloqueo mandibular.
- b) Bloqueo mentoniano.

a) Bloqueo infraorbitario.

Consiste en la inyección del nervio infraorbitario, así como de las ramas terminales de éste que son: parpebral inferior, nasal externa, nasal interna y labio superior. También queda involucrado, el nervio alveolar anterosuperior y medio, así como el posterosuperior, los cuales emergen del nervio infraorbitario en la parte anterior del canal infraorbital.

Se emplea, cuando se necesita analgesia de los incisivos superiores, caninos, y premolares, o bien, cuando hay alguna contraindicación para realizar la inyección suprapariósrica de alguna de esas piezas.

Para este bloqueo, la referencia principal, es el agujero infraorbitario, el cual es localizado mediante palpación justamente debajo de la escotadura infraorbitaria, a un centímetro fuera del ala de la nariz y a nivel de la pupila.

La punción puede hacerse, ya sea a través de un pápula hecha a éste nivel, o bien, a nivel del pliegue de la mucosa bucal, manteniendo el dedo medio, sobre el agujero infraorbitario como referencia.

El aguja nunca debe introducirse más de 0.7 cms. por el agujero infraorbitario, por el peligro de llegar a la órbita. Deben inyectarse, de 1.5 a 1.8 de solución bloqueadora.

b) Bloqueo del nervio alveolar posterosuperior.

Este bloqueo llamado también inyección cigomática, consiste en la infiltración anestésica de las ramas del nervio maxilar superior que, junto con las palatinas, van a dar la inervación de los molares superiores. El nervio alveolar llamado también dental posterior, nace del nervio maxilar superior y pasa al foramen alveolar posterior en la cara cigomática de la tuberosidad maxilar.

Se toman como referencia el último molar y el borde gingival del molar superior. El foramen alveolar se localiza a 2-3 cms. por encima de la línea gingival del último molar. Se introduce el aguja a través del repliegue mucoso en la región apical del primer molar en un ángulo de 45° hacia atrás y hacia arriba, hasta que penetre el aguja, recordando que debe hacerse la punción lentamente a ese nivel.

Este bloqueo se usa para extracciones de los molares y premolares cuando se combina con el bloqueo del palatino anterior.

c) Bloqueo del nervio palatino.

El nervio palatino anterior inerva, la fibromucosa y encía palatina, y se dirige hacia adelante anastomosándose con el nervio nasopalatino.

La referencia de este bloqueo, es el segundo molar, en el cual se introduce el aguja, un centímetro entre la línea de la encía y la línea media del paladar, dirigiéndola hacia arriba y hacia atrás perforando el tejido palatino en el conducto. Se inyectará 1 c. c. de solución anestésica.

d) Bloqueo del nervio nasopalatino.

El bloqueo del nervio nasopalatino o palatino anterior,

va a inervar la parte anterior del paladar hasta la altura del canino.

Se punciona en la base de la papila, del lado derecho o izquierdo, situado en la línea media por detrás de los incisivos, pero no en el cuerpo mismo de éste elemento. Después de atravesar la mucosa y llegar al conducto palatino, se depositarán -- muy lentamente, de 0.5 a 1 c. c. de solución anestésica. Esta -- técnica, se emplea para extracciones dentales de incisivos, empleando, junto con el bloqueo infraorbitario.

Es menester recordar que esta papila está compuesta -- por tejido fibroso, ricamente inervada, lo cual la hace sumamente sensible.

e) Bloqueo supraparióstico o anestésia por infiltración.

El bloqueo supraparióstico o anestesia por infiltración local, se obtiene inyectando la solución anestésica a través de -- las membranas mucosas y depositándola sobre el periostio en la proximidad de los ápices de los dientes. Al difundirse a través del periostio, el anestésico penetra hasta las fibras nerviosas -- para bloquear la transmisión del dolor. La técnica supraparióstica es particularmente útil para la anestesia de los dientes maxilares, a causa de la estructura porosa del maxilar, que permite la difusión adecuada de la solución.

a) Bloqueo mandibular.

Es el bloqueo de la rama alveolar o dentario inferior -- del nervio mandibular, en la mitad de la rama ascendente del -- maxilar inferior en la región del conducto dentario.

Es la técnica de elección para los procedimientos dentales del maxilar inferior; la inyección supraparióstica en esta región, no resulta satisfactoria, puesto que la mandíbula, es -- de una estructura ósea compacta, a través de la cual, no puede

difundirse libremente la solución anestésica. Los dientes mandibulares, se anestesian más fácilmente, por medio del bloqueo del nervio, en el punto donde penetra, en el canal alveolar inferior. Depositando la solución anestésica en la proximidad inmediata del nervio dentario inferior, se produce un bloqueo efectivo de este nervio y de sus ramificaciones mentonianas, inclinadas, y linguales.

Los puntos de referencia, para la inyección, son el margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula, la línea milioidea u oblicua interna, el diente canino y el primer premolar del lado opuesto a inyectar, un punto, a un centímetro, de la superficie triturante del último molar en el lado a inyectarse y los incisivos centrales inferiores.

Se coloca el dedo índice en la boca, y se palpa el margen externo del triángulo retromolar; se lleva hacia la uña del dedo el agujero con la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto; se introduce entonces, la punta hacia la línea media a un centímetro por encima de la superficie triturante del último molar; se empuja el agujero hasta encontrar el hueso; la punta de la agujero viene a quedar cerca del agujero dentario. Se inyectan de 1.5 a 2 ml de la solución anestésica.

Cuando el anestésico se pone en contacto estrecho con el nervio dentario inferior, la solución penetra rápidamente a la vaina del tronco nervioso y bloquea los millares de fibras nerviosas para suministrar a la pulpa, una anestesia profunda en todos los dientes que reciben ramificaciones del nervio.

La anestesia de los tejidos blandos es más corta, aunque no se reduce tan marcadamente, como en la anestesia por infiltración.

b) Bloqueo mentoniano.

El nervio dentario inferior, al llegar al nivel del agujero

ro mentoniano, se divide en dos porciones:

La extraósea, que emerge en forma de penachos por ese orificio, y la intraósea, que constituye los nervios incisivos.

El bloqueo mentoniano se emplea cuando se necesita - - analgesia en los incisivos, caninos y premolares inferiores, así como de la piel y mucosa del labio inferior y la piel de la mandíbula. El foramen mentoniano, se encuentra en el repliegue inferior del vestíbulo oral por dentro del labio inferior, e inmediatamente detrás del primer premolar.

Para su bloqueo, existen dos técnicas: la intraoral y la extraoral.

En la primera, una vez localizado el agujero mentoniano y recordando que el conducto se dirige de adentro hacia afuera, y de adentro hacia atrás y de abajo hacia arriba, será necesario, para abordarlo, dirigir el agujero en sentido contrario a la dirección del conducto.

El operador debe ubicarse a la derecha y detrás del paciente, para el lado derecho; a la izquierda y detrás, para el lado izquierdo. Se separa el labio con los dedos de la mano izquierda y se dirige la jeringa de atrás para adelante y de arriba hacia abajo, hacia el hueso, en procura del orificio, un centímetro por debajo del borde gingival.

Una vez, encontrado el orificio mentoniano, se penetra en el conducto y se depositan 2 c. c. de solución anestésica. Un masaje sobre la región permitirá que el líquido penetre en el conducto.

En la segunda técnica, es menester ante todo, situar la proyección del agujero sobre la piel. Se traza una línea vertical imaginaria entre ambos premolares inferiores, y otra horizontal que corte a la primera a la mitad del camino, entre el

borde gingival y el borde inferior del maxilar. Se puede también, localizar por palpación digital, el sitio donde está ubicado el orificio; se punza la piel, previo botón dérmico, y se dirige la aguja de atrás hacia adelante y de afuera hacia adentro.

Es muy difícil encontrar con exactitud el orificio, por lo tanto, tendremos que conformarnos con una anestesia por difusión, que llegue al nervio mentoniano, y muy raramente, a los nervios incisivos.

Es una técnica poco usada, más bien, sus indicaciones pueden circunscribirse a la cirugía del labio inferior; en cambio la técnica intraoral, es más segura, sobre todo, para operaciones o extracciones de la región de los incisivos inferiores así como caninos y premolares inferiores.

CAPITULO VII

EXTRACCION DENTAL

1. INSTRUMENTAL.

Los instrumentos que ocupamos para la extracción dental se les denomina: Fórceps (pinzas para extracciones) y elevadores también llamados botadores cuya elección es muy importante.

2. USO DEL FORCEPS.

Condiciones que debe reunir el fórceps:

En primer lugar el fórceps debe adaptarse bien a la mano del operador. En segundo lugar debe tener la curvatura adecuada para tomar al diente por su contorno cervical, sin que ni los labios ni los dientes adyacentes o antagónicos dificulten su movimiento en su arco.

En tercer lugar debe ser lo suficientemente ligero para que el operador pueda sentir a través del instrumento mismo, la resistencia del hueso y advertir cuando éste y las raíces del diente se luxen.

La pinza para extracciones, es un instrumento basado en el principio de la palanca de primer grado, con el cual, se toma el diente a extraer, imprimiéndole movimientos particulares por medio de los cuales, se elimina la pieza dentaria a extraer.

Las pinzas para extracciones dentarias, consta de dos partes:

La pasiva y la activa, unidas entre si por una articulación, y en términos generales vamos a encontrar dos tipos:

- a) Aquellas destinadas a extraer dientes del maxilar superior.
- b) Aquellas destinadas a extraer dientes del maxilar inferior.

La diferencia de estos modelos reside en que las del maxilar superior, poseen la parte pasiva y activa en una misma línea, mientras que las pinzas para el maxilar inferior, tienen ambas partes en ángulo recto.

Cada diente o grupo de dientes exige una pinza particular, diseñada según la anatomía de la pieza a extraer.

3.- TECNICA DE LA EXTRACCION DENTARIA CON FORCEPS.

El fórceps para la extracción consta de dos partes, la activa y la pasiva. A ambas le están encomendadas funciones distintas en el acto quirúrgico.

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

Las ramas del fórceps se adaptan a la palma de la mano derecha; el dedo pulgar se coloca entre ambas ramas, actuando como tutor para vigilar y regular el movimiento y la fuerza a ejercer.

La parte activa. - Se adapta a la corona anatómica del diente. Sus caras externas son lisas y las internas, además de ser concavas, presentan estrías para impedir el deslizamiento. Los bordes o mordientes de la pinza siguen las modalidades del cuello dentario.

Las que se adaptan a los cuellos de los molares presentan mordientes en forma de ángulo diedro, para adaptarlos a las bifurcaciones de las raíces de las piezas dentarias. La pinza apresa la pieza dentaria, debiendo formar los mordientes y el diente una línea continua, moviéndose el todo sobre un punto que es el ápice radicular.

En exodoncia actúa como una palanca de primer grado, estando colocada la resistencia (hueso alveolar) entre la potencia (la mano del operador) y el punto de apoyo (ápice radicular).

4.- TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON FORCEPS.

El acto de extraer un diente de su alvéolo, requiere de varios tiempos: Prehensión, Luxación y Tracción.

Prehensión. - Es la aplicación de la pinza, sobre la toma de la pieza dentaria, primer tiempo de la exodoncia que es el fundamental, del cual depende el éxito de los tiempos siguientes.

La pinza toma el diente por encima de su cuello anatómico, en donde se apoya a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar la pieza dentaria. La corona dentaria no debe intervenir como elemento útil en la aplicación de la fuerza. Su fractura sería la consecuencia de esta falsa maniobra.

Por lo tanto el instrumento debe colocarse por debajo del borde gingival hasta llegar al cuello o bifurcaciones de la -

pieza dentaria. Ambos mordientes o bocados, el externo o bucal y el interno o lingual, deben penetrar simultáneamente hasta el punto elegido. Llegando a éste, la mano derecha cierra las ramas de la pinza, manteniendo con el pulgar el control de la fuerza.

Luxación. - La luxación o desarticulación del diente, es el segundo tiempo de la exodoncia, por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alveolo. Este tiempo se realiza por medio de dos mecanismos: a) movimientos de lateralidad del diente dirigiéndose de adentro a afuera; b) movimiento de rotación, desplazando al diente a derecha o izquierda en el sentido de su eje mayor.

a) Movimientos de lateralidad del diente. - Dirigiéndose de adentro hacia afuera y después de afuera hacia adentro siendo más largo el movimiento de adentro hacia afuera para vencer -- más fácilmente la tabla externa del hueso o alveolo. La primera fuerza se efectuará, impulsando el diente en dirección de su ápice como queriendo introducir el diente dentro de su alvéolo. Esta fuerza permite apoyar la porción apical en la cúspide del alvéolo, punto que sirve como centro del arco que describirá el diente.

La segunda fuerza mueve a la pieza según el arco al -- que hemos hecho referencia, eligiendo como primera dirección la tabla ósea de menor resistencia (la bucal, que es la más -- elástica). Este movimiento de lateralidad tiene un límite, que está dado por el de dilatación del alvéolo. Excediendo el movimiento, la tabla externa se fractura.

Si ésta tabla es lo suficientemente sólida o compacta, el diente será quien tendrá que fracturarse. Por eso, los movimientos laterales de luxación deben ser dirigidos por el tacto de quien opera.

b) Movimientos de rotación. - Se realiza siguiendo el -

eje longitudinal del diente, es un movimiento complementario con el de lateralidad.

La rotación sólo puede ser aplicada en dientes monorradiculares. Los dientes multirradiculares se fracturan como es lógico, al hacerlos girar.

Tracción. - Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el diente de su alvéolo. Este movimiento se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alvéolo y roto los ligamentos.

La fuerza aplicada a este fin de extraer el diente del alvéolo; se desarrolla en sentido inverso a la dirección del ápice del diente.

Generalmente la cantidad exigida es mínima o pequeña y la resultante de la fuerza tiende a dirigir al diente en sentido de la corona y de la tabla externa.

5. - USO DE ELEVADORES.

Los elevadores son instrumentos, que basados en principios de física, tienen aplicación en exodoncia, con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

Este instrumento, consta de tres partes, que son: el mango, el tallo, y la hoja.

El mango. - Debe adaptarse bien a la mano del operador, el cual se le encuentra de diversas formas y modelos. Con respecto al tallo está dispuesto de dos maneras: en la misma línea, o perpendicular al tallo, formando una T.

El tallo. - Es la parte del instrumento que une el mango con la hoja, debe adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal. Está construido de acero, suficiente como para cumplir su cometido sin variar la forma.

La hoja. - Se fabrica de distintos diseños según la aplicación que se le dé al instrumento. Dos son las formas generales de presentación, de las cuales depende su manera de actuar: cuando la hoja está en línea con el tallo (elevadores rectos), - cuando la hoja forma con el tallo un ángulo de grado variable (elevadores curvos).

6. - TECNICA DE LA EXTRACCION CON ELEVADORES.

Como palanca, deben ser considerados en el elevador tres factores: el punto de apoyo, la potencia y la resistencia.

El punto de apoyo. - Para actuar la palanca destinada a elevar un diente o una raíz dentaria, debe valerse de un punto de apoyo, el cual está dado por dos elementos: el hueso maxilar o los dientes vecinos o raíces de los dientes vecinos. El hueso maxilar es un punto de apoyo útil para el elevador. El borde alveolar cuando es fuerte y resistente, permite el apoyo de instrumentos para movilizar una raíz retenida en implantación normal.

Generalmente este apoyo se busca en el ángulo mesio-bucal del diente a extraer, pero cuando algunas condiciones así lo exigen, el elevador puede tener apoyo lingual, mesial, distal o bucal.

La eficacia del punto de apoyo exige que esté desprovisto de partes blandas, las cuales o le impiden actuar, o son traumatizadas en el acto quirúrgico. Por lo tanto el tejido gingival debe ser separado para no traumatizarlo. Los dientes vecinos constituyen un punto de apoyo útil.

El uso de un diente vecino exige, algunas condiciones para que resulte eficaz éste propósito.

La corona debe mantener su integridad anatómica, no estando viciado el papel del punto de apoyo por la disminución de su resistencia física, por ejemplo en el caso de ser portador de un aparato protésico o en obturaciones proximales.

La potencia. - La fuerza ejercida, destinada a elevar una raíz dentaria, varía con el grado de implantación y resistencia -- que presenta la misma a extraer, siguiendo el principio de física, cuanto más cerca está el punto de apoyo, de la resistencia (diente a extraer), mayor será la eficacia de la fuerza a emplearse.

La resistencia. - Está representada por el diente a extraerse. Está condicionada por la disposición radicular, la cantidad de hueso que la cubre o rodea y la calidad de este hueso, es decir la mayor o menor calcificación del mismo, la distinta disposición de las trabéculas óseas y la edad del paciente.

7.- TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON ELEVADOR.

Los tiempos de la exodoncia son: Aplicación, Luxación y Elevación o extracción.

Aplicación. - Para cumplir con eficacia este fin, el elevador cualquiera que sea su tipo, debe ser colocado en posición, es decir, buscar su punto de apoyo. Este instrumento se toma con la mano derecha, empuñándolo ampliamente con toda la mano, y teniendo como apoyo la palma de la mano. El dedo índice debe acompañar el tallo para evitar accidentes en el tejido blando.

En términos generales, el instrumento debe ser guiado en busca del punto de apoyo, haciéndolo avanzar por cortos mo-

vimientos de rotación, entre el alvéolo y la raíz del diente por extraer.

Luxación. - Logrado el punto de apoyo y el sitio de aplicación del elevador, se dirige el instrumento con movimientos de rotación, descenso o elevación, maniobras con las cuales el diente rompe su adherencia parodontal, dilata al alvéolo permitiéndose así su extracción.

Este tiempo no tiene límites precisos con el de aplicación del instrumento.

Extracción. - Con sucesivos movimientos de rotación o descenso, el diente abandona su alvéolo, desde donde puede extraerse con pinzas para extracciones, y su modo de acción es el siguiente: introducido en el alvéolo dentario, entre la pared ósea y el diente que lo ocupa, se desplaza el órgano dentario, en la medida que la cuña (elevador) se profundiza en el alvéolo; la raíz va siendo desalojada, en la cantidad equivalente al grado de introducción y dimensiones del instrumento.

CAPITULO VIII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA EXTRACCION DENTARIA

El Odontólogo que realiza procedimientos quirúrgicos - necesita poseer un conocimiento absoluto de las técnicas quirúrgicas específicas. El conocimiento de las posibles complicaciones y su manejo también deberá ser comprendido totalmente para asegurar el máximo cuidado del paciente; A continuación se presentan las causas, prevención y manejo de las complicaciones relacionadas con la extracción de los dientes y procedimientos relacionados.

A). FRACTURAS DE CORONAS CLINICAS.

Las fracturas de las coronas de los dientes ocasionadas por una mala técnica o por algún descuido del odontólogo durante la extracción de las piezas, pueden afectar al esmalte del mismo; al esmalte y dentina, o al esmalte-dentina y pulpa. Por lo tanto, este esmalte fracturado con frecuencia puede ser alisado y pulido, mientras que la dentina expuesta exige un tratamiento con un material como es el recubrimiento pulpar, y una restauración - adecuada.

Las fracturas extensas en donde la pulpa queda expuesta, exigen también, tratamientos con materiales adecuados; podría ser necesario realizar un tratamiento de conductos radiculares, dependiendo de la extensión y de la exposición pulpar.

B). FRACTURAS RADICULARES.

Existen muchas razones, por las cuales, se pueden - - fracturar las raíces dentarias durante la intervención, entre - -

ellas, pueden ser consideradas las siguientes:

1. - Aplicación impropia de los mordientes de la pinza para la extracción.

a) Colocación de los mordientes sobre el esmalte, en vez, del cemento.

b) Colocación de los mordientes, no paralelos, al eje del diente.

2. - Pinzas que no corresponden a determinadas piezas dentarias.

3. - Caries extensa.

4. - Fragilidad debida a la edad del paciente o desvitalización del diente. Los conductos radiculares obturados, indican la posibilidad de fractura.

5. - Formación radicular peculiar.

a) Raíces curvas.

b) Hipercementosis.

c) Raíces supernumerarias.

6. - Densidad excesiva del hueso de sostén a causa de:

a) Osteitis condensante.

b) Dientes aislados por extracción de dientes adyacentes algunos años antes.

c) Pilares de puentes fijos o removibles sometidos a gran esfuerzo.

d) Alimentos duros.

e) Masticación de tabaco.

f) Bajo grado de gingivitis crónica, que da lugar a periostitis, cuya consecuencia es exostosis labial de la cortical.

7. - Aplicación incorrecta de la fuerza en la exodoncia.

- a) Direcciones erróneas.
- b) Movimientos bruscos sobre la pieza.
- c) Movimientos de rotación donde no está indicado.
- d) Tironeamiento del diente.

C). LESION DE LOS DIENTES ADYACENTES.

Las lesiones a los dientes adyacentes, pueden ser causadas por instrumentos agudos y cortantes, o por fuerzas excesivas o mal dirigidas. El método más valioso para evitar lesiones a los dientes adyacentes, es la cuidadosa valoración preoperatoria. Esta deberá incluir el examen clínico y radiográfico del diente que será extraído.

Antes de la extracción del diente, debemos asegurarnos de que ésta operación es necesaria mediante una radiografía, la historia clínica y el aspecto que el diente presente. El dentista y el paciente deberán estar en mutuo acuerdo sobre cual diente deberá ser extraído.

La elección correcta de los instrumentos, es un paso importante que permitirá al Odontólogo, saber suministrar fuerzas controladas durante la extracción del diente.

D). DIENTES AVULSIONADOS.

En ocasiones el trauma a un diente adyacente, es suficiente para desalojarlo completamente de su alvéolo de soporte. Esta situación, generalmente, es causada por el uso de fuerzas

excesivas o mal dirigidas.

Tales fuerzas, deberán ser evitadas. El diente avulsado, deberá ser examinado, buscando fracturas radiculares; una vez localizadas deberá ser limpiado con una solución salina estéril, teniendo cuidado de proteger las fibras periodontales. La manipulación excesiva y la contaminación de la superficie radicular, deberán evitarse.

El alveolo deberá ser irrigado completamente antes de la reimplantación. Estas maniobras deberán ser hechas en cinco minutos como máximo para que sea un éxito. Una vez que el diente haya sido reimplantado, deberá ser inmovilizado con férulas colocadas en dientes vecinos durante seis semanas aproximadamente; si hay éxito, y es aceptada, se verá en la movilidad natural, pero si no da resultado la pieza será rechazada y se avulsionará por sí sola.

Si el diente se contaminó, deberán aplicarse la inmunización antitetánica y la profilaxia con antibióticos necesarias.

El diente deberá ser examinado detenida y periódicamente, buscando movilidad y cambios radiográficos. Si un diente adulto ha permanecido fuera de su alvéolo más de treinta minutos, se recomienda hacer la obturación endodóntica del conducto radicular o una restauración retrógrada con amalgama.

Si se presenta la resorción radicular externa, será necesaria la extracción.

E). DIENTES MOVILES.

Los dientes, en ocasiones son aflojados por fuerzas excesivas o mal dirigidas. Los dientes ligeramente móviles con tejido periodontal sano, no requieren tratamiento.

Cada diente, deberá ser examinado después de cuatro o seis semanas, buscando movilidad, vitalidad, dolor a la percusión y cambios radiográficos; los dientes muy desplazados y móviles, sin pruebas de fractura alveolar, deberán ser alineados en su porción original e inmovilizados; fijándolos con los dientes adyacentes, mediante ligaduras de alambre, acrílico, o ambos a la vez durante seis semanas; la férula, no deberá permitir el movimiento de los dientes.

Esto, propicia la resolución del problema en el tejido óseo y en los tejidos periodontales. El diente deberá ser examinado periódicamente, determinándose nuevamente la vitalidad, movilidad, dolor a la percusión y cambios radiográficos.

Si el diente pierde su vitalidad, será necesario decidir si puede ser salvado mediante tratamiento endodóntico, o si deberá extraerse.

F). FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR.

Consiste en un accidente que se presenta muy frecuentemente en el curso de la exodoncia, el cual, no tiene mayor importancia ni trascendencia.

El trozo de hueso, se elimina con el órgano dentario, o queda relegado en el alvéolo. En el primer caso, no hay conducta especial a seguir; en el segundo, debe eliminarse el trozo fracturado, de lo contrario, el secuestro o esquirla origina procesos inflamatorios consiguientes tales como: osteítis y abscesos, los cuales no desaparecen hasta la extirpación del hueso fracturado.

G). FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR.

La fractura total, es un accidente posible, aunque no -

frecuente; se presenta sobre todo a nivel del tercer molar, en -- donde la fractura se produce debido a la aplicación incorrecta, y fuerza exagerada, , en el intento de extraer un tercer molar retenido, u otro diente también retenido, los cuales, presentan raf-ces con cementosis y dilaceradas.

La disminución de la resistencia ósea, debida al gran - alveolo del molar actúa como causa predisponente para la fractura del maxilar.

Las afecciones generales y los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, predisponen tanto a los maxilares, como a otros huesos, para la fractura.

Basta con un esfuerzo mínimo o el simple esfuerzo del-acto operatorio, para producir la fractura del hueso.

H.) LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR.

Consiste en la salida del condilo de la mandíbula, de su cavidad glenoidea. Accidente raro; se produce, en ocasiones, -- por extracciones de terceros molares inferiores. Puede ser, unilateral o bilateral. También ocurre, por una mala técnica, en- la extracción de las piezas posteriores, debido a la falta de apo-oyo de la mandíbula con la mano.

La mandíbula luxada, puede volver a ubicarse en su sitio, colocando los dedos pulgares de ambas manos sobre la ar-cada dentaria del maxilar inferior, los dedos restantes sostenien-do la mandíbula, e imprimiéndose fuertemente en tal hueso, un- movimiento hacia abajo, y otro hacia arriba y atrás.

I). LESION DE LAS PARTES BLANDAS.

El desgarró de la mucosa gingival, lengua, carrilos, -

labios etc. es producido por la falta de precaución, o por actuar con brusquedad o nerviosismo. Algunas veces, pueden deslizarse los instrumentos de la mano del operador y herir la encía a las partes blandas vecinas.

Luego de terminar la extracción, las partes desgarradas serán cuidadosamente unidas por medio de puntos de sutura.

Heridas de los labios, producidas por pellizcamientos con las pinzas, lesiones traumáticas de la comisura que se continúan con herpes ubicados en esa región, son bastante frecuentes en el curso de extracciones laboriosas del tercer molar inferior.

J). LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.

Una extracción dentaria, puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos. Estas lesiones pueden radicarse en los nervios dentarios superiores o inferiores.

Los accidentes más importantes, son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior o mentoniano.

El traumatismo sobre el tronco nervioso, puede consistir en: sección aplastamiento o desgarramiento del nervio, cuyas consecuencias van a ser neuritis, neuralgias o anestias en diferentes zonas.

Cuando se realizan extracciones de los premolares inferiores (sobre todo de las raíces o ápices), los instrumentos de exodoncia pueden lesionar el paquete mentoniano a nivel del agujero del mismo nombre o por detrás del mismo, provocando - -

neuritis o anestesia de este paquete. La regeneración del nervio, puede ser cosa de seis semanas o seis meses, con tratamientos térmicos ya sean húmedos o secos.

K). FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO.

No es excepcional que las pinzas de curación, excavadores, exploradores, elevadores, cucharillas, fresas etc., se fracturen en el acto quirúrgico, cuando es aplicada una fuerza excesiva sobre ellos, pudiendo lesionar estructuras vecinas blandas u óseas.

Durante el acto operatorio, algunas quedan como cuerpos extraños en el interior del hueso, originando problemas para extraerlos.

Para extraerlos, se impone una nueva intervención, si es que no es realizada durante el acto de la extracción misma.

L.) FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD.

La tuberosidad del maxilar superior, es de gran importancia funcional en el paciente desdentado, cuando se le fabrican aparatos protéticos.

Por lo tanto, deberán realizarse todos los esfuerzos para conservar esta estructura y una cuidadosa valoración clínica y radiográfica de la zona del maxilar superior antes de la operación. Así, se reducirá la frecuencia de lesiones de la misma.

La fractura de la tuberosidad durante la intervención quirúrgica, generalmente es causada por mala instrumentación, por no reducir el hueso vestibular denso o por no cortar los dien

tes cuando esté indicado este procedimiento.

Los terceros molares superiores incluidos, especialmente los situados en posición palatina, pueden ser proyectados hacia atrás durante la extracción de éstos; ésta fuerza distal puede fracturar la tuberosidad.

Los elevadores de bandera, los elevadores pesados para ápices de piezas inferiores y los elevadores rectos cuyas fuerzas son dirigidas en dirección distal, aumentan la frecuencia de fractura de la tuberosidad.

El hueso vestibular grueso, deberá ser rebajado antes de la extracción de un molar; el corte de los dientes posteriores con configuraciones radiculares que impidan la extracción con fórceps, evitará lesionar la tuberosidad y el alveolo. La tuberosidad fracturada, deberá ser conservada, si es posible.

En aquella fractura de la tuberosidad que incluya el borde alveolar con dientes que no iban a ser extraídos; deberán emplearse férulas o aparatos para fracturas; si la movilidad de la tuberosidad fracturada es mínima, no es necesario recurrir a la fijación.

Sin embargo, en ciertos casos el diente y la tuberosidad pueden poseer gran movilidad. En tales casos la extracción del diente y de la tuberosidad es inevitable.

LL). LESION DEL SENO MAXILAR.

Cuando nos encontramos en un caso en el que tengamos que extraer algún molar o premolar del maxilar superior, debemos tener cuidado de no perforar el piso del antro o seno maxilar.

Tal perforación, puede ocurrir por causas de orden: ac
cidental o instrumental.

La primera, resulta por razones anatómicas de vecin--
dad entre un molar y el piso del seno. Al efectuarse la extrac--
ción, queda instalada la comunicación, en la cual inmediatamen--
te se advierte el accidente porque el agua pasa al seno y sale por
la nariz,

En la segunda, pueden perforar el piso sinusal los ins--
trumentos de exodoncia tales como: cucharillas, elevadores etc.,
adelgazándolo y desgarrando la mucosa, estableciéndose, por es--
te procedimiento, una comunicación.

El tratamiento en la mayoría de los casos, cuando la --
perforación ocurra por razones anatómicas o por instrumenta--
ción, el coágulo se encargará de obturar la comunicación. Bas--
ta en tales casos, colocar una torunda de gasa que favorezca la
hemostasis, o colocar un punto de sutura que, acercando los bor--
des de la encía presente mejores condiciones para la contención
del coágulo.

M). PENETRACION DE UNA RAZA AL SENO MAXILAR.

La raíz de un molar superior, al fugarse de su alveolo--
empujada hacia el fondo del alveolo, por las maniobras efectua--
das para extraerla, puede comportarse en distintas maneras con
relación al seno maxilar.

Dicha raíz, penetra en el antro, desgarrando la muco--
sa sinusal, y se sitúa en el piso de la cavidad del mismo seno, -
se desliza entre la mucosa del seno y el piso óseo, quedando cu--
bierta por la mucosa, y actúa, algunas veces, como cuerpo ex--
traño, y, otras, provocando reacciones patológicas en las cua--
les, hay que intervenir quirúrgicamente para la extracción de--
la misma.

N). HEMATOMA.

La afluencia de sangre provocada por alguna lesión o -- por alguna hemorragia no controlada durante la cirugía, o des-- pués de la misma, puede concentrarse dentro de los planos tisulares y formar un hematoma.

Es un accidente frecuente, al cual, no se le asigna la -- importancia que merece. Se caracteriza, por un aumento del volumen, a nivel del sitio operado provocando un cambio de color, -- en la piel vecina.

Este cambio de color sigue las variaciones de transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina, tomando, primeramente un color rojo vinoso, que se transforma -- en violeta, amarillo-violeta y amarillo.

El cambio de color de la piel dura varios días y termina generalmente al octavo o noveno día de aparecido.

El hematoma, carece de circulación hasta que se organiza, por lo que puede albergar bacterias y propiciar el desarrollo de alguna infección.

La falta de circulación del hematoma, nulifica el tratamiento con antibióticos, aunque la mayor parte de los hematomas son lentamente ingeridos.

El paciente presenta dolor local, rubor, fiebre intensa y reacción ganglionar; síntomas producidos por la infección. El tratamiento, consiste en colocar bolsas de hielo para disminuir el dolor y la tensión, así como sulfamidoterapia y antibióticos.

Si el hematoma llega a abscedarse, deberá ser evacuado mediante una incisión precedida de drenaje.

N). ALVEOLITIS.

La alveolitis o infección putrida del alveolo, es una de las complicaciones más frecuentes y más desagradables que se presentan, después de una extracción dental.

El alveolo seco, osteitis alveolar, alveolo necrótico y osteomielitis localizada, son sinónimos utilizados para describir la afección que se presenta cuando se desintegra el coágulo sanguíneo o, es desalojado de la herida, con la pérdida del coágulo sanguíneo, las terminaciones nerviosas en el hueso, quedan expuestas a la cavidad bucal, provocando con frecuencia dolor intenso.

Cualquier interferencia en la formación y conservación del coágulo sanguíneo, contribuye a ésta afección, aunque se han culpado a muchas afecciones diversas como factores causales, - no hay duda que la infección desempeña un papel importante.

El principal factor para la producción de la alveolitis, es el traumatismo operatorio, el cual debe actuar junto con - otros, tales como:

1. - Anestesia local, los productos químicos que se emplean, tienen un indudable poder tóxico sobre los tejidos perialveolares.

2. - El estado general del paciente, debilitado por una enfermedad general o con trastornos metabólicos.

3. - Entre los factores traumáticos hay que mencionar la excesiva presión sobre las trabéculas óseas por el uso de elevadores, las violencias ejercidas sobre las tablas alveolares, y la elevación de la temperatura del hueso, debida al uso sin medida y sin control de las fresas.

Sintomatología. - El paciente va a presentar dolor irradiado de diversa intensidad. El alveolo donde se localiza la afección, se presenta con los bordes tumefactos: las paredes bucal y lingual, ligeramente rojizas y edematosas.

El alveolo se presenta recubierto por un magma gris-verde, maloliente y en ocasiones, a ésta característica se le da el nombre de alveolo seco.

Las paredes alveolares sin coágulo, se presentan cubiertas por una capa verdosa, o están desnudas. El hueso alveolar en contacto con el medio bucal, se encuentra lleno de dentritus, restos alimenticios y pus. Además los ganglios tributarios al alveolo enfermo se hallan infartados.

Las causas del dolor postoperatorio se deben a:

- a) Irritación debida a bordes cortantes del hueso.
- b) Trozos de hueso que irritan e inflaman el alveolo (sequestrados, esquirlas).
- c) Traumatismo en el alveolo, debido a raspado con cucharilla que pulen el hueso; por el mismo mecanismo, extracciones laboriosas que bruñen la superficie interna de los alveolos.
- d) Raíces que permanecen en el alveolo, cuerpos extraños, restos de granulomas, quistes etc.
- e) Estados generales que dificulten o interfieran en la cicatrización.
- f) Anestesia local.
- g) La acción de salivar, causa una presión negativa, la cual, a su vez libera al alveolo de su coágulo protector.

La alveolitis se presenta con mayor frecuencia, en el maxilar inferior que en el maxilar superior.

Los alveolos más atacados, son los de los molares.

Tratamiento. - Deberá instituirse un tratamiento para aliviar el dolor grave y persistente asociado con esta afección, consistente en la aplicación de un agente local para aliviar el dolor, y un antiséptico (cemento-quirúrgico), para combatir cualquier infección localizada, que pudiera existir.

Existen, actualmente, muchos remedios satisfactorios que contienen estos dos ingredientes básicos; una tira de gasa yodoformada saturada con eugenol, es un apósito sencillo, eficaz y fácil de obtener.

El alveolo deberá ser irrigado cada 24 ó 48 horas, con una solución salina tibia, o suero fisiológico suave, el cual, elimina los restos del coágulo desintegrado, de tal forma que el medicamento, pueda entrar en contacto directo con el hueso expuesto sin dañarlo.

El apósito, deberá ser colocado hasta el fondo del alveolo en forma no muy apretada, cubriendo todo el hueso expuesto; puede esperarse el alivio del dolor, minutos después del tratamiento, situación que persiste generalmente de 24 a 48 horas.

El tratamiento, deberá ser repetido con la frecuencia necesaria para conservar al paciente cómodo. En el pasado, se recomendaba el raspado para estimular el sangrado dentro del alveolo; sin embargo, no hay bases para recomendar éste procedimiento.

A continuación el tratamiento para la alveolitis por orden de curación.

1) Examen radiográfico para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos, la presencia de cuerpos extraños, raíces o secuestros.

2) Anestesia a distancia para no provocar izquemia.

3) Lavaje de la cavidad con un chorro de suero fisiológico tibio; esta maniobra debe realizarse con abundante cantidad de suero; este lavaje tiene por objeto retirar las posibles esquirlas, restos de coágulo, fungosidades y dentritus, debe realizarse con suma delicadesa, pues el alveolo se encuentra sensible, ya que el agua proyectada con fuerza, suele ser insoportable.

4) Suave secamiento de la cavidad con gasa esterilizada; se colocan rollos de algodón y eyector de saliva para aislar el campo operatorio.

5) Aplicación de gasa yodoformada o cemento quirúrgico que ocupe todo el alvéolo.

El cemento quirúrgico puede dejarse varios días. En curas sucesivas se va espaciando el tiempo entre cada curación hasta que el alveolo empieza a granular y sangrar.

El taponamiento de la cavidad alveolar, se realiza con dos fines: Para evitar la entrada a la cavidad de sustancias o cuerpos extraños, y para prevenir la hemorragia y el dolor.

O). HEMORRAGIA.

La hemorragia es considerada como una complicación o accidente postextracción la cual puede ser inmediata o mediata.

Hemorragia inmediata. - Se presenta una vez terminada la intervención quirúrgica de una extracción dentaria, por la falta de coagulación de sangre, y la no formación del coágulo, dicho accidente se presenta ya sea por causas generales o por causas locales. -- Dentro de las causas generales mencionaremos que son debidas a -- enfermedades sistémicas, mientras que las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, pólipos gingivales, focos de osteítis, parodontopatías, gingivitis, esquirlas o trozos óseos que permanecen entre los labios y la herida gingival, herida y desgarros de la encía.

El tratamiento se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante (pólipo, granuloma, trozo de hueso, osteítis). La extirpación se realiza por medio de cucharillas filosas -- cuando el foco es intraóseo o con galvanocauterio (al rojo blanco) -- cuando el foco es gingival.

Por medio de un taponamiento y compresión del alvéolo sangrante se solucionará la hemorragia, el taponamiento es un método preciso, se realiza con un trozo de gasa yodoformada o xeroformada, la cual puede emplearse seca o impregnada de medicamentos hemostáticos, tales como el agua oxigenada, adrenalina, sueros, -- tromboplastina, claro está dependiendo de la intensidad de la hemorragia.

El tapón se coloca dentro del alvéolo que sangra, permitiendo que su extremo libre cubra el alvéolo. Sobre el se coloca un trozo de gasa proporcionado al sitio de la hemorragia; así mismo se le pide al paciente que lo muerda durante un tiempo variable (de 15 a 30 minutos). El trozo de gasa de la superficie se retira con -- las precauciones debidas; si la hemorragia ha cesado, puede retirarse el paciente, con el tapón medicamentoso dentro del alvéolo.

Hemorragia mediata. - Se presenta varias horas después de realizada la extracción dentaria, y su tratamiento es el siguiente:

Se efectúa un enjuagatorio con una solución de agua oxige-

nada tibia, con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar de la intervención del coágulo que flota sobre la herida, para poder ver con claridad y precisión por donde sangra, y cual es el sitio de mayor afluencia sanguínea; se seca cuidadosamente la región con una torunda de gasa. Si el vaso sangrante es gingival y está a nuestro alcance, puede practicarse su hemostasis aplicando un punto de galvanocauterio (rojo blanco). Cuando la hemorragia es profunda, se procede efectuando el taponamiento de la cavidad con una gasa con medicamentos. Sobre este tapón se realiza la compresión con otra gasa, bajo la presión que mantiene el paciente bajo su mordida.

En caso de persistencia de hemorragia, a pesar de los tratamientos locales instituidos, habrá que recurrir a medicaciones generales, tales como la transfusión sanguínea, las inyecciones de sustancias que aceleran la coagulación; devolviendo al tejido algunos de los elementos que le faltan: la vitamina K, el coágulo, sueros de caballo, etc.

A continuación se exponen las causas más comunes de las hemorragias en exodoncia:

1. - Laceración de la encía y tejidos blandos.

2. - Retención del tejido granulomatoso que debe removerse por medio del curetaje.

3. - Suturas tan tensas, que rompan los bordes de la encía o se desprendan fácilmente.

4. - Desintegración del coágulo, debido a una infección.

5. - Traumatismo del alvéolo, por curetaje excesivo.

6. - Succión del coágulo, por el paciente.

7. - Uso inmoderado de enjuagues inmediatos a la extracción.

CAPITULO IX

CONDUCTA POSTOPERATORIA

Se entiende por conducta postoperatoria, al conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo. Tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificarse y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

a). INSPECCION DEL ALVEOLO E HIGIENE DE LA CAVIDAD-BUCAL.

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

Se revisa en seguida la pieza extraída, para investigar la integridad de su porción radicular, para comprobar si esta completa o si hubo fractura de una de las raíces o algún ápice de ellas; se revisa la cavidad alveolar, las paredes óseas, con el objeto de comprobar fracturas de las tablas; se inspeccionan las partes blandas, las cuales pueden estar lesionadas o desgarradas.

Si todo se encuentra en orden, el Cirujano Dentista procederá a limpiar la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún proyectada ésta con un atomizador, que limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

Ya realizada la formación del coágulo, el paciente en su domicilio hará lavajes suaves de su boca, cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica.

b). CONTROL DEL SANGRADO Y FORMACION DEL COAGULO.

Un factor importante en los problemas subsecuentes a la extracción dental, son los estados hemorrágicos, a los cuales se les debe de dar un manejo y resolución adecuada; dichos estados hemorrágicos aparecen intespestiva e inmediatamente a la operación (hemorragia primaria) o un tiempo después (hemorragia secundaria).

Hemorragia primaria.

El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía bucal se realiza por dos procedimientos: uno instrumental, que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra. El aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.

El otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento y la compresión, que se realiza con un trozo de gasa. La hemorragia cesa, por compresión de la cavidad ósea, por la sangre que al coágularse obtura los vasos sanguíneos, a expensas de este coágulo se realiza el proceso de osificación.

Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, en un tiempo y en cantidad desusados, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa, que debe reunir ciertas condiciones para este objeto: para aumentar su acción hemostática, la gasa puede ser impregnada en los medicamentos indicados: trombina, tromboplastina, adrenalina, percloruro de hierro, ácido tánico y sugalato de bismuto; también se puede colocar en el alvéolo otros tipos de agentes hemostáticos tales como: gelfoam, oxichel y espuma de fibrina, pidiéndole al paciente que muerda sobre una gasa seca o impregnada previamente con vaselina con el fin de que ésta no se adhiera a la cavidad ósea. Este método es eficaz pero cuando el flujo sanguíneo es abundante, la falta de consistencia física de estos agentes hemostáticos permite que sean desplazados con facilidad.

Hemorragia secundaria.

Aparece algunas horas o algunos días después de la operación; puede obedecer a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestésia. A estos factores locales pueden agregarse una causa general que favorezca la hemorragia. Estas hemorragias adquieren características e intensidad variables. El tratamiento de tal accidente se realiza por métodos locales y métodos generales.

Métodos locales. - Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace practicar al enfermo un enjuagatorio de su boca para retirar los restos del coágulo y la sangre, que dificulta la visión y la individualización del punto sangrante. Investigado el lugar por donde sale la sangre, la hemostasis se realiza por taponamiento a presión con gasa (simple o con medicamentos). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene con los dedos o, mejor aún, bajo la presión masticatoria.

Esta presión debe mantenerse, por lo menos, durante media hora, transcurrida la cual se retira con suma precaución

la gasa seca que hace compresión. En caso de persistencia, se insiste con la compresión o se administran los tratamientos generales.

En muchas ocasiones, no es fácil realizar cómodamente las maniobras para cohibir una hemorragia porque el paciente está dolorido, o el mismo acto ocasiona dolor. En éstos casos, será útil realizar una pequeña anestesia local, a nivel del lugar donde se localiza la hemorragia, el empleo de este procedimiento permitirá realizar con comodidad las maniobras y al final se procederá a aplicar hilos de sutura para mantener los márgenes de la herida aproximadas, disminuyendo así la separación existente y promoviendo la retracción y contracción de los vasos sanguíneos, evitando a la vez que la sangre salga del alvéolo, produciendo la estasis que facilita la coagulación.

Métodos generales.

Según la cantidad de sangre perdida, será el estado del paciente. En general, las hemorragias en cirugía bucal no son mortales, aunque conocemos algunas alarmantes.

En ocasiones es necesario administrar drogas y líquidos por vía general.

A continuación se presenta una lista de los utilizados con mayor frecuencia.

1. El salicilato de andrenosem, se cree que promueve la contracción de los capilares.
2. Premarin, un estrógeno conjugado.
3. Vitamina K, puede ser eficaz si existe algún problema relacionado con la protombina. Los efectos si es que ocurren, no serán inmediatos. Este medicamento da resultados --

después de 24 horas si se administra por vía oral y dentro de 6 horas por vía intravenosa.

4. Plasma

5. Sangre total.

6. Líquidos parenterales, pocas veces resulta necesario administrar sangre total. Sin embargo deberá recordarse -- que se pierden aproximadamente 5 ml. de sangre por cada diente extraído durante la cirugía bucal. Por esto, cuando se haya realizado una intervención considerable, deberá considerarse la reposición del líquido perdido por la sangre, para restaurar el volumen vascular circulante y proporcionar nutrición.

Con demasiada frecuencia, las personas que han padecido sangrado postoperatorio son incapaces de comer. Es conveniente administrar dextrosa al 5% en agua o lacteo de Ringer con dextrosa al 5% en agua por vía intravenosa.

Esto no se hace necesariamente para restaurar el volumen sanguíneo perdido, sino para proporcionar una fuente de nutrición. Muy rara vez hay necesidad de administrar líquidos para restaurar el volumen vascular.

c). INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Antes de que el paciente se retire del consultorio, deben dársele instrucciones precisas acerca del cuidado que debe tener en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, alimentación y tratamiento médico.

Estas instrucciones pueden darse por escrito, para evitarle dudas al paciente. Se le recomendará al paciente que no es-

te escupiendo constantemente o succionando (chupando), así mismo, se le recomendará que no introduzca la lengua en el alvéolo, esto es con el fin de que no se desprenda al coágulo del alvéolo. Así también se le evitará que no coma alimentos grasos o muy irritantes durante 2 o 3 días, esto es con el fin de evitar alguna infección.

Cuando llegue a su casa, después de la operación conviene guardar reposo por algunas horas, evite apretar los dientes de abajo con los de arriba; y cuando escupa hágalo con suavidad.

Aplicuese una bolsa de hielo sobre la cara en la región operada, durante 15 minutos. Descanse los 15 minutos siguientes y vuélvase a poner hielo, continuando así durante las primeras 24 horas. El papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios. Si siente sueño olvídense del hielo y descanse, trate de dormir de frente y con una almohada alta, puesto que usted requiere tranquilidad y reposo.

No realizar ninguna clase de enjuagatorios al menos -- que se hubiera prescrito lo contrario, por el término de 3 horas. Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, retírela al cabo de una hora.

Después de transcurridas las tres horas, realizar enjuagatorios tibios, con una solución de agua y sal. Estos enjuagatorios se repetirán cada dos horas.

Durante las primeras 24 horas usted, puede sentir una ligera debilidad o escalofríos y a veces náuseas. No debe alarmarse por esto. Tómese la temperatura todos los días e informe al consultorio.

Puede tener la saliva coloreada con sangre durante el primer día.

Esto no es raro y por si solo se corrige. Si hay hemorragia o ve que hay algún hilito de sangre que sale persistentemente, el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia - colocando sobre la herida un trozo apreciable de gasa esterilizada, sobre la cual se deberá morder con una presión suave pero firme durante 30 minutos. Si la hemorragia no se detiene con esta maniobra llame al consultorio. "En ningún caso haga buches para detener la hemorragia".

La alimentación en las primeras seis horas deberá ser líquida (té, leche, naranja, caldo tibio). Después de estas horas puede tomarse el siguiente menú, evitándose que contengan grasas o irritantes:

Extracto de carne (pescado, pollo, res)

Caldo con jugo de carne

Puré de papas y batatas

Compota de manzanas

Jugo de jitomate

Jugo de frutas dulce o ácida

Huevos pasados por agua (tibios)

Licudo de verduras frescas

Gelatina de aves

Si no tiene hambre, con coma nada. Acuéstese, trate de reposar en la cama el máximo y aprenda a escuchar a su organismo; él le dice, por medio de la sed, que su cuerpo necesita agua, y entonces debe tomarla, ojalá destilada. Si tiene hambre; con frecuencia es apetito o capricho, o simplemente abu--

rrimiento.

No coma a menos que de verdad tenga hambre. Si se le afloja el estómago no se preocupe. Informe.

Tome analgésicos tan pronto empiece el dolor; si el dolor no cesa puede repetirse la dosis cada dos horas.

La prescripción de antibióticos será necesaria en caso de presentarse algún proceso infeccioso, así como de agentes antiinflamatorios para disminuir los procesos inflamatorios. Si se siente angustiado comuníquelo al consultorio para prescribirle un tranquilizante.

Puede continuar sus actividades habituales después de dos días, evitando los ejercicios excesivos de cualquier tipo como golf, tenis, natación, baños de sol, o cualquier maniobra -- que demande mucho esfuerzo. Evite los movimientos bruscos y rápidos.

CONCLUSIONES

1. Es muy importante que la Historia Clínica sea lo más completa posible, para obtener datos que permitan al Cirujano Dentista hayar e interpretar la sintomatología, así como - - también conocer orgánica y psicológicamente al paciente. Y formular un diagnóstico tanto mejor cuanto más amplio y -- completo que permita asentar un pronóstico certero y razonar el tratamiento justo.
2. La extracción dentaria estará indicada, en aquellos casos en que el Cirujano Dentista, trató por los medios conservadores, salvar la pieza dentaria hasta el último momento, fracasado este intento, se llevará a cabo la extracción como un último recurso para conservar la salud del paciente.
3. Es importante para el Cirujano Dentista saber en que condiciones generales de salud se presenta el paciente al consultorio dental, para saber si se encuentra en condiciones o no de llevar a cabo cualquier intervención dentro de la cavidad bucal, la prohibición de la operación estará dada en general por el Cirujano Dentista. Muchas veces pueden presentarse accidentes fatales que le pueden costar la vida al paciente, dichos accidentes se presentan por un mal cuidado sobre todo por no saber elaborar una buena historia clínica.
4. Para lograr una analgesia completa de la zona a intervenir se deben de tomar en cuenta dos importantes aspectos, como son: El empleo de una técnica adecuada, y de un buen agente bloqueador que llene ciertos requisitos tales como:
 - a) Período de latencia corto.
 - b) Duración adecuada al tipo de intervención.
 - c) Compatibilidad con vasopresores.

- d) Difusión conveniente.
 - e) Estabilidad de las soluciones.
 - f) Baja toxicidad sistémica.
 - g) Alta incidencia de anestésia satisfactoria.
5. Teniendo en cuenta que la extracción dentaria es una intervención quirúrgica delicada, la cual debe ser planeada y realizada con todo conocimiento, debe de tener ciertos requisitos para que esta sea un éxito, tales como:
- a) Una estricta asepsia de la zona a operar así como una buena antisepsia del instrumental empleado, manos y ropa del operador.
 - b) Efectuar una buena técnica quirúrgica para cada caso en particular.
 - c) El empleo de un instrumental especializado.
6. El Cirujano Dentista debe estar capacitado para enfrentarse a cualquier tipo de complicaciones o accidentes que se le puedan presentar durante o después de la extracción dentaria.
- Accidentes ocasionados por una mala técnica empleada, por un mal manejo del instrumental o por escasos conocimientos anatómicos y estructurales de las zonas tratadas.
- El Cirujano Dentista puede evitar tales complicaciones mediante la ayuda de un buen estudio clínico general del paciente así también como de un buen estudio radiográfico de la zona.
7. Es importante vigilar al paciente, después de haberse realizado la extracción dental, la cual pueden presentarse problemas tales como hemorragias, dolor etc., así también, no debe olvidar el Cirujano Dentista dar las instrucciones -

precisas respecto al cuidado postoperatorio, que el paciente debe de seguir en su domicilio. Dichas instrucciones se le pueden dar por escrito, facilitándole así, evitarle dudas que pueda tener con respecto a su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. CIRUGIA BUCAL
G. A. Ries Centeno Séptima edición Ed. El Ateneo 1975.
2. CIRUGIA BUCAL
W. Harry Archer Atlas Tomo I segunda edición Ed. Mundi 1968.
3. TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Walter C. Guralnick Ed. Salvat 1971.
4. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Gustavo Kruger Ed. Interamericana 1960.
5. CIRUGIA ORAL EN EL CONSULTORIO
Clínicas Odontológicas de Norte América Ed. Mundi 1961.
6. CIRUGIA BUCAL
Emenett Costich y Raymand White Ed. Interamericana - 1974.
7. EXODONCIA
Adolph Berger Tratado de la primera edición norteamericana por J. Vila y Torrent Barcelona, Labor, 1934.
8. URGENCIAS ODONTOLÓGICAS
Clínicas Odontológicas de Norte América Julio 1973.
9. DICCIONARIO ODONTOLÓGICO
Durante Avellanal Ciro 1955.

10. APUNTES SOBRE EXODONCIA
Dr. Raul Peres Orta 1976.
11. APUNTES SOBRE ESTOMATOLOGIA I
Dr. Armando Tovar y Pola 1978.
12. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN EXODONCIA
Tesis Profesional. México, D. F. 1976.
13. MANUAL ILUSTRADO ASTRA 1976.
ANESTESIA.