

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON
LA EXTRACCION DENTARIA

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

JAIME FLORES NAVA

México, D. F.

1979

14707



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.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA EXTRACCION
DENTARIA

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I <u>DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA</u>	3
CAPITULO II <u>GENERALIDADES ANATOMICAS</u>	6
CAPITULO III <u>DIAGNOSTICO</u>	21
A. Historia Clínica	
B. Indicaciones y Contraindicaciones	
CAPITULO IV <u>EQUIPO UTILIZADO EN EXODONCIA</u>	33
A. Instrumental	
B. Anestésicos	

CAPITULO V	A. <u>ASEPSIA Y ANTISEPSIA</u>	45
	B. <u>TECNICAS DE ANESTESIA</u>	
CAPITULO VI	<u>EXTRACCION DENTAL</u>	52
	A. Extracción con Elevador	
	B. Extracción con Alveolotomía	
	C. Extracción por Seccionamiento	
CAPITULO VII	<u>ACCIDENTES QUE SE PRESENTAN EN EL</u>	55
	<u>MOMENTO DE HACER LA EXTRACCION</u>	
CONCLUSIONES		70
BIBLIOGRAFIA		72

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

Nuestra época se caracteriza por una avidez cada vez mayor de conocimientos, los cuales a su vez se derivan del dominio de la ciencia.

Estos conocimientos me permiten ver con mayor claridad los adelantos en medicina odontológica, siendo la Exodoncia una de sus ramas, en la cual conforme pasa el tiempo se encuentran nuevos horizontes, nuevos medicamentos, nuevas técnicas, etc.

En si, la ciencia odontológica es el estudio del órgano que se considera sin lugar a duda el inicio del aparato digestivo.

En la presentación de esta tesis "Procedimientos y Acci

dentés relacionados con la Extracción Dentaria", me propongo exponer algunas situaciones que pudiesen presentarse en el momento de hacer la extracción, tomando en cuenta el estudio clínico del paciente, instrumental, el medio social y el lugar adecuado para efectuar el acto operatorio.

Presento al honorable jurado este trabajo de investigación, hecho con ahinco para mi superación, deseando sirva en algún momento como colaboración para el buen ejercicio profesional de mis demás compañeros.

C A P I T U L O I

DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA

Etimológicamente la palabra Exodoncia deriva de las raíces griegas Exo-fuera, Odous-diente. La Exodoncia es una de las ramas de la Odontología que trata de la extracción de las piezas dentarias. Las piezas que se concideran nocivas son desalojadas de sus alveolos por medio de una intervención quirúrgica.

En el siglo XII A.C. vivió Esculapio, gran médico griego que dió origen a la cirugía dental; de su época se conocen los primeros instrumentos destinados a la extracción de los dientes. Estos eran precisamente de su invención llamándolos " Odontogogos ", los cuales se utilizaban para las raíces, siendo ambos instrumentos de plomo.

En sus obras Hipócrates 860 A. C., habló de las enfermedades de los dientes, además hizo notar que en caso de dolor dental, si las piezas presentaban cierta movilidad o enfermedad, sería necesario extraerlos, o bien, si éstos

se encuentran sanos, pero existiera dolor, se deberían cauterizar, por lo cual Hipócrates consideró la extracción de las piezas dentarias como una operación " facial " .

Aristóteles 384 A. C., habló también de los dientes y sus enfermedades; descubrió un instrumento llamado "Odontagra" formado por dos palancas que actúan en sentido contrario, afirmando que con este instrumento era fácil movilizar el diente, el cual posteriormente con la mano se podía extraer sin dificultad. Asimismo afirmó que el hombre tenía un número mayor de dientes que la mujer.

Herófilo y Erasistrato relataron en sus obras la muerte de varias personas debido a la extracción de un diente. Erasistrato consideró a la extracción dentaria como una operación peligrosa.

Galeno 130 A.C. estimó también a la extracción dentaria como peligrosa, analizando que para combatir la odontalgia era necesario una terapéutica, la cual si llegara a fracasar sería necesaria la eliminación del diente.

Pablo de Egina 600 A. C., aconsejaba desprender la encía

lo más profundo posible, para después con unas pinzas denominadas "Acantábolos" extraer el diente.

C A P I T U L O I I

GENERALIDADES ANATOMICAS

El esqueleto de la cabeza se divide en cráneo y cara. - El cráneo es una caja osea que encierra en su parte interior al encéfalo, cuya cara está sobre la parte media de la base del cráneo y sólidamente soldada. En ella se alojan los órganos de los sentidos y vemos que constituyen la parte interior de las vías digestivas.

Huesos del Cráneo

Son ocho huesos que nombrados de adelante hacia atrás se enumeran de la siguiente manera: un hueso frontal, un occipital, dos parientales los cuales forman la bóveda, en la parte inferior el etmoides, el esfenoides y a los lados dos temporales, uno derecho y otro izquierdo que se articulan por delante con el frontal y el occipital por detrás y forman la base del cráneo.

En ella se alojan orificios y canales donde pasan importantes elementos nerviosos y vasculares que irrigan la cara y el cuello. Empezamos con el agujero oval, encuadrado por las raíces de la apófisis pterigoidea, del hueso esfenoideas que da paso al nervio maxilar inferior y a la arteria meningea media, el agujero redondo mayor oculto por la base de la pterigoides a donde emerge el nervio maxilar superior, el agujero rasgado anterior localizado también en el esfenoideas por donde cruza el nervio vidiano y la arteria meningea, el canal carotideo del temporal por el cual la carótida interna penetra en el peñasco, el agujero rasgado posterior formado por la espina yugular del occipital y la espina yugular de la roca del temporal que deja pasar a los nervios glosofaríngeo, espinal y neumogástrico, aquí se da origen a la vena yugular interna.

El canal condileo anterior del occipital da paso al nervio-iplogloso mayor, a menudo acompañado de la arteria meníngea posterior, el agujero estilo mastoideo entre la apófi-sis estiloides y mastoides del hueso temporal por donde apa-rece el nervio facial; el agujero occipital para el bulbo y el nervio espinal.

Huesos de la Cara

Los huesos de la cara están divididos en dos porciones:

Una fija y compleja formada por trece huesos y una móvil constituida por un solo hueso llamado mandíbula o maxilar inferior. Los huesos de la zona fija son doce dispuestos en pares, colocados simétricamente a los lados de la línea media y un hueso impar que coincide con el plano sagital que es el vómer.

Los huesos pares son:

Los maxilares, los unguis, los huesos propios de la nariz, los cornetes inferiores, los palatinos y los maxilares superiores.

Músculos

TEMPORAL.- Se inserta en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal por medio de un haz accesorio, cara interna del arco cigomático y en la parte inferior, vértice y cara interna de la apófisis coronoides. Su acción princi

pal es tirar hacia arriba, sus fibras posteriores hacia atrás y las anteriores hacia adelante levemente.

MASETERO.- Va desde la apófisis cigomática hasta el ángulo de la mandíbula; constituida por dos haces, una superior que se inserta en el arco cigomático e inferiormente en el ángulo de la mandíbula y cara externa. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y cara externa de la apófisis cigomática y termina en la cara externa de la rama ascendente, su acción es hacia arriba y afuera.

PTERIGOIDEO INTERNO.- Superiormente se inserta en la cara externa del ala interna de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoidea, en la cara externa del ala interna y por el fascículo palatino de Juvara en la apófisis piramidal del palatino. Inferiormente en la porción del ángulo de la mandíbula y sobre su cara interna, siendo su acción elevar la mandíbula y pequeños movimientos laterales.

PTERIGOIDEO EXTERNO.-Se inserta por medio de un haz superior en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides y cresta temporal, el haz inferior se inserta en la

cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides, sus fibras convergen y terminan en la cara interna del cuello del cóndilo, la cápsula articular y en el menisco interarticular, su contracción simultánea produce proyección de la mandíbula hacia el lado contrario.

El otro grupo muscular recibe el nombre de depresores. Tiene su inserción en el borde inferior de la mandíbula, cerca de la sínfisis, sin tomar en cuenta el milohiideo que se inserta en la línea del mismo nombre. La inserción final de este grupo muscular se realiza en el hueso hioides y en el rafe medio que va de la sínfisis mentoneana al ya mencionado hueso, estos músculos son: Digástrico, Estilohiideo, Miohiideo, Geniohiideo.

La mandíbula se mantiene en su posición por la acción combinada de los dos grupos musculares.

Por ser los maxilares superiores y la mandíbula las regiones donde se alojan los órganos dentales y efectuarse allí algunas técnicas de bloqueo local del impulso nervioso para llevar a cabo la práctica de la exodoncia, los describiremos con más detalles.

MAXILAR SUPERIOR.-

Tiene la forma cuadrangular y presenta dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos. La cara interna presenta una saliente llamada "APOFISIS PALATINA" es de forma cuadrangular, forma con su cara superior el piso de las fosas nasales.

La cara inferior de la apófisis forma parte de la bóveda palatina. El borde interno de la apófisis se articula con su homólogo para formar hacia adelante la espina nasal y el conducto palatino anterior por el cual pasa el nervio esfenopalatino interno y una rama de la arteria esfenopalatina. En su borde posterior se articula con la porción horizontal de los huesos palatinos y en el borde anterior de la misma apófisis palatina forma parte de las fosas nasales. Sobre la cara interna del maxilar y arriba de la apófisis palatina se encuentra hacia adelante un orificio llamado orificio del seno maxilar, hacia atrás se ven unas rugosidades donde se articula la rama vertical del palatino. Por delante del seno esta el canal nasal que es vertical y que se encuentra limitado en su borde anterior por la apófisis ascendente del maxilar superior, la cual tiene la cresta turbinal inferior en su cara interna y se articula con el cornete inferior, por encima de -

esta cresta esta la cresta turbonal superior que se articula con el cornete medio.

La cara externa presenta por encima de la implantación de los incisivos la foseta mirtiforme a donde llega el músculo del mismo nombre. Esta foseta está limitada por la giba y por arriba de esta sobresale la apófisis piramidal la cual se articula con el hueso malar.

La pirámide forma parte en su cara superior del piso de la órbita y lleva un canal o conducto suborbitario por el cual pasa el nervio infraorbitario que sale en el agujero del mismo nombre y que se localiza en la cara anterior de la pirámide.

De la parte inferior del canal suborbitario salen unos canalillos que son los conductores dentarios anteriores, hacia atrás están los conductores dentarios posteriores.

CONEXION DEL MAXILAR SUPERIOR.-

Se une en su borde anterior al maxilar del lado opuesto para

formar el canal de las fosas nasales. Por su parte posterior se articula con la apófisis orbitaria del palatino. Forma parte de la pared inferior de la órbita con el borde superior y se articula por delante con el unguis, después con el edmoide y por atrás con la apófisis orbitaria del palatino.

Por último el borde inferior o borde alveolar contiene una serie de cavidades cónicas llamadas alveolos dentarios donde se alojan las piezas dentarias.

COMPLEXION.-

Se forma de un tejido esponjoso y compacto. El tejido esponjoso en la parte anterior de la apófisis palatina, base de la apófisis ascendente y borde alveolar. El resto del hueso es de tejido compacto.

MAXILAR INFERIOR.-

Es un hueso simétrico impar y medio, ocupa en el esqueleto el tercio inferior de la cara.

Químicamente el hueso está constituido por sales inorgánicas depositadas en una estructura de material protéico. La

parte esencial del hueso tiene sales inorgánicas representando las tres cuartas partes del volúmen total del hueso (proteínas, carbohidratos, enzimas y glucógeno). En su constitución material se encuentran carbonato de calcio, fluoruros, potasio, citratos e hidróxido de magnesio.

Estas sales son adventicias, conservan cierto equilibrio con los líquidos que bañan al hueso. El calcio adventicio se llama calcio de reserva y pasa facilmente al torrente circulatorio evitando la ruptura de cristales óseas siempre que falte el calcio.

El cuerpo en forma de herradura con concavidad hacia atrás continuandose con la rama ascendente de la que vista de lado, forma un ángulo de 90 grados. Si se observa detenidamente desde arriba, se ve una divergencia entre las ramas y por el contrario, observándola desde su posición interior, se nota un raro cambio en la región de los molares; en la región alveolar del hueso no sigue la línea formada por el borde inferior de la mandíbula, ya que el tercer grueso molar se encuentra sostenido por un soporte grueso delgado, lo que va a contrastar notablemente con la parte externa del hueso que está reforzado por la línea oblicua externa. El cuerpo se encuentra constituido por una posición de tejido esponjoso re -

cubierto de tejido compacto en una gruesa capa.

La rama ascendente es más tejido compacto que esponjoso y al unirse en él forma un punto o línea de debilidad o estructura.

El borde superior de la mandíbula corresponde a la región alveolar y tiene una estructura más débil que el resto del cuerpo, por lo que es fácil que se presenten fracturas en esta región, sin involucrar el resto del hueso. Esta región durante la época de la dentición, se ve debilitada por la presencia de las criptas dentarias de las piezas permanentes, pero esta compensado con la elasticidad que presenta debido a la falta de su formación y calificación final.

En el adulto, cuando por la rigidez del hueso se ocasiona una fractura y si además es edéntula, se presenta absorbido el proceso alveolar y el diámetro o espesor de la mandíbula se reduce a la mitad pudiendo presentarse una fractura.

Algunas veces las partes débiles anatómicamente hablando se concideran como un medio de defensa que tiene el orga

nismo para su seguridad, pues sin ellas todo traumatismo aplicado en el mentón, causaría sin duda la proyección de la cabeza del cóndilo hacia el cráneo pudiendo llegar hasta el tercio medio con las consecuencias del caso.

Esta zona es de mayor debilidad y esta considerada así: en el ángulo, cuello del cóndilo y región premolar, sin embargo, puede ocasionarse alguna fractura en otra parte del hueso.

Nervio Trigemino 5o. Par

Esta compuesto por dos raíces, por eso se le considera un nervio mixto. Su raíz sensitiva se desprende del borde postero-interno del ganglio de Gasser, en tanto que del borde anteroexterno se desprenden sus tres ramas que son: el oftálmico, el maxilar superior y el maxilar inferior.

La raíz motora del trigémino está en relación con la cara inferior del ganglio. El trigémino transmite la sensibilidad de la cara, de la orbita de las fosas nasales, de la cavidad bucal y la motricidad de los músculos masticadores.

Nervio Oftálmico

El nervio oftálmico es enteramente sensitivo. Se introduce en la órbita a travéz de la hendidura esfenoidea y una vez en ella se divide en tres ramas:

- 1.- Nervio Lagrimal, que da ramas a la conjuntiva ocular, inerva una pequeña zona de piel en el ángulo externo del ojo y la glándula lagrimal.
- 2.- Nervio Nasociliar, que va paralelo a la línea media, inerva la mucosa de la porción anterosuperior de las fosas nasales, la piel del dorso de la nariz y la del ángulo interno del ojo.
- 3.- Nervio Frontal, que se extiende por debajo del techo de la órbita bifurcándose en frontal interno y frontal externo que irrigan la piel del párpado superior y de la región frontal hasta el cuero cabelludo.

Nervio Maxilar Superior

Es puramente sensitivo, atraviesa el agujero redondo mayor y luego penetra en la fosa pterigo maxilar en donde se divide en:

1. Nervio orbitario que entra en la órbita a través de la hendidura eseno-maxilar siguiendo hacia adelante para después separarse en dos ramas que inervan la piel de la porción anterior de la sien y las cercanías del ángulo externo del ojo.
2. Las ramas nasales posteriores que inervan la porción posteroinferior de la mucosa de las fosas nasales. Una de estas ramas, el nervio nasopalatino, se dirige hacia adelante, y abajo en el septum para luego a través del agujero incisivo dividirse e inervar la porción anterior del paladar duro y la región adyacente de la encía.
3. El nervio palatino anterior que atraviesa el conducto palatino posterior dando ramas a la mucosa del paladar duro y la porción palatina de la encía.

4. El nervio infraorbitario es la continuación directa del nervio maxilar superior. Después de atravesar la hendidura esfenomaxilar, corre en el piso de la órbita formando los nervios alveolares de la mandíbula superior y de la encía para luego salir a través del agujero infraorbitario y dar ramas a la piel situada entre la hendidura palpebral y las ventanas nasales.

Nervio Maxilar Inferior

El nervio maxilar inferior es un nervio mixto con predominancia sensitiva. Sale del cráneo a través del agujero oval y llega al infra-temporal donde da sus primeras ramas motoras para los músculos masticadores y una rama sensitiva, el nervio bucal sigue un trayecto hacia abajo por la cara externa del músculo bucinador, al cual atraviesa con numerosas ramas que van a inervar la encía comprendida entre el segundo molar y el segundo premolar. Luego el nervio maxilar inferior se divide en las siguientes ramas sensitivas:

1. Nervio Auriculotemporal en un principio, localizado por dentro del cuello del cóndilo del maxilar inferior y luego se dirige inmediatamente hacia arriba para seguir por delante con el conducto auditivo

vo externo y parte de la concha.

2. Nervio Lingual, al principio se dirige hacia abajo entre la rama del maxilar inferior y el músculo pterigo interno, para luego después de doblarse en un arco convexo hacia abajo y atrás penetrar en la lengua desde abajo inervar su porción corporal.
3. Nervio Alveolar Inferior, corre al principio pegado despues del nervio lingual y luego se introduce en el orificio del conducto dental inferior para seguir en el conducto del mismo nombre y dar ramas a la dentadura y encía del maxilar inferior. Una rama colateral, el nervio mentoniano sale a través del nervio mentoniano para inervar la piel del labio inferior del mentón.

Se tratará de que el paciente explique con sus propias palabras los síntomas, se debe tener cuidado en no enfatizar mucho en ciertos datos de la historia, que indebidamente queden fijos en la mente del paciente. A las respuestas vagas o contradictorias, se les pueden buscar más tarde respuestas más claras repitiendo las preguntas en el curso del interrogatorio. Las respuestas erróneas o vagas, se pueden producir en un paciente porque tal vez tenga miedo de enfrentarse a un diagnóstico grave, o por padecer "neurosis de salud" o sea, que permanecen con los síntomas después de una enfermedad, o un accidente, o por pertenecer al grupo de los psicópatas que fingen síntomas de enfermedades muy conocidas.

Es de considerarse que tal vez el padecimiento en el paciente es irritabilidad, y el médico deberá tener paciencia, si el enfermo está demasiado nervioso se procurará empezar a hablar de otros temas, antes de tocar el tema de su padecimiento y cuando el enfermo nos esté dando respuestas que definitivamente no nos sirven para el diagnóstico, con firmeza, pero con cortesía, se le hará otra pregunta que desvía el curso del relato en la dirección deseada.

C A P I T U L O I I I

DIAGNOSTICO

A. Historia Clínica

B. Indicaciones y Contraindicaciones

Historia Clínica

Es uno de los pasos esenciales para llegar a un buen diagnóstico, la buena historia clínica dependerá en gran parte de la competencia del entrevistador, pero también de la cooperación del paciente y del ambiente en que se realice; el entrevistador deberá contener los datos más importantes con relación al padecimiento que lleva al paciente a la consulta.

El médico debe saber antes que nada, el peso del paciente, su estado civil, ocupación, así como datos primarios fundamentales para ir colocando al enfermo mentalmente en una clasificación determinada.

Motivo de la Consulta .- Se le preguntará sobre la molestia o causa que lleva al paciente a la consulta, su duración, lugar, sensibilidad a cambios térmicos y en general todo lo que nos defina su naturaleza y duración.

Enfermedad - Actual.- En el relato del estado de la región afectada antes y desde el momento en que la lesión hizo su aparición, de manera cronológica se tratará de investigar si es resultado de otra lesión en una parte del cuerpo adyacente o distante, o bien si la enfermedad actual ha afectado a otras regiones o a todo el organismo, como bajar de peso por disminución de ingestiones a causa de dolor en la articulación temporomandibular, al efectuar la masticación. A los hechos más importantes se tratará de aclarar lo más que se pueda, la fecha o edad del individuo al acontecer.

Antecedentes - Patológicos.- Se investiga el estado de salud del enfermo, infecciones padecidas, alergias importantes (sobre todo a fármacos), intervenciones quirúrgicas, heridas, enfermedades anteriores e ingresos a hospitales, además de investigar su estabilidad mental.

Antecedentes - Familiares.- Comprenden la edad, estado de salud, causas de muertes de familiares (padres, hermanos, hijos, enfermedades infecciosas en los familiares (tuberculosis) y predisposición familiar a ciertos padecimientos (gota, diabetes).

Si un miembro de la familia padeció una enfermedad infecciosa, y el paciente presenta un estado febril, este dato se anotará dentro de la enfermedad actual.

Antecedentes - Personales.- Son datos sobre la vida presente y pasada del paciente, lugar de nacimiento, edad, residencia, costumbres o vicios, como el tomar café, té, fumar, etc.; sus estudios y ocupaciones, exposición a productos industriales, estado civil.

Se pueden investigar para ampliar esta información con previa autorización del paciente las hospitalizaciones anteriores o exámenes médicos efectuados por otros médicos particulares o instituciones (campañas de seguros, ejército, etc.) observar sus radiografías, electrocardiogramas y métodos de laboratorio.

A continuación elaboramos un cuestionario que consta de ocho partes:

- .Ficha de identificación,
- .Motivo de la consulta
- .Padecimiento actual
- .Antecedentes patológicos y no patológicos
- .Interrogatorio de aparatos y sistemas
- .Inspección general
- .Exámen general
- .Resúmen

En seguida vamos a describir cada uno de los pasos citados.

Nombre, edad, sexo, dirección teléfono, ocupación, lugar de nacimiento, fecha del exámen.

Motivo de la Consulta

Emergencia, alivio de una molestia, corregir una condición anormal, revisión médica u Odontológica.

Padecimiento Actual

Fecha de inicio, localización, curso del padecimiento

carácter (dolor) terapéutica empleada, causas probables, estado actual de los síntomas.

Antecedentes Hereditarios y

Familiares

Padres, hermanos, conyugue e hijos, sífilis, tuberculosis, diabetes, artritis, hemofilicos, alergias, padecimientos actuales como el alcoholismo, toxiconomía.

Personales No Patológicos

Higiene general, habitación, alimentación, líquidos ingeridos, escolaridad, deportes, tabaquismo, alcoholismo inmunisaciones, vacunas.

Personales Patológicos

Hemorragias, parasitosis intestinal, tuberculosis, paludismo, diabetes, amigdalitis, cardiopatías, flebitis (inflamación de las venas).

Interrogatorio de Aparatos y Sistemas

Digestivo:	Dolor abdominal Náuseas y vómito Hemorragias
Respiratorio:	Respiración Bucal Tos Disnea sianosis
Cardiobascular:	Palpitaciones Mareos Lipotimas
Orinarios:	Oliguria (poca, Disuria (dolor), Polituria (mucho) dolor lumbar
Genital femenino:	Menarquia - Aborto Ciclo-menstrual - Embarazo Dismonorrea - Menopausea Leucorrea (dolor, dificultad),

Nervios:	Neurálgicas Parálisis Temblores Sueño Organo de los sentidos
Inspección General:	Forma de adaptarse al medio, Edad aparente y cronológica expresión facial Conformación Actividad Estado de la conciencia
Exploración intraoral:	Labios Lengua Piso de la boca Velo del paladar Maxilar y Mandíbula Glándulas salivales Región gingival Organos dentarios (oclusión, dentición, lesiones por caries, restos radiculares, dientes ausentes, movilidad dentaria).

COMPLEMENTO:	Resúmen del exámen
	Exámenes
	Referencias clínicas
	Firma del paciente
	Firma del doctor

Estudio Radiográfico

La radiografía es el registro de una imagen producida por los rayos "X" y que pasan a través de un objeto y llegan a una película. Es uno de los auxiliares más importantes para el diagnóstico que debe hacer el cirujano dentista. En la infancia es aún más importante por tener una dentadura en estado de formación y desarrollo, con periodos de erupción y substitución de los dientes de la primera a segunda dentición.

Las técnicas radiológicas pueden ser intraorales o extraorales, debiendo tener sumo cuidado de no lastimar al paciente, ya que en muchos casos origina problemas.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
DE LA EXTRACCION DENTARIA .

Indicaciones

1. Todos los dientes primarios persistentes que no han sido reemplazados por los permanentes a su debido tiempo, pueden desviar o impedir la erupción normal de los dientes permanentes.
2. Los problemas parodontales ocasionarán movilidad de las piezas dentarias.
3. Esta indicado sacrificar una pieza dentaria sana, para poder corregir la oclusión por medio de la ortodoncia.
4. Evitar las infecciones que pudiesen prolongarse al seno maxilar.
5. Afecciones pulgares, para las cuales no hubiera tratamiento conservador al tener complica-

ciones periapicales.

6. En dientes retenidos puede efectuarse la extracción dentaria.
7. En destrucción de piezas que presentan caries profundas (4 grado).
8. En dientes supernumerarios
9. En piezas como en los terceros molares que pudiesen provocar una pericoronitis.

Contraindicaciones

En términos generales se puede decir que no han ninguna contraindicación absoluta para la extracción dentaria, sin embargo, hay estados fisiológicos que obligan a diferirla para preparar al paciente para la intervención.

1. Estados fisiológicos.

Embarazo.- El embarazo normal no es en sí una contradicción sino más bien es un período en

el que se deben de tomar medidas más efectivas, en el sentido de proporcionarle a la paciente la seguridad y tranquilidad necesaria para que el stress provocado por el procedimiento exodontico no afecte en absoluto el desarrollo normal del embarazo. Es preferible en ciertos casos, el eliminar el dolor o infección provocado por una pieza lesionada, que será la causante de molestias continuas durante un período que puede ser hasta de varias semanas y que seguramente provocará más stress o tensión que el que provocaría en dado caso la extracción. También se tomará en cuenta dentro de la historia clínica la estadística de problemas que se hayan presentado en embarazos anteriores o incluso las causas de posibles abortos.

2. Estados Patológicos.

Fiebre, cardiopatías, epilepsia, diabetes, discrasias sanguíneas

C A P I T U L O I V

EQUIPO UTILIZADO EN LA EXODONCIA

A) INSTRUMENTAL

B) ANESTETICOS.

Es de suma importancia la elección del instrumental para una adecuada extracción, también hay que tener muy en cuenta si la pieza dentaria a tratar es superior o inferior, anterior o posterior, mono radicular o multi radicular, si la corona esta semi destruída o completamente destruída y si se trata de raíces solamente.

El cirujano dentista deberá acostumbrarse a manejar el instrumental quirúrgico sin pérdida de tiempo, que repercutan en perjuicio tanto del operador como del paciente.

Es conveniente y necesario conocer y emplear el instrumental quirúrgico suplementario que en contadas ocasiones usaremos al realizar la extracción dental.

Instrumental Suplementario. Lo dividiremos en: instrumentos para seccionar tejidos blandos e instrumen -
tos para seccionar tejidos duros.

Para seccionar los tejidos blandos utilizaremos el bisturí que está constituido por un mango y una hoja que puede tener distintos tamaños y formas, según la ope -
ración por realizar.

Pinzas de disección.- Se emplean para ayudarse en la preparación de colgajos, legras periostotómos, espátu -
las romas, éstos últimos empleados en el desprendimiento y separación de la fibromucosa que primeramente fuera in -
cidida por el bisturí para preparar lo que denominamos -
colgajos.

Instrumentos para seccionar tejidos duros.- Entre éstos contamos con Escoplos y Martillo.

El uso de los escoplos es muy frecuente en la ci -
rugía bucal, tales instrumentos los empleamos para rese -
car el hueso que cubre el objeto por intervenir. El os -
coplo es una barra metálica, en uno de cuyos extremos -

esta cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afiliado.

El martillo esta formado por una masa sólida y un mango ligero, el cual permite esgrimirlo con facilidad.

Pinzas Gubias, para efectuar la osteotomía (reseción del hueso), podemos emplear las pinzas Gubias, rectas o curvas que funcionan resecano el hueso por mordiscos..

Fresas. El empleo del torno dental en las operaciones de la boca es de gran utilidad. La osteotomía es sencilla, no acarrea inconvenientes cuando se realiza con ciertos cuidados. La fresa puede sacar el hueso de por sí, o dejar abierto el camino a otros instrumentos.

Lima para Hueso o Escofina. Estos instrumentos también usados con frecuencia están destinados para alisar bordes y eliminar puntas óseas para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis.

Forceps. Entre los instrumentos más usuales en la exodoncia estan los fórceps en sus diferentes formas y tipos, según la amerite el caso; ya sea para piezas superiores como para inferiores, pudiendo diferenciarlos en sus bocados, pues en los inferiores forman ángulo recto en relación a la articulación de las ramas, y en los superiores presentan dos curvaturas.

A continuación enumeraré algunos de los fórceps más usuales en la clinica de exodoncia:

Fórceps para Piezas Superiores

- Fórceps No. 10 H Universal para molares con mango curvo.
- Fórceps No. 53 R Para primeros y segundos molares del lado derecho en forma de balloneta.
- Fórceps No. 53 L Para primeros y segundos molares del lado izquierdo en forma de balloneta.
- Fórceps No. 65 Para incisivos y raices superiores en forma de balloneta.

Fórceps No. 286 Bicúspides, incisivos y raíces superiores.

Fórceps para Piezas Inferiores

Fórceps No. 85 Para caninos, molares inferiores.

Fórceps No. 85 A Semejante al 85 pero con picos más angostos.

Fórceps No. 16 Primeros y segundos molares inferiores universal con pico de cuerno de vaca, mango curvo.

Fórceps No. 23 Primeros y segundos molares inferiores universal con pico de cuerno de vaca, mango recto.

Fórceps No. 15 Primeros y segundos molares inferiores universal, mango curvo.

Fórceps No. 17 Primeros y segundos molares inferiores universal, mango recto.

Elevadores

Estos instrumentos también están basados en principios de física, su aplicación a la exodoncia consiste en

movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

En el elevador o botador se deben considerarse tres factores: Punto de apoyo, potencia y resistencia.

Punto de Apoyo: En exodoncia el punto de apoyo esta dado por: el hueso y los dientes vecinos. Para ser eficaz el punto de apoyo, debe estar desprovisto de partes blandas, ya que estas impiden actuar, o son lesionadas - en el curso de la operación, por lo que el tejido gingival debe ser separado previamente.

En la extracción de piezas dentales retenidas, la palanca es sumamente eficaz, ya que multiplica la fuerza útil. El punto de apoyo debe buscarse en el hueso vecino, actuando el elevador como una palanca de primer o segundo grado. En la extracción de raíces de ambos maxilares, el punto de apoyo esta dado por el hueso alveolar, - previa resección de la parte de la tabla externa o del tabique intraradicular.

El punto de apoyo en los dientes vecinos. El usar un diente como punto de apoyo, exige algunas condiciones:

la corona debe estar íntegra, no debe estar ciciada en el papel del punto de apoyo; es decir, disminuye la resistencia por ser portadora de prótesis (coronas, dientes a pivote u obturaciones proximales), la raíz debe ser fuerte y bien implantada. En el caso de extracciones del tercer molar, el segundo molar será útil como pundo de apoyo.

La potencia. La fuerza usada en la extracción del diente va a variar de acuerdo a la implantación y resistencia que presente el diente por extraerse. Si seguimos el principio de Física, que cuando más cerca este el punto de apoyo de la resistencia (el diente a extraer), mayor será la eficacia de la fuerza a emplearse. La fuerza que moverá el diente deberá cumplir con éste cometido eficazmente, pudiendo multiplicar la fuerza en la medida necesaria.

La resistencia. Esta dada por el diente a extraerse, esta está superditada por la disposición radicular, el volúmen del hueso que lo cubre o rodea y la calidad de este hueso, es decir, por la mayor o menor califica-

ción del mismo, la distinta disposición de las trabéculas óseas y la edad del paciente.

El elevador consta de: mango, tallo y hoja.

El Mango.- Esta diseñado para que pueda ser adaptable a la mano del operador. Existen diversos modelos y formas. El mango esta dispuesto con respecto al tallo de dos maneras: siguiendo la misma línea o siendo perpendicular con respecto al tallo, formando una "T". Este modelo es más útil por la aplicación de la fuerza y su manejo es más simple.

El Tallo. La forma de la hoja viene en dos presentaciones: cuando la hoja esta en línea con el tallo (se denominan botadores rectos), y cuando la hoja dorma un ángulo de grado variable con el tallo (botadores curvos).

B) ANESTESICOS

Antecedentes locales.- Para lograr la anestesia o pérdida de la sensibilidad de la zona que se ha de inter

venir, el exodoncista se vale de la administración de este tipo de medicamentos.

Los anestésicos locales son fármacos que actúan produciendo pérdida de la sensibilidad en una zona limitada alrededor del lugar donde se aplicaron o inyectaron.

Existen varios tipos de anestesia local, dependiendo más que del medicamento a usar, de la región donde se apliquen y de la técnica que se emplee para ello, así podemos citar: anestesia tópica o de superficie, anestesia por infiltración, anestesia regional.

La anestesia tópica consiste en la aplicación directa del anestésico sobre la mucosa.

La anestesia por infiltración consiste en la inyección de la solución anestésica en los tejidos por tratar, siendo bloqueados los impulsos sensitivos de las terminaciones nerviosas.

La regional es una combinación de estas dos últi-

mas, ya que se bloquen los impulsos sensitivos, tanto de las terminaciones nerviosas como de la fibra nerviosa - propiamente dicha.

En términos de tres a quince minutos los anestésicos locales producen los siguientes efectos:

- A. Pérdida de la sensibilidad para dolor superficial.
- B. Pérdida de la apreciación de la temperatura.
- C. Dilatación de los vasos sanguíneos de la zona inyectada.

Vasoconstrictores

Por lo general los anestésicos locales empleados en Odontología van adicionados de vasoconstrictores, los cuales serán estudiados por su acción, en primer lugar, actúan de manera inversa al anestésico local sobre los nervios, ya que este produce vasodilatación y aquel vaso

constricción, lo cual nos permite un mayor sostenimiento del anestésico en los tejidos, permitiéndonos un mayor tiempo de anestesia. Otro motivo por el que se emplean los vasoconstrictores se desprende del anterior, ya que al permitir que el anestésico local sea absorbido lentamente reduciendo la toxicidad que es característico de los anestésicos locales.

Además de adrenalina, que es el vasoconstrictor más empleado, es coadyuvante en el tratamiento del shock, por lo tanto, inyectada de esta manera, aunque su dosis es pequeña, reduce el peligro de reacciones indeseables, también debemos añadir como ventaja del empleo de vasoconstrictores en los anestésicos, el hecho de que al disminuir la circulación consiguientemente reduce la hemorragia durante las maniobras quirúrgicas.

Los vasoconstrictores más utilizados en la actualidad son la:

Adrenalina .- En concentración de 1 : 50000 a 1 : 125000

Nor-adrenalina . - En concentración de 1 : 30000

Los anestésicos locales que más frecuentemente son empleados en la clínica de Exodoncia son los siguientes:

Citanest.- Es uno de los anestésicos menos tóxicos que existen, en el bloqueo mandibular es la anestesia - apropiada por su duración prolongada y el mínimo de efectos colaterales.

Xylocaina.- Es otro de los anestésicos más utilizados en Odontología, siendo sus efectos un poco más tóxicos que la del citanest.

C A P I T U L O V

A) ASEPSIA Y ANTISEPSIA

B) TECNICAS DE ANESTESIA

Son los pasos que se dan antes de intervenir al paciente y en los cuales se hará una buena asepsia.

A s e p s i a

Es el procedimiento por medio del cual se destruyen los gérmenes que pudiera tener el material quirúrgico y todo aquello que tenga contacto con el campo operatorio-teniendo cuidado de hacer una buena esterilización, tanto del operador como del instrumental, para evitar infecciones en la herida.

A n t i s e p s i a .

Es la destrucción de ciertos gérmenes patógenos ya existentes en el organismo, valiéndonos de medios fisi -

cos, Químicos y Biológicos, para dicha destrucción de los mismos. La asepsia y la antisepsia deben ser observadas en la forma más rigurosa para lograr el buen éxito de la intervención quirúrgica, éstas se refieren al operador, al paciente, al campo operatorio, a los instrumentos y al material de curaciones.

Medios de Esterilización

Lavado.- La esterilización de las manos se principiará por un lavado completo con jabón y cepillo, desde las uñas, palmas, dorso de la mano y antebrazo hasta el nivel del codo, que durará unos cinco minutos, el enjuague deberá ser con agua estéril, procurando que el agua que toque el antebrazo y codo no escurra hacia la mano.

Enseguida se hace un segundo lavado en la misma forma. Este tiene por objeto que se caigan todas las células epiteliales descamadas. Se procede a secarse las manos con una toalla estéril.

Calor seco o húmedo.- Es empleado para la esterilización del instrumental, bandejas y algunos otros utensilios.

La temperatura para una buena esterilización debe -
mantenerse por lo menos a 100 grados centígrados durante
5 a 15 minutos.

Calor húmedo.- Se emplea en la esterilización de
instrumental y vestuario quirúrgico. El vapor de agua -
con sus cambios bruscos destruye los virus que son más-
resistentes a la temperatura.

Medios Antisépticos para la
Esterilización

- A. Que permanezca perfectamente sumergida en el
líquido antiséptico.
- B. Que se mantenga completamente limpia, despro-
vista de sustancias insolubles.
- C. Que el tiempo de esterilización sea de 48 Hrs.

El operador debe mantener sus manos exentas de ca-
llosidades y las uñas de sus manos recortadas y perfecta

mente limpias.

Debe estar provisto de bata, gorra y cubre-boca que ya deben estar esterilizadas en autoclave.

El alcohol es otro de los medios utilizados para la limpieza de las manos.

Si ésto no es suficiente, se puede hacer un último-lavado con Permanganato al 4%. El instrumental se puede introducir también en una solución de benzal o sumergirse en alcohol durante 3 o 4 Hrs.

B. TECNICAS DE ANESTESIA

Técnica Mentoneana

El nervio se origina en el conducto dentario inferior, empezando del nervio alveolar inferior y sale a través del agujero mentoneano, a la altura del premolar, irrigando la piel de la mucosa del labio inferior y de la mandíbula.

Nos servirá de referencia el dedo índice con el cual se palpará el paquete vásculo nervioso a su salida del agujero mentoneano, ejerciendo una presión moderada mientras la aguja se introduce hacia el agujero mentoneano hasta que la punta este inmediata al paquete vásculo nervioso.

Técnica Troncal o Regional

El nervio alveolar inferior se desprende del nervio maxilar inferior, cuando éste se divide inmediatamente por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo, primero por dentro del músculo pterigoideo externo y luego por fuera del músculo pterigoideo medio, entre éste y la rama maxilar inferior.

El nervio entra en el orificio del conducto dentario situado más o menos en el punto medio de la rama y corre en el canal del mismo nombre hasta el nivel del incisivo mesial, donde se divide dando ramas para los dientes y en cima del maxilar.

Una vez localizada la rama del maxilar inferior, valiéndonos del dedo índice, se hará la punsión inmediatamente por dentro de ese punto a 1cm. por encima del plano oclusal del tercer molar.

La geringa debe permanecer paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes inferiores.

La introducción de la aguja será lentamente 2 cms.- pegada a la cara interna del maxilar, haciendo una pequeña giro-versión, cuidando el plano horizontal.

Técnica Nasopalatina

Es la mayor de las ramas nasales posterosuperiores, corre hacia abajo y adelante a lo largo del tabique nasal, atraviesa el conducto palatino anterior y da rama a la porción más anterior del paladar duro y a la encía que rodea los incisivos superiores.

El nervio nasopalatino se bloquea inyectando unas decimas de ml. de xylocaina al 2% al lado del conducto incisivo situado en la línea media por detrás de los incisivos.

Técnica Infraorbitaria

El nervio infraorbitario se bifurca en forma directa del nervio maxilar superior. Se localiza en la órbita

a través de la hendidura esfeno-maxilar y corre en el piso de la misma, primero en el surco y luego en el canal infra orbitario, para luego aparecer en éste, para distribuirse por la piel del párpado inferior, la porción lateral de la nariz y el labio superior, así como por la mucosa del vestíbulo nasal.

Técnica Palatina Anterior

Corre desde la fosa pterigopalatina hacia abajo en el canal del conducto palatino posterior, atraviesa el agujero palatino posterior para aparecer en el paladar duro e inervar la mucosa de esta región y la encía palatina correspondiente.

Para anestesiar ocuparemos el anestésico del lado del agujero del conducto palatino posterior situado a la altura del segundo molar un centímetro por encima del borde gingival.

C A P I T U L O V I

EXTRACCION DENTAL

Es la avulsión de la pieza o piezas dentarias que se consideran nocivas a la salud.

Para la obtención de una buena técnica de extracción es menester cuidar la participación del pasiente en su posición adecuada, del operador y del instrumental.

El cirujano dentista ocupará el sitio correspondiente de acuerdo a la pieza por extraer, si corresponde al maxilar superior o al inferior. Posteriormente llevará a cabo la extracción bajo los siguientes pasos: aprehensión, luxación y tracción.

- A. Siendo la aprehensión la más importante por depender de ella el éxito de la extracción, se separan los labios, el carrillo y la lengua del pasiente dejando campo propicio para tomar el fórceps, la pinza de apoyo y desarrollando la fuer-

za necesaria para movilizarla.

- B. En la luxación, el diente rompe las fibras del parodonto y dilata el alveolo ocasionando movimientos de lateralidad y de rotación.
- C. El movimiento de tracción es la relación entre la aprehensión y la luxación que provoca la total movilidad de la pieza con el ligamento parodontal.

Técnicas de Elevadores.

- A. El elevador es una palanca y una cuña

Se introduce para localizar el punto útil de la fuerza, haciendo movimientos de rotación hasta localizar el punto de apoyo para empezar la luxación.

- B. Extracción con alveolectomía.

Es la eliminación de la pieza del proceso óseo previa resección de lámina que lo cubre

La finalidad de la alveolectomía es suprimir parte de la tabla alveolar que protege al diente.

Indicaciones

1. Dientes parcialmente retenidos.
 2. Fragilidad en el diente.
 3. Dientes portadores de prótesis.
 4. Alveolos hipercalcificados en personas adultas.
 5. Fractura radicular en el acto operatorio.
 6. Intervención sobre procesos patológicos periapicales.
 7. Dientes disminuidos en su resistencia coronaria y radicular debido a caries y aparatos protésicos.
 8. Extracción de raíces (cuando no pueden ser extraídos por vía alveolar.
- C. Extracción por seccionamiento.

Este procedimiento generalmente se aplica en dientes erupcionados o retenidos, naturalmente con sus respectivas divisiones. También se usa al nivel del cuello del diente, separando la corona de la porción radicular o bien dividiendo el órgano dentario de acuerdo al número de raíces que tenga.

C A P I T U L O V I I

ACCIDENTES QUE SE PRESENTAN EN EL MOMENTO DE HACER LA EXTRACCION

1. FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR:

Este tipo de fracturas pueden ser intencionales o accidentales, las intencionales se hacen debido a la resistencia del diente, encontrándose ésta soldada a la tabla externa o interna. Las fracturas accidentales, se presentan cuando hacemos uso incorrecto del instrumental.

2. PENETRACION DE DIENTES EN LOS TEJIDOS BLANDOS:

Este accidente sucede raras veces, nos damos cuenta de él, cuando sin haber sacado el diente de la cavidad oral no se encuentra en el alveólo, por alojarse generalmente entre la tabla externa del hueso y los tejidos blandos, en ca

so de que esto nos llegara a suceder localizaremos el diente por medio de la radiografía, con lo que también conoceremos la posición exacta y el lugar en que se encuentra.

3. LUXACION DE MANDIBULA:

La luxación de mandíbula, provocará la abertura de la boca y la aproximación de las arcadas dentarias será imposible. La luxación mas frecuente es la que se produce hacia adelante y puede ser unilateral o bilateral.

Cuando la luxación se produce hacia arriba y hacia atrás, se acompaña frecuentemente de fracturas en la pared anterior del conducto auditivo externo.

La luxación unilateral es menos frecuente y apreciaremos que la comisura labial se encuentra desviada, la región mentoneana estará dirigida hacia el lado sano, el carrillo del lado sano nos parecerá ahuecado por el relajamiento muscular y el del lado luxado se ve aplanado y tenso. Puede confundirse en el diagnóstico con la parálisis facial, pero al reír y al silbar, los músculos responderán. La luxación bilateral es la más frecuente, el paciente queda con la boca

abierta, las dos arcadas distanciadas por tres o cuatro centímetros, los carrillos se ven alargados o aplanados, la cara se ve alargada, los incisivos inferiores sobresalen a los superiores, la saliva escurre por las comisuras, la masticación es imposible, la deglución y la fonación serán difíciles, adelante del conducto auditivo externo se sentirá una depresión que corresponda a la articulación temporomandibular, por delante de esta se apreciará la saliente del cóndilo desalojado.

De los factores del cóndilo mandibular se diferenciarán por el hecho de encontrarse la cavidad glenoidea del temporal ocupada por el cóndilo fracturado.

El tratamiento de la luxación es relativamente fácil y raras veces se tendrá la necesidad de recurrir a la anestesia. Este tratamiento se consigue manteniendo la cabeza del paciente bien apoyada en el cabezal del sillón (aconsejándose la intervención de un ayudante para evitar los movimientos bruscos del paciente), entonces el operador introducirá los dedos pulgares dentro de la cavidad oral, uno a cada lado sobre las arcadas dentarias en la región de los molares y los dedos restantes se apoyarán en la parte inferior

y lateral de la mandíbula, haciendo un movimiento primero -- hacia adelante y abajo y después hacia atrás, con lo que el cóndilo de la mandíbula tomará su posición normal en la cavidad glenoidea.

4. FRACTURA DE LOS DIENTES:

Estos accidentes se pueden dividir en fractura de un diente que se va a extraer, esta clase de fractura es muy común, - debido al resblandecimiento carioso que muchas veces se presenta o por movimientos demasiados bruscos del operador al estar haciendo la extracción. Este accidente se puede evitar teniendo cuidado al hacer la extracción, usando instrumental adecuado, haciendo las luxaciones correctamente, pues muchas veces una extracción que parecía fácil, resulta difícil al fracturarse la corona del diente.

- Fractura o luxación de los dientes contiguos al que se va a extraer.

Estas son producidas por algún golpe accidental o fuerza de palanca exageradamente, produciéndose así la luxación.

- Fractura o extracción accidental del germen permanente:

Cuando al hacer la extracción de un diente primario, en

cuya porción radicular ya se encuentra el gérmen dentario del diente permanente, tendremos cuidado al emplear el instrumental, ya que si profundizamos demasiado, se hará la extracción del gérmen permanente.

5. FRACTURA DE MAXILAR Y MANDIBULA:

La fractura es una solución de continuidad en el tejido óseo provocada generalmente por un agente mecánico. Cuando la fractura es producida por un movimiento insignificante, quiere decir que ya existía una lesión, por lo que se debe averiguar cuidadosamente la existencia de ésta.

6. PENETRACION DE DIENTES EN LAS VIAS RESPIRATORIAS O DIGESTIVAS:

Al llevarse a cabo una extracción dentaria, accidentalmente pueden caer en la laringe o faringe.

Si el diente esta en la faringe, es posible que pase al esófago, naturalmente si no es eliminado por las vías naturales.

Si se introduce en la laringe, puede ser desechada por un exceso de tos, puede también correr el peligro de que dicha pieza pase a los pulmones, ocasionando un cuadro más grave. En estos casos debemos recurrir al especialista.

7. COMUNICACION DE CAVIDAD BUCAL CON CAVIDADES VECINAS:

Generalmente se debe a algún traumatismo con el instrumental empleado, si la lesión se hace con un movimiento débil o traumatismo insignificante, quiere decir que ya había lesión anterior.

- Fractura de Instrumental :

Las fracturas del instrumental provienen en la mayoría de los casos de la calidad del instrumental, o bien por usar hojas demasiado delgadas, así como también el uso incorrecto de éste.

- Comunicación Sinusal:

Es un accidente que ocurre cuando por cualquier motivo se rompe la mucosa del seno maxilar, a través de un alveolo dentario. Las causas que lo originan son casi siempre mo

tivadas durante la extracción de piezas como primeros y segundos premolares, dependiendo de la extracción del seno. Hemos de considerar que más que por malas manipulaciones las comunicaciones sinusales son originadas por la cercanía que puede haber entre el seno maxilar y el ápice de la pieza.

- Síntomas.

El más aparente de los síntomas es la presentación en el alvéolo de burbujas de aire, las cuales se aumentan en número si al paciente le tapamos las fosas nasales, trata de soplar por la nariz.

- Tratamiento.

Deberá efectuarse lo más pronto posible y siempre dentro del período transoperatorio.

Se prepara inmediatamente cemento quirúrgico, hasta que tome una consistencia pastosa, con este material se construye un cono adecuado al tamaño del alvéolo y se obtura lo más hermeticamente posible. Si no ha habido complicaciones tales como la introducción de la raíz al seno, pasará poco-

poco tiempo para que la mucosa sinusal se reconstruya y al mismo tiempo se desaloje fisiológicamente a los restos del coágulo que pudieron haberse introducido al seno.

Como medida de prevención, nosotros consideramos muy útil la administración de algún antibiótico. El taponamiento de cemento quirúrgico de que hablábamos anteriormente, es desechado por el organismo en el término de aproximadamente dos semanas. Las casas dentales expenden un cemento quirúrgico denominado Wonder - Pak, se presenta en forma de polvo y líquido y es el más recomendable en este tipo de tratamiento.

- Síncope:

Es un estado patológico agudo, originado por hipoxia cerebral, debido al deficiente aporte sanguíneo al cerebro. Se manifiesta por ligeras molestias, debilidad, mareo, palidez cutánea y transpiración acentuada.

En los principios del fenómeno guarda gran similitud con el colapso circulatorio (shock). El pulso se acelera y se vuelve débil, sobreviene la pérdida del conocimiento.

y disminuyen repentinamente el pulso y la presión arterial, pueden presentarse convulsiones.

Si la persona posee un estado de salud aceptable, sus mecanismos de control se autocompensan y vuelve a su estado normal, pero cuando existen alteraciones tales como artero-esclerosis e hipotensión, ambos mecanismos no funcionarán, pudiéndose presentar cuadros clínicos más severos.

Las manifestaciones del síncope tienen una gran similitud con las del shock o colapso circulatorio, por tanto es importante señalar, que si aplicados los métodos de reanimación para el síncope, el paciente no reacciona antes de tres minutos los métodos a usar serán los aplicables al shock.

- Tratamiento:

En cuanto se perciben los primeros síntomas (palidez, transpiración y mareo), el primer paso a dar será, el de colocar al paciente en posición acostada, de manera que la cabeza quede más baja que las piernas, de este modo la circulación en el cerebro será más fluida. Asimismo se evitará cualquier estorbo en la circulación o en la respiración de

ropas ajustadas, cinturones, etc. La aplicación de estimulantes de la respiración en forma de inhalaciones, es muy efectiva, en caso en que se inicia la recuperación, así tenemos por ejemplo alcohol inhalado.

Es muy conveniente tranquilizar al paciente e indicarle con calma, aspiraciones intensas y reposadas. La aplicación de mascarilla de oxígeno, es de gran vitalidad cuando el paciente ha perdido el conocimiento, nosotros consideramos de gran utilidad en caso de que no se disponga de oxígeno, la respiración artificial de boca a boca, cuya técnica pertenece a los tratados al respecto.

- Shock.

Es un estado patológico que resulta cuando el aparato cardiaco disminuye tanto, que todos los tejidos corporales, o casi todos no reciben riego sanguíneo suficiente. Los tejidos experimentan isquemia, dando por resultado nutrición deficiente y eliminación inadecuada de los productos de la excreción celular. Cualquier situación que tienda a disminuir el movimiento cardiaco, puede producir el shock.

La clasificación del shock se puede hacer de dos tipos:

1. Shock Cardiaco
 2. Shock por retorno venoso.
1. SHOCK CARDIACO.

Es un estado grave de insuficiencia cardiaca (incapacidad del corazón para expulsar toda la sangre que le llega) y bajo gasto cardiaco (poca cantidad de sangre expulada).

2. SHOCK POR RETORNO VENOSO.

Disminuye el flujo de la sangre al corazón pudiéndose originar el shock. Como factores causales del shock se considera a la:

- a. Disminución del volumen sanguíneo.
- b. Obstrucción vascular principalmente venosa.

H E M O R R A G I A

Es una complicación alveolar que se presenta al cirujano dentista después de efectuar la intervención, siendo de

poco sangrado, de naturaleza local y de un mínimo de dificultad para su manejo, en algunos casos puede alcanzar serias - proporciones, pero esto debe evitarse de antemano, teniendo - en cuenta la historia clínica. Una prevención anticipada pue - de dar éxito en el posoperatorio.

Algunas veces son necesarias pruebas de laboratorio para establecer o descartar algún trastorno hemorrágico. Si el estado de salud del paciente es aceptable, no habrá problemas para efectuar la extracción. Debe preocupar al cirujano dentista, eliminar márgenes óseos fibrosos y tejidos blandos patológicos y colocar las suturas indicadas. La duración de una hemorragia es de 5 a 15 minutos, incluso en una forma intermitente puede presentarse durante algunas horas.

En las primeras ocho horas deberá evitarse cualquier enjuague para que el coágulo tenga suficiente tiempo para retraerse y mantenerse firme, empezando aquí propiamente la curación de la herida.

La hemorragia es la salida de la sangre de los vasos sanguíneos y se clasifica en: Primaria, intermedia y secundaria. Los vasos afectados (arterial, venoso, capilar) y de deficiencias de algún factor (extravascular e intravascular). Todas

estas clasificaciones tienen complicaciones y aplicaciones definitivas.

La hemorragia primaria se atribuye al corte quirúrgico de los vasos.

La hemorragia intermedia se debe a la eliminación de presión y disipación de los efectos de los vasos constrictores.

La hemorragia secundaria puede atribuirse al trauma y a la infección.

El sangrado arterial es rojo y pulsátil. El venoso es rojo y oscuro y mana., mientras que el capilar también es rojo pero mana lentamente.

La hemorragia extra vascular es más frecuente que la intravascular y se debe a la naturaleza de la herida (paredes duras que no pueden ser aproximadas), la localización de la herida (aumenta su susceptibilidad al trauma secundario y a la infección), frecuencia de infección (infecciones paradontales y periapicales predisponen a epidermia inflamatoria y sangrado) y trauma quirúrgico (hiperemia secundaria al trauma causa frecuentemente hemorragia).

Una deficiencia de factores en la coagulación sanguínea ocasiona una hemorragia intramuscular que generalmente es por deficiencia de tromboplastina (deficiencia de factores en la primera etapa de la fórmula de la coagulación sanguínea), es una deficiencia de trombina, una deficiencia de protrombina o una deficiencia de fibrinógeno.

La hemorragia puede tratarse por métodos locales (Prevención, presión, frío) y por métodos generales. La aplicación de presión varía desde la utilización de gasa con o sin agentes hemostáticos (trombina, ácido tánico, bisuboxalato), hasta el relleno de la herida con gasa yodoformada o agentes hemostáticos como el oxycel, Gelfoam), y la utilización de suturas con o sin algunos de los agentes mencionados.

La aplicación de frío provoca contracción de las paredes de los vasos sanguíneos.

Los métodos generales no suelen ser necesarios, pero cuando están indicados, varían desde la administración de agentes hemostáticos como el salicilato de advenosem y el pranitim hasta la reposición terapéutica del factor intrín

seco faltante para la coagulación de la sangre.

Todos los factores pueden encontrarse en la sangre entera fresca, en el plasma congelado fresco, salvo en el factor plaqueta, que solo se encuentra en la sangre fresca.

CONCLUSIONES

La finalidad de ésta tesis es como ya lo había mencionado al principio de la misma, la de servir de ayuda para el lector interesado en el tema, y no el de editar un tratado completo de exodoncia.

Considero que es importante presentar las siguientes conclusiones:

1. Después de considerar necesaria la extracción de una (s) pieza (s) debido a la imposibilidad de actuar de otra manera, es importante aclarar que el cirujano dentista tome en cuenta el estado general de salud del paciente y en caso necesario, pedir la autorización por escrito del médico general o especialista que corresponda.

2. Aún cuando la endodoncia ha efectuado grandes avances en sus diferentes técnicas, existen aún casos en los cuales la única y mejor solución es la eliminación por extracción de la (s) pieza (s) problema.

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

ANESTESIA REGIONAL DE LABAT

Tercera Edición
Nueva Editorial Interamericana

Dr. Jhon Adriani

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA

Novena Edición, Tomo I
Editorial Purrrúa

Dr. Fernando Quiróz G.

CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA.

Tomo I
Editorial el Ataneo 1957

Dr. Ríos Centeno

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

Editorial el Ataneo 1963

Dr. Frank M. Mac Carty

ATLAS DE TECNICAS QUIRURGICAS

Tomo I
Segunda Edición 1968

Dr. Archer Harry

TRATADO DE EXODONCIA

Editorial Pubul

Dr. Leo Winter

MANUAL DE EXODONCIA I

Apuntes Inéditos

Dr. Takeo Kimura F.

MANUAL DE FISIOLOGIA MEDICA

Tercera Edición
Editorial el Manual Moderno

Dr. William F. G.

COMPENDIO DE FARMACOLOGIA

Primera Edición
Editorial el Ataneo

Dr. Manuel Litter

CIRUGIA ODONTOMAXILAR

Segunda Parte
Edición 1949

Dr. Ciro Durante A.