



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Odontología

EXODONCIA

TESIS

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

Griselda Barajas Argumedo

Luis Gómez Velasco

México D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INTRODUCCION

Como es de saber; la Exodoncia, rama importante de la Odontología, siempre estará en constante práctica dentro del consultorio. Mas aún en el que se dedique a la odontología integral ó general.

Los motivos por los que se realizan las exodoncias ó Avulsiones propiamente dicha de piezas dentales estan claramente establecidos y se deben de llevar a -- efecto:

Tanto en el enfermo que se presenta desvelado y -- aprensivo por el suplicio que le ha proporcionado aque l diente tan extremadamente cariado (4º grado) y al cuál no se le puede instaurar un tratamiento para su - conservación. O aquel paciente que presenta una oclu-- sión y posición dental disarmonica amén de que alguna pieza se encuentra ectopicas, impidiendo instituir un adecuado tratamiento ortodontico.

Otro caso serían parodontopatias en un estado gra- ve, las cuáles ocasionan daño a los tejidos óseos y - gingivales produciendo el aflojamiento dental y hacien do necesario el tratamiento exodontico.

Es por lo tanto bastante clara la necesidad de ésta rama en el desarrollo profesional de todo Cirujano -- Dentista así como el auxilio que brinda a otras ramas de la odontología.

INDICE

EXODONCIA

I. GENERALIDADES	1
A.- Definición de Exodoncia.	1
B.- Definición de Extracción Dental.	1
II. HISTORIA CLINICA	2
A.- Definición de la Historia Clínica.	2
B.- Exámen Bucal	5
C.- Estudios de Aparatos y Sistemas	6
III. FARMACOS USADOS EN EXODONCIA	11
A.- ANTIBIOTICOS	11
B.- Analgésicos y Antiinflamatorios.	14
IV. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DENTARIA.	16
1.-INDICACIONES LOCALES DE LA EXTRACCION DENTAL:	
A.-Dientes cariados	16
B.-Dientes fracturados ó luxados.	17
C.-Dientes afectados por enfermedades diabeticas.	17
D.-Afección del parodonto.	17
E.-Razones Ortodóncias.	17
F.-Dientes primarios persistentes.	17
G.-Razones Endodonticas.	17
H.-Dientes primarios persistentes.	17
I.-Dientes primarios retenidos.	18
J.-Dientes retenidos ó incluidos.	18
K.-Dientes que han perdido su antagonista	18

L.-DIENTES , SANOS PERO AISLADOS	18
M.-Dientes que se encuentran en línea de fractura ósea	18
N.-Dientes que traumatizan los tejidos blandos	18
Ñ.-Raíces y restos radiculares	18
O.-Dientes situados en zonas patológicas	18
P.-En ortodoncia	19
Q.-Dientes supernumerarios	19
2.-CONTRAINDICACIONES	20
A.-Locales	20
b.-Generales	20
V.-EQUIPO E INSTRUMENTAL	
A.-Instrumentos comunmente usados en exodoncia	22
B.-Tiempos de la extracción	23
C.-Forceps para la exodoncia del maxilar sup.	24
Forceps No.65, 32, y 32 A	24
" " 150,151 y 69	25
" " 99 C ó pico de loro y 18 R	27
" " 18 L, 53 R, 53 L, y 88 R ó tricornio	28
" " 88 L2, 10 C y 210	29
" " 151 A, 151 modificado	30
" " 16	31
" " 222	32
D.-Botadores y elevadores	33
E.-Instrumental accesorio	34
F.-Instrumentos cortantes para la extracción	35
V1.-ASEPSIA Y ANTISEPSIA	37
VII.-ANESTESIA EN EXODONCIA	40

VII.-ANESTESIA EN EXODONCIA	40
A.-Definición de anestesia	40
B.-Bloqueo de campo	40
C.-Bloqueo de nervio	40
D.-Nervio Trigemino	41
E.-Nervio maxilar sup.	42
F.-Nervio maxilar inf.	43
G.-Músculos masticadores	45
VIII.-COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS	
1.-Complicaciones operatorias	52
A.-Accidentes del diente a extraer	52
B.-Accidentes de los dientes vecinos	55
C.-Lesiones de los tejidos blandos perifericos	56
D.-Lesiones de los tejidos blandos alejados	56
E.-Lesiones de los tejidos duros	56
F.-Lesiones de organos vecinos	57
G.-Articulaciones temporomaxilar	58
2.-Complicaciones postoperatorias	59
A.-Hemorragia	59
B.-Alveolitis	61

GENERALIDADES

TEMA- 1

GENERALIDADES.

TEMA I

1.- DEFINICION DE EXODONCIA:

Rama de la odontología y de la cirugía bucal que se encarga de la extracción de los dientes que han perdido su función, ya sea por procesos cariosos, parodontales, por --tratamientos ortodoncicos protesicos y tratamientos endo--denticos que han fracasado.

EXTRACCION DENTAL:

Es el acto quirúrgico que se encarga de la avulsión o extracción del diente, acto que queda regido a la técnicas exodonticas y de asepsia y antisepsia actualizada.

En otras palabras, extracción dental es el acto ---quirúrgico caracterizado por la avulsión previa anestesia - de una ó varias piezas dentales.

Actualmente se considera la extracción dentaria como un acto quirúrgico delicado porque puede poner en peli--gro la salud y aún la vida del paciente.

La extracción dentaria, es una intervención en la - cuál debemos poner todo nuestro cuidado para lograr el éxi- to , no se deben olvidar nunca los conceptos de asepsia y - antisepsia así como el estudio del paciente, para prevenir - accidentes durante la intervención ó posteriores a estas -- además el uso del instrumental, debe ser adecuado para cada caso así como la anestesia que puede ser local, general o - regional.

HISTORIA CLINICA

TEMA 2

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un factor muy importante en el diagnóstico odontológico, no basta que el dentista haya aprendido a reconocer unas cuantas enfermedades, es necesario también estudiado un gran número de pacientes durante un período más o menos largo, para hacer la descripción correcta de la enfermedad, es necesario también adoptar una terminología satisfactoria y saber expresar en pocas palabras lo que se desee asentar.

La historia clínica o Anamnesia;

- 1.- Se anotará la historia clínica para cada paciente y debe contener todos los datos necesarios.
- 2.- En cada historia clínica se archivará una gráfica de los hallazgos mas importantes. Tanto la historia clínica como la gráfica debe indicar claramente la situación exacta del area patológica de los dientes cariados ó infectados; evitando errores al señalar el lado correspondiente de la lesión.

Utilizaremos como ejemplo o guía la historia clínica que se emplea en las cirugias de exodoncia de la facultad de Odontología de la U.N.A.M. tanto al anverso como al reverso y aplicando cada uno de los datos.

La observación metódica de los diversos síntomas que presenta cada enfermo, es esencial para el diagnóstico; al anotar en la hoja clínica los descubrimientos hechos por el cirujano dentista, es preciso que este tome en consideración -- el significado de cada uno de estos.

Hay ciertas condiciones anátomo funcionales y anátomo patológicas en la boca que sirven como índice de diagnóstico y -- deben ser registrados en la historia clínica. Por ejemplo en --- función de signos y síntomas podemos poner los siguientes: los dientes de hutchinson y molares en forma de mora indican -- sífilis congénita, la cianosis indica insuficiencia cardiaca, - la esclerótica amarilla puede indicar insuficiencia hepática.

Simplemente el signo característico con el que todos los días se enfrenta el cirujano dentista , que es el dolor, puede ser pulsátil en algunas alteraciones parodontales e intenso y - muchas veces circunscrito en alteraciones pulpares de la zona - afectada.

En el padecimiento actual, cuando el enfermo tiene dolor se anotará la clase y el lugar en que esté situado. Este sirve a veces para hacer el diagnóstico de una neuralgia ó de una --- neuritis.

Datos generales del paciente (antecedentes personales)-- se anotará en la historia clínica el nombre del paciente, e-- dad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento, etc. - Estos datos son necesarios ya que en el caso de la edad, es -- importante porque la caris, la dentición tardía se observan ge-- neralmente en la niñez y en cambio la parodontosis se considera como una enfermedad de la edad adulta.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLINICA DE EXODONCIA

NOMBRE		EDAD	ESTADO
OCCUPACION		LUGAR DE NACIMIENTO	
Examen bucal			
Diagnóstico			
Tratamiento			
Estudio de aparatos y sistemas:			
Aparato cardio-vascular			
Reni			
Sistema nervioso			
Aparato digestivo			
Aparato respiratorio			
Estados fisiológicos en la mujer			
Menstruación	Embarazo	Lactancia	Menopausia
Propensión Hemorrágica			
Pruebas de Laboratorio			
Estudio Radiológico			
Estado General			
Indicada la extracción dentaria?			
Analgesia indicada			
Técnica empleada			
Precauciones operatorias			
Complicaciones			
Examinado por el alumno		Profesor	

EXODON-
CIA

EXAMEN BUCAL

Se llevará un orden en cuanto a la examinación de tejidos partiendo de lo mas externo y que son:

LABIOS.- Se anotará la presencia de queilosis (labio leporino ó fisura congénita).

MEMBRANA MUCOSA.- Se observará si hay neoplasias, úlceras etc...

LENGUA.- Si se observa glositis, lengua geografica, escretal ó cualquier estado patológico se hará la anotación respectiva.

PALADAR.- Se investigará la existencia de lesiones sifilíticas, perforaciones, neoplasias. etc.

ESPACIO SUBLINGUAL.- Se tomará nota de presencia de ránulas, celulitis crónica, carcinoma, etc.

FARINGE.- Aqui es conveniente cerciorarse de la existencia de algún estado patológico (infecciones amigdalinas, angina de Vincent, abscesos) toda la proximidad que tienen los dientes con otros tejidos de la boca.

ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR.- Se anotará igualmente cualquier anomalia de la articulación (anquilosis, luxación, -- fracturas).

ESTADO HIGIENICO DE LA BOCA.- El estado antihigiénico -- puede ser signo de infección bucal, de algún foco infeccioso de malos hábitos etc. y debe ser anotado en la historia clínica.

DIAGNOSTICO DENTAL.- Se anotará si es necesario la extracción y esta se hará cuando presente caries en 4º grado, restos radiculares, movilidad de 3º grado, falta de sostén óseo por -- requerimiento ortodónticos o razones protésicas.

TRATAMIENTO EXODONTICO.- Se anotará el número de piezas -- que se van a extraer y los cuadrantes en que se localizan.

ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO CARDIO VASCULAR.-Se le preguntará al paciente si tiene algún síntoma o enfermedad cardiovascular , como son la hipertensión arterial,arritmia, taquicardia, bradicardia, soplos, si ha sufrido alguna embolia, etc. y confirmar si está --siendo controlada por su médico.

APARATO RENAL.- Es importante hacer incapié en este aparato ya que por el riñon se van a desalojar los bloqueadores, -es necesario saber si hay poliuria (aumento del número de micciones por 24 hrs)., puede ser un síntoma de diabetes, nicturia (micciones involuntarias nocturnas), glucosuria (azúcar -en la sangre), dificultad al orinar, color, olor,cistitis, nefritis, hinchazón de tobillos y párpados.

SISTEMA NERVIOSO.- Saber si es un paciente aprehensivo --conviene tratarlo con sedantes ó tranquilizantes, si es un paciente que ha tenido convulsiones (epilepsia) temblores, malestar en habitaciones donde hay personas, tensión emocional,--depresiones.

APARATO DIGESTIVO.- Se anotará si el paciente tiene falta de apetito (anorexia) eructos, gastritis, (dispepcias), otros trastornos como;

Diarreas

Hemorragias gástricas.

Hematemesis (vomito de sangre).

Pérdida o aumento de peso reciente.

Úlceras.

Estreñimiento.

Hepatitis.

Ictericia.

Colitis.

Agruras.

APARATO RESPIRATORIO.- En está parte de la anamnesis se anotará si el paciente presenta hemorragias por la nariz (epistaxis), hemorragia por boca, nariz proveniente de vías respiratorias (hemoptisis) resfriados frecuentes, tos, flemas con con sangre, accesos frecuentes de tos, fatiga, disnea, sinusitis asma.

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER:

- a).- Menstruación.
- b).- Embarazo.
- c).- Lactancia.
- d).- Menopausia.

MENSTRUACION.- No existe ninguna contraindicación para la extracción dentaria , de todos modos es necesario saber si ---- existe dismenorrea (aparición difícil de la regla que es a menudo dolorosa). Amenorrea (supresión del flujo menstrual en una mujer no embarazada y que no ha llegado a la menopausia. Si su sangrado dura mas de cuatro días , pedirle pruebas de laboratorio , como es un periodos en que se alteran, el estado emocional de la mujer, es conveniente administrarle tranquilizantes o sedantes.

EMBARAZO.- No hay contraindicaciones, aunque si se deben guardar más precauciones que en el estado anterior porque aunque la anestesia usada es un tabú por el peligro que implica,-- si se puede realizar la intervención, ya que resulta más nocivo una pieza dental en mal estado; que seria un foco de infección que indirectamente puede perjudicar más al producto que la anestesia misma. Se deben tener en cuenta: cuantos hijos tiene, si a tenido abortos anteriores, si hay cierta propensión a los mismos., etc, entonces es preferible no hacer ninguna intervención ó sólo previa autorización de su ginecólogo.

Durante los tres primeros meses, el feto no está lo suficientemente fijado en el útero y con la anestesia puede haber una contracción brusca del mismo lo que desalojaría al producto. Por otro lado en los tres últimos meses, con la anestesia puede haber un relajamiento de cuello uterino y desalojar al producto porque su peso es mucho mayor.

LACTANCIA.- No hay ninguna contraindicación, únicamente - que con la tensión nerviosa y estado de angustia de la paciente su organismo produce una sustancia llamada magro que se va a -- combinar con la leche y tiene la particularidad de producir diarrea en el niño, es preferible darle placebo en lugar de tranquilizantes para calmar a dicho paciente o recomendarle que no le de su leche al niño durante dos días para no afectar al niño.

MENOPAUSIA:- Es el estado fisiológico de la mujer en que su organismo deje de menstruar. Tampoco hay contraindicaciones para la exodoncia, sin embargo como el estado hormonal y emocional de la paciente se encuentra alterado, se necesita tranquilizarla con el diálogo médico-paciente, si no da resultado se probara con algún medicamento tipo placebo, de lo contrario será necesario darle un tranquilizante (atarácico) o sedante.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

- A) BIOMETRIA HEMATICA.
- B) TIEMPO DE SANGRADO. 1 a 3 min.
- C) TIEMPO DE COAGULACION. 5 a 8 min.
- D) TIEMPO DE PROTROMBINA. 10 a 14 seg.
- E) V.D.R.L..
- F) MANTOUX.
- G) GENERAL DE ORINA.
- H) QUIMICA SANGUINEA.

ESTUDIO RADIOLOGICO.-Tipo de radiografias: periapicales,oclusales, de aleta mordible, (bitewing) etc

NOTA: Este tema se explicará ampliamente al terminar la historia clínica.

ESTADO GENERAL.- Basado en el interrogatorio anterior, anotar si es satisfactorio o no satisfactorio, (se anotaran --- tres lecturas S.D.P., que quiere decir sin datos patológicos)
¿ Indicada la extracción dentaria ?
Anotar si ó no, según vea su indicación ó contraindicación.

ANALGESIA INDICADA.- El tipo de bloqueador se empleará -- de acuerdo a la concentración del vasoconstrictor que contiene. De los que se utilizan en la clínica tenemos:
Citane, octapresin, citanest 30, xilocaina al 2% con y sin e-- pinefrina, carbocaina y glavicaina.

TECNICA EMPLEADA.- Se refiere al tipo de bloqueo que se - usará, y que puede ser local, supraperiostica ó infiltrativa,.

PRESCRIPCIONES OPERATORIAS.- Se refiere a los medicamen-- tos utilizados o recomendados tanto en el pre como en el post-- operatorio.

COMPLICACIONES.- En el periodo postoperatorio se verifi-- cará presencia de alveolitis, fractura de hueso de soporte, --- presencia de cuerpos extraños, luxación de la (A.T.M.), in--- fecciones, trismus, etc.

EXAMEN RADIOLOGICO:

No puede concebirse en la actualidad la práctica de la -- exodoncia, sin un adecuado exámen radiografico. Los datos que - pueden obtenerse son tan necesarios y completos que no está por demás mencionarlos. Desde luego hablamos de radiografias co --- rrectas, que abarquen la totalidad de la pieza a extraer y las - estructuras vecinas, con imágenes claras y sin superposición.

Al examinar las radiografías observaremos lo siguiente:

- A) La pieza a extraer.
- B) El hueso de sosten.
- C) Los dientes vecinos.
- D) Las relaciones con las estructuras vecinas.
- E) Lesiones patológicas (o anomalías) lesiones periapicales, hipercementosis, fracturas dentarias.

LA PIEZA A EXTRAER.- Estudiaremos la corona o el remanente coronario si existiera, con el objeto de evaluar su resistencia a la instrumentación, puede debilitarse por caries, o por restauraciones extensas.

Con respecto a los molares que tienen mas de una raíz, pero hay que recordar que pueden presentarse fusionadas como si fuera una sola.

Cuando más grande sea una raíz, mayores dificultades podrá presentar su avulsión.

EL HUESO DE SOSTEN.- Primeramente observamos la cantidad de hueso, es decir su altura, considerando mayor sea , mayor será la resistencia a vencer evidenciada por su grado de calcificación (radio-opacidad, radio-lucidez).

Aquí cabe mencionar la observación del ligamento alveolar ya que este, cuando está demasiado ensanchado facilita la avulsión de la pieza y la instrumentación con botadores.

LOS DIENTES VECINOS.- De ellos nos interesa conocer su resistencia, a fin de prevenir su lesión en las maniobras.

LAS RELACIONES CON ESTRUCTURAS VECINAS.- Aquí se observan la fosa pterigomaxilar, el seno maxilar, el conducto dentario inferior el agujero mentoniano, la rama ascendente, y la cercanía que guardan con respecto a la pieza por extraer, tomando precauciones para no perforar las láminas que separan en el caso del seno maxilar y la fosa pterigopalatina y así no penetrar dicha pieza, también se prevendrá la lesión a los nervios que atraviesan por el agujero mentoniano.

FARMACOS USADOS EN EXODONCIA

TEMA 3

FARMACOS USADOS EN EXODONCIA

Dentro de los fármacos mas empleados en está especiali-
dad como es la exodoncia; tenemos varios antibioticos (princi-
palmente la penicilina), analgésicos y antiinflamatorios, estos
en conjunto, se pueden administrar tanto en el preoperatorio como
en el postoperatorio ó según se requiera.

PENICILINAS:

Acontinuación daremos una amplia lista de las penicili-
nas y sus presentaciones, de las cuales las más recomendables y re-
cetadas por nosotros son las penicilinas G-Potásica fenoximetilpe-
nicilina, ampicilina y en el caso en que el paciente presente hi-
persensibilidad a las penicilinas recetaremos la eritromicina como
suplente efectivo.

---Amoxicilina (Amoxil, Carotid, Polymox):

Capsula de 250 y 500 mg.

---Ampicilina (varios fabricantes)

tabletas de 125mg.

Capsulas de 250 mg y 500 mg.

Inyectable (intramuscular o intra venosa) con 125, 250, 500,-
1000,2000 y4000 mg.

---Penicilina G benzatinica (bicillin, Parmapen).

Tabletas de 200.000 unidades/ml, 10 ml; 60.000 unidades/ml,1,--
1.5, 2 y 4 ml.

---Cloxacilina sódica (Dyciill,Dinapen,Pathocil, Veracillin).

Capsulas de 125 y 250 mg.

suspensión bucal, 62.5 mg/ 5ml, frasco de 80 ml.

---Meticilina (Azapen, Celbenin, Staphcillin):

Frasco de 1,4 y 6g para inyección intramuscular ó intravenosa.

---Nafcilina sódica (unipen):

Tablets de 500mg.

Capsulas de 250mg

Solución bucal 250 mg/5ml, 80ml.

Inyectable (I.M. ó I.V.), frasquitos con 500, 1000, 2000 y 4000mg

---Oxacilina Sodica (Bactocill, Prostaphlin):

Capsulas de 250 y 500 mg.

Solución bucal 250mg/5ml, frasco de 100ml.

inyectable (I.M. ó I.V.), frasquito con 500, 1000, 2000 y 4000 mg.

---Penicilina G Potasica (varios fabricantes)

Suspensión acuosa inyectable (I.M. ó I.V.):

300.000 unidades/ml; frasquito de 10ml; jeringa de 1ml.

500.000 unidades/ml; frasquitos de 1.2, 10 y 12ml.

600.000 unidades/dosis (dosis unica).

600.000 unidades/ml; unidades de cartucho de 1 y 2 ml con jeringa y aguja.

1.200.000 unidades/dosis (jeringa).

2.400.000 unidades/dosis (jeringa).

---Penicilina G Sodica;

Frasquitos ó ampollitas para inyección I.M. ó I.V. de 1 y 5 millones de unidades.

---Unguento de Penicilina:

5.000 unidades/g; tubo de 30g. }

---Fenoximetilpenicilina (Penicilina V, Copocillin, penvee, V-cillin

Tabletas de 125, 250, 300, y 500mg; potásica de 125, 250, 500 mg.

Oblea (sal de hidrabamina) de 250mg.

Solución bucal (potásica), 125 mg/5ml.
 (con sabor o sin él), 40, 80, 100, 150 y 200 ml.
 Gotas, suspensión con sabor, 125 mg/gotero, 1.5g.

En personas sensibles a las penicilinas el medicamento de elección es la eritromicina. Está la encontramos en varias presentaciones.

---Eritromicina, base (Ilotycin):

Tabletas de 250 y 500 mg.
 Unguento a 1%.

---Eritromicina, estolato de (diversos fabricantes):

Capsulas de 125 y 250 mg.
 Tabletas masticables de 125 y 250 mg.
 Tabletas 500mg.
 Suspensión bucal de 125 y 250 mg/5ml.
 Gotas de 100 mg/10ml.
 Polvo para suspensión bucal, 125 mg/ml.

---Eritromicina, etilsuccinato de (EES, Pediamycin):

Tabletas de 400 mg.
 Suspensión pedátrica de 200 y 400 mg/5ml.
 Gotas, 100mg/2.5ml.
 Inyectables (I.M.), 50 mg/ml.
 Polvo para suspensión bucal, 200mg/5ml.

---Eritromicina, lactobionato de (drytlocin I.V.):

Fascos de 500mg/20ml y 1g/30ml para inyección I.V.

--- Troleandomicina (tao):

Capsulas de 250 mg.

Suspensión de 125 mg/5ml.

ANALGESICOS.- Antiinflamatorios.

Los mas usuales por su efectividad y tolerancia son los --- salicilatos a los cuales se les atribuye además del efecto analgésico el de antiinflamatorios y antipiréticos.

Los mas usados son los siguientes:

---Aspirinas.- Tabletas de 60,120,200,250,300 y 500 mg.

Capsulas de 300mg.

Tabletas pediatricas de 75mg (con sabor)

Tableta con capa enterica de 300 y 600 mg.

Tabletas amortiguadoras de 300 mg.

Supositorios de 60,120,300, y 600 mg.

---Aspirinas compuesta;

Tabletas con 220 mg de aspirina, 150 mg de fenacetina y 30 mg de cafeina.

---Salicilamida:

Tabletas de 220,300,500, y 600 mg.

Suspensión bucal (liquiprin), 60 mg/ml.

---Salicilato de sodio:

Tabletas de 300,500, y 600 mg.

Tabletas con cubierta esferica, de 300mg.

OTROS ACIDOS ORGANICOS.

--- Indometacina (indocin):

Capsulas de 25 y 50 mg.

- Ibuprofén (brufen, motrin):
Tabletas de 300 y 400 mg.
- Acido mefenamico (ponstel):
Capsulas de 250 mg.
- Naproxen (naprosil):
Tabletas de 250 mg.
- Fenoprofén (nalfon);
Capsulas de 300 mg.
- Tolmetin (tolectin):
Tabletas de 200 mg.

PARA--AMINOFENOLES.

- FENACETINA:
Tabletas 300mg.

- Acetaminofeno:
Tabletas de 325 mg.
Suspensión bucal, 325 mg/5ml.
jarabe, 120mg/ml.
Elixir, 120mg/ml.
Gotas pediaticas, 60mg/0.6 ml.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

**DE LA
EXTRACCION DENTAL.**

TEMA 4

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

1.- INDICACIONES LOCALES DE LA EXTRACCION DENTARIA:

- a) DIENTES CARIADOS.
- b) DIENTES FRACTURADOS O LUXADOS.
- c) DIENTES AFECTADOS POR ENFERMEDADES DIABETICAS.
- d) AFECCION DEL PARODONTO.
- e) RAZONES ORTODONCICAS.
- f) DIENTES ECTOPICOS.
- g) RAZONES ENDODONTICAS.
- h) DIENTES PRIMARIOS PERSISTENTES.
- i) DIENTES PRIMARIOS RETENIDOS.
- j) DIENTES RETENIDOS O INCLUIDOS.
- k) DIENTES QUE HAN PERDIDO SU ANTAGONISTAS.
- l) DIENTES SANOS PERO AISLADOS.
- m) DIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA LINEA DE FRACTURA.
- n) DIENTES QUE TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS BLANDOS.
- ñ) RAICES Y RESTOS RADICULARES.
- o) DIENTES SITUADOS EN ZONAS PATOLOGICAS.
- p) EN ORTODONCIA.
- q) DIENTES SUPERNUMERARIOS.

a) DIENTES CARIADOS:

Cuya función no es restaurable, por procedimientos clínicos operatorios, caries de cuarto grado, que no pueden ser tratados ó traumatismos, que los esfuerzos para un tratamiento conservador no guarda proporción razonable con su valor fúncional y cuando tampoco su raiz puede ser ya considerada apta para un sustituto artificial.

b) Dientes fracturados ó luxados:

Que por su destrucción, no es posible su restauración, porque está abarcaría ó llegaría hasta la raíz la cuál puede ser debida por una lesión traumática, la cuál va a -- ocasionar destrucción ósea y molestias al paciente.

c) Dientes afectados por enfermedades diabéticas:

Y que por su alteración de glucosa va a presentar una movilidad exagerada de sus dientes.

d) Afección del Parodonto:

Paradontitis que no puede tratarse.

e) y f) Razones Ortodóncicos

Dientes ectopicos

Cuyo alineamiento ortodóncico no es posible llevarlo a su sitio, son los dientes que estan completamente fuera de arco de oclusión.

g) Razones Endodónticas:

Dientes que deben de tratarse, por un tratamiento endodóntico y que por causas de su morfología nodular y a la vez, con un ápice con una curvatura exagerada en forma de gancho no es posible su tratamiento por estas condiciones.

h) Dientes primarios persistentes:

Cuándo el secundario correspondiente, no se encuentre en posición correcta para su erupción y también cuando ya haya hecho erupción, el permanente y el primario persista también podemos, hacer la extracción, cuando el primario esta actuando como foco de infección tales como abscesos ó quistes, también podemos efectuar la extracción cuando encontramos restos ó raíces

de esta clase de dientes.

i) Los dientes primarios retenidos:

Deben ser extraídos cuando la edad del paciente, indica la necesidad de su eliminación, para permitir la normal erupción de los permanentes.

j) Dientes retenidos ó incluidos:

Cuya indicación de extracción - será dada por el protesista u ortodoncista.

k) Dientes que han perdido su antagonista:

Por cuya causa son expulsados de su alveolo, lesionando la encía antagonista.

l) Dientes, sanos pero aislados:

En distintas regiones de la boca que constituye ó impiden una restauración protésica.

m) Dientes que se encuentran en una línea de fractura ósea:

n) Dientes que traumatizan los tejidos blandos:

Y no hay procedimiento.

Por ejemplo: Accidentes de erupción, de terceros molares indican eliminación exodóntica, del diente causante (pericoronitis a --- repetición, accidentes inflamatorios nerviosos o tumorales)

ñ) Raíces y restos radiculares

o) Dientes situados en zonas patológicas:

Tales como quistes.

p) En ortodoncia:

De acuerdo con ciertos tratamientos que requieren la extracción indicada para el mismo.

q) Dientes supernumerarios:

Situados en cualquier lugar de la arcada, que molestan estética y funcionalmente deben ser extraídos.

TEMA IV

CONTRAINDICACIONES

2.-Contraindicaciones, locales y generales de la extracción dentaria.

Las contraindicaciones se pueden clasificar relacionandolas con el diente en si, con los tejidos periodontales ó con el estado general del paciente.

Las contraindicaciones pueden ser:

Las - Causas locales

Las- causas generales

Dentro de las causas locales encontramos

- a) Infecciones gingivales agudas, de tipo estreptococicas y virales.
- b) Infecciones pericoronarias agudas, en caso de terceros molares parcialmente en erupción.
- c) Infecciones difusas agudas.

Dentro de las cuasas generales encontramos:

Permanentes y transitorias y son:

- 1.-Anemia
- 2.-Leucemia
- 3.-Hemofilia
- 4.-Diabetes
- 5.-Cardipatias
- 6.-Discracia sanguinea
- 7.-Padecimientos nerviosos
- 8.- Tuberculosis pulmonar

En estos casos no será absoluta la contraindicación pues en algunos casos se puede efectuar la extracción siempre y cuando exista la cooperación del médico especialista ó, familiar, y éste indique el tratamiento, el manejo y el anestésico adecuado ó conveniente, pero en algunos casos la contraindicación será absoluta.

EQUIPO E INSTRUMENTAL NECESARIO

PARA LA EXTRACCION

DENTAL

TEMA 5

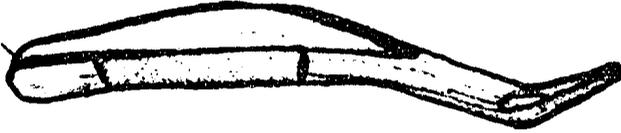
EQUIPO E INSTRUMENTAL

Cuando se va a llevar a cabo, la extracción dentaria en el consultorio dental; se debe tener a la disposición cierto, equipo e instrumental en odontología general.

INSTRUMENTOS COMUNMENTE USADOS EN EXODONCIA;

Los instrumentos que utilizamos para efectuar las extracciones dentales se le denominan forceps, cuya elección es importante. primer lugar este debe adaptarse bien a la mano del operador. En segundo lugar su parte activa debe tener la curvatura adecuada para tomar el diente por su contorno cervical, sin que los tejidos blandos ni los dientes adyacentes ó antagonistas dificulten su acción ó su movimiento y que a su vez estos no son lesionados.

El forceps para extracciones es un instrumento con el cual se toma al diente movimientos particulares por medio de los cuales se elimina a este de su alveolo ó nicho en que se aloja, consta de dos partes una pasiva ó rama del mismo, los cuales se encuentran labradas, por su parte externa, y otra activa ó bocados unidos entre si, por una articulación, existen dos tipos de forceps, de los cuáles hay que saber reconocer aquellos destinados a extraer dientes del maxilar superior y los indicados para la extracción del maxilar inferior o mandíbula, los forceps utilizados para la extracción del maxilar superior posee la parte pasiva como la activa en una misma línea de trabajo y por lo general tienen forma de bayoneta; mientras que los forceps destinados para la extracción de los dientes de la mandíbula tienen su parte activa en forma de ángulo.



FORCEPS

TIEMPOS DE LA EXTRACCION

El acto de extraer un diente requiere de tres tiempos;

- Prensión
- Luxación
- Extracción

1) Prensión:

Es el primer tiempo de la extracción, consiste en la aplicación ó colocación de los bocados del forceps al diente y este se hace hasta, el cuello cervical en donde encontramos tejido sano y a la vez en donde se apoya y a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar al diente.

2) Luxación:

Es el segundo tiempo de la extracción, por medio del cuál el diente rompe las fibras paradontales a la vez se va a dilatar (agrandar) el alveolo se realiza este tiempo por medio de dos movimientos:

- a) Movimientos de lateralidad, los cuales van a estar dados -- hacia bucal externo ó vestibular y otro interno lingual ó palatino, es más largo el movimiento externo.

b) Movimientos Rotatorios:

El cuál es complementario a los de lateralidad, dados hacia mesial y hacia distal, aplicados a dientes monoradiculares ó uniradiculares.

3.- Extracción:

Es el último movimiento, destinado a desplazar ó extraer al diente de su alveolo, este movimiento se realiza cuando se haya dilatado el alveolo y a la vez roto los ligamentos.

Forceps para la Exodoncia del maxilar superior.

Forceps No.65-32-32A

Los cuáles se utilizan para la extracción de raíces ó restos radiculares del maxilar superior así como también en las extracciones de restos radiculares anteriores e inferiores.

Es un forceps universal, tiene forma de bayoneta, sus bocados son anchos sus caras internas son concavos e iguales.



FORCEPS No 65.

FORCEPS No 69

Se utiliza para la extracción de raíces ó restos radiculares del maxilar superior asi como el 1er y 2do. molar superior tanto -- del lado derecho como del lado izquierdo cuando encontramos a - estas sin corona clinica el cual nos sirve ya sea para hacer - la extracción ó hacer la odotosección de las raíces. Es en forma de "S" itálica es universal sus bocados son largos, angostos, es un forceps universal.

FORCEPS No.150-151

Es un forceps para los centrales, laterales, premolares inclusive para raíces superiores. EL forceps 150 es conocido como el forceps Cryer, sus bocados son delgados, sus caras internas son concavas- a todo lo largo del mismo bocado y son iguales.



FORCEPS 150.

FORCEPS No.150-A

Es parecido al anterior, se diferencia por sus caras internas presentan un solo tercio de concavidad el cual al tiempo de la prensión tiende a desplazarse ó rotarse por todo el contor no cervical del diente.

FORCEPS No.62

Es un forceps universal en forma de "S" itálica se van a poder realizar la extracción de incisivos y premolares.

FORCEPS No.99A de Kella.

Se utiliza para la extracción de incisivos inclusive premolares. Los bocados proporcionan un contacto firme alrededor de casi toda la periferia del diente en el borde gingival del diente ó más -- arriba de él.



FORCEPS 99 A

FORCEPS No.99C ó PICO DE LORD.

Es un forceps que se utiliza para la extracción de canino superior, es un forceps universal, sus bocados son anchos; sus caras internas son concavas a todo lo largo.



FORCEPS No.18 R

F 99C

Se utiliza para la extracciones de 1ero y 2ndo. molar superior - derecho, tiene en uno de los bocados acanalados cóncavo y ancho - para que se adapte a la única raíz palatina y del otro tiene un - surco ó muesca para que se adapte a la bifurcación de las raíces vestibulares que son las vestíbulo mesial y vestíbulo distal. Se recomienda cuando las coronas estén casi completas.



FORCEPS 18 R.

FORCEPS No.18L

Se utiliza para la extracción de los 1eros y 2ndo molares superior izquierdo, tiene las mismas caracterizticas del anterior pero del lado izquierdo.

EL FORCEPS 53R

Es en forma de bayoneta y también como el 18R pués tiene un bocado acanalado y la otra con un pico puntiagudo ó muesca para la --- bifurcación de dos raíces vestibulares y el bocado cóncavo ó acanalado para la raíz palatina.

FORCEPS 53L

Es igual al anterior, sólo que es para el lado izquierdo.

FORCEPS 88 Rz ó TRICORNIO

Se utiliza para la extracción del 1ero y 2ndo molar superior derecho este forceps solo se utiliza cuando encontramos el molar, por extraer sin corona clínica, presenta un bocado externo en forma de una asta de res, la cual sirve para la prensión en la bifurcación de las raíces vestibulares tanto mesial como distal; esta asta la presenta a todo lo largo del bocado, el otro bocado interno va a presentar dos astas de res, mucho más pequeñas que la anterior y la cual sirve para la prensión de la raíz palatina.

FORCEPS 88L2

Se utiliza para la extracción del 1ero y 2ndo. molar superior izquierdo presentado las mismas caracterizticas pero al contrario.

FORCEPS 10S

Es un forceps universal para 3eros molares superiores en forma de bayoneta, se puede hacer los 1eros y 2ndos.molares pero cuando -- están móviles ó tengan poco hueso de soporte ya que los bocados -- son canalados y un poco angostos y para piezas trirradiculares que estén bien cementados en sus alveolos es muy difícil.



F-10S

FORCEPS 210

Es un forceps universal que se utiliza para la extracción de 3eros molares, como del lado izquierdo, presenta sus bocados anchos cortos en forma de bayoneta y sus caras internas concavas e iguales.



FORCEPS 210

FORCEPS No.151-A

Se utiliza igual que el anterior, se diferencia en que sus caras internas, presentan una concavidad unicamente en el tercio apical, es un forceps universal.

FORCEPS No.151 MODIFICADO

Los picos ó bocados de este forceps son paralelos y proporcionan más de un simple punto de apoyo y contacto doble en sus extremos en el margen gingival. La parte ranurada ó estriada de los bocados prende casi todas la pared lingual y bucal ó vestibular de la pieza y la presión de los mangos tiende a sacar y dejar la corona entre los picos, donde se quedará sostenida por ellos -- cuando se haga la avulsión de la pieza.

FORCEPS No.17

Se utiliza para las extracciones del 1ero y 2ndo molar inferior izquierdo y derecho, es un forceps universal cuyos bocados, por su cara interna presenta, una prominencia en forma de ángulo -- diedro, los cuales sirven para la prensión en la bifurcación -- tanto de la raíz mesial como distal.

FORCEPS No.23 ó CUERNO DE VACA

Es más comunmente conocido como el cuerno de vaca por su similitud que hay, con las astas de un toro, estos cuándo sus bocados estan abiertos, se utilizan para las extracciones del 1ero y 2ndo molar inferior, tanto del lado izquierdo como del derecho

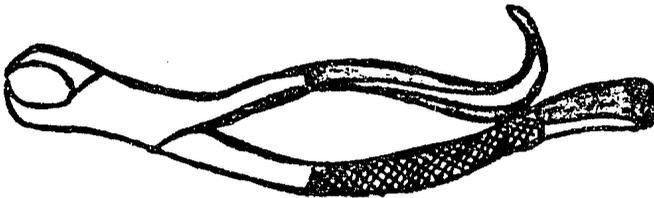
se utiliza cuando encontramos la corona completamente destruida, ya sea para hacer la extracción completa de estas ó hacer la ---odontoxección (separación) de las raíces.



FORCEPS No 23

FORCEPS No.16

Es un forceps universal para los 1eros y 2ndos molares izquierdos y derecho, Está indicado para molares con coronas muy destruidas, especialmente cuando tienen las coronas muy destruidas.



FORCEPS No 16

FORCEPS No.222

Forceps universal se utiliza para la extracción de ,los 3ceros. molares inferiores izquierdos y derechos, sus bocados son en -- forma de ángulo cortos y anchos, sus caras internas son concavas e iguales.



FORCEPS No 222

DENTRO DE LOS INSTRUMENTOS ACCESORIOS QUE UTILIZAREMOS
EN EXODONCIA TENEMOS LOS BOTADORES O ELEVADORES.

Los botadores ó Elevadores:

Son instrumentos utilizados para la extracción de raíces ó restos radiculares con funciones distintas de operar ya sea que se trate de botadores rectos ó de bandera; Los botadores estan compuestos de una parte pasiva ó mango y una parte activa ó tallo el cual -- tiene una cara concava y una car convexa, cuando se trata de bota dor de bandera.

El botador se toma y se coloca en la palma de la mano dirigiendo el mango en la parte más interna de la misma palma de la mano, el dedo indice debe acompañar a todo lo largo, en la parte activa ó tallo del mismo para evitar el desplazamiento y a la vez no pro-- vocar accidentes en los tejidos blandos ya sea en fondo de saco = por vestibular, ó pizo de boca, así como evitar accidentes en hueso como en dientes vecinos.

EL BOTADOR RECTO:

Debe ser guiado en busca de un punto de apoyo a-- siendolo avanzar ó penetrar por cortos movimientos rotatorios entre el alveolo y el hueso y la raíz ó el diente a extraer, el cual es el primer tiempo de la extracción por medio del botador; que en si es la aplicación del mismo buscando un punto de apollo el cual como se dijo antes estará dado por el diente vecino, el hueso y el diente por extraer.

BOTADOR DE BANDERA:

Nunca lo utilizaremos como instrumento para lu-- xar un diente, si no que lo utilizaremos cuando encontramos un alveolo ya sea el mesial ó distal desocupado.

INSTRUMENTAL ACCESORIO

- 1X4 Charola, pinzas de curación, espejo, jeringa carpule.
- 1006 Bisturí de Volland para la encia.
- 620/1Bein Elevador recto.
- 301 Elevador recto de media caña.
- 304 Elevador recto de media caña
- 302 Elevador apical izquierdo y derecho.
- 303 Elevador apical izquierdo y derecho.
- 27 Elevador de bandera izquierdo.
- 28 Elevador de bandera derecho.
- 450 Blumenthal alveolotomo 16 mm.
- No.1 Martillo con mango y punta de plástico y
1632 Mead igual al anterior.

INSTRUMENTOS CORTANTES PARA LA EXTRACCION

DENTAL

1) BISTURI:

Este instrumento consta de un mango y una hoja.

Mango No.3 y No.7 los cuáles son los más usados en la intervención bucal, con hoja No.11 con filo a todo lo largo No.12 Curva (para romper ligamentos parodontales). No.15 Recto pero con filo cortante corto.

2) LEGRAS O ELEVADORES DE PERIOSTIO No0 Y No.1:

Cuyos extremos de trabajo pueden ser de tres trabajos gruesos, medianos y delgados y los cuales nos van a servir para el desprendimiento ó levantamiento del colgajo.

3) ALVEDLOTOMO:

Instrumento que se utiliza para hacer el corte de crestas, bordes salientes y cortantes en si se utilizan para la regularización de hueso.

4) LIMAS PARA HUESO:

Con extremos operatorios en forma redonda, de los cuáles se pueden encontrar, anchos delgados, así como también con extremos rectangulares.

5) CUCHARILLA O CURETAS:

Instrumentos con extremos en forma de cazuela ó concavas por una de sus cara, y los cuales sirven para desalojar ó retirar todo los cuerpos extraños presentes dentro del alveolo.

6) PORTA AGUJAS:

Instrumentos que nos sirven para llevar la aguja cuando debemos suturar.

7) TIJERAS QUITAPUNTOS DE SUTURA:

Un extremo de la punta es curvo y el otro es plano.

8) PINZAS PARA TEJIDOS O PINZAS HEMOSTATICAS DE MOSQUITO:

Rectas y curvas.

9) SUTURAS:

La más común es la 3/0.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

TEMA 6

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Ante todo debemos comprender, por medio de su definición lo que trata el tema que se desarrolla y que pondremos en práctica a lo largo de la carrera de médico cirujano.

ASEPSIA: (Del griego ASEPTOS, que no se pudre; de A-priv. Sépsis, Putrefacción o infección).

Aucencia de material séptico carencia de germen infecciosos.
Método para evitar la contaminación.

ASEPTICO: Adj. que no tiene microorganismos patógenos, ejemplo agua estéril, jabón, líquido estéril o en otras palabras, que participe de las condiciones de la asepsia y una cura aséptica.

ANTISEPSIA: (Del griego Anti- contra Sepsis- putrefacción).
Método que consiste en combatir o prevenir los padecimientos infecciosos, destruyendo los microbios que los causan, especialmente por medios químicos.
Sin desinfección.

ANTISEPTICO: (del griego anti- contra y Sepsis- putrefacción).
Adj. todo producto químico detiene la putrefacción y la infección y destruye los microorganismos.

DESINFECCION: (De des-priv y del latín inficere- podrir)
Método de higiene general que tiene por objeto destruir los agentes patógenos en toso los puntos en que se encuentren .
(esputos, materiales fecales, orina, escamas, insectos , parásitos, ropa de cama, vestidos, mobiliarios, habitaciones).

Desinfectantes.- Agentes físico y químico destinado a destruir gérmenes patógenos existentes en ó sobre el objeto sometido a la desinfección.

Esterilización.- Es el método de que nos valemos para destruir todo los microorganismos contenidos en un objeto (gasa, instrumentos etc) por medio de aparatos especiales (autoclave, estufa, - esterilizador)

La esterilidad sería la ausencia total de microorganismos.

Asepsia.

La cirugía ha avanzado notablemente, los conocimientos son más - amplios y la experiencia ha provocado que los métodos sufran modificaciones.

Hoy sabemos que el calor elimina los microorganismos vivos de los materiales usados para tratar las heridas y este procedimiento - ha desplazado en gran medida a la esterilización química.

Ahora veamos más en detalle algunos de los medios de los cuáles se vale el hombre para lograr la finalidad de los conceptos -- enunciados.

La desinfección se lleva a cabo, por procesos físicos y químicos las sustancias químicas pueden actuar en dos formas:

como bactericidas ó sea destruyendo a los microorganismos ó como bacteriostático impidiendo su crecimiento.

Las sustancias químicas las podemos clasificar en dos grupos:

Inorgánicas: gases, materiales pesados, tensoactivos etc.

Organicas: Fenoles, alcoholes, ácidos, aldehidos y halógenos.

Los métodos de esterilización son físicos y químicos: la esterilización física puede ser de dos clases térmica y por energía - radiante.

CALOR

La esterilización por calor, de los materiales quirúrgicos aseguran la destrucción de los microorganismos y sus esporas.

El método de aplicación de calor varía según las características de los objetos que se esterilizan, y las circunstancias de la esterilización. Suele emplearse dos formas principales de calentamiento: calor seco y calor húmedo.

CALOR SECO:

Cauterización.-Se emplea para esterilizar, la superficie de corte de los tejidos, por ejemplo, la base del apéndice en la apendicectomía.

Es cuando se aplica al fuego directamente al objeto por desinfectar el material tiene que ser resistente a altas temperaturas como vidrio, también puede ser por el uso de aire caliente como en el caso de la ropa ó del instrumento empleado en Exodoncia, como los forceps que se colocan en esterilizaciones con resistencia eléctrica que debe ser a 120°C. como mínimo durante 20 min.

EBULLICION:

Consiste en poner el material resistente, durante un tiempo determinado.

AUTOCLAVE:

Es el aparato con el que se obtiene mejores resultados, podemos decir que existe una esterilidad absoluta, ya que no hay vida porque es el único método por el que se destruyen las esporas.

ANESTESIA EN EXODONCIA

TEMA 7

ANESTESIA EN EXODONCIA

DEFINICION:

Anestesia deriva de las raíces griegas an;privativa y Aisthesis; que es sensación. por lo tanto es la privación general ó parcial de la sensibilidad producida artificialmente por la administración de una sustancia.

En exodoncia empleamos la anestesia loco regional que es la -privación de las sensaciones táctiles y del dolor sin pérdida del conocimiento del individuo. Es la insensibilidad por interrupción de la conducción neurosensitiva.

Dentro de este tipo de anestesia tenemos dos formas;

a) BLOQUEO DE CAMPO.

b) BLOQUEO DE NERVIOS.

a) BLOQUEO DE CAMPO:

Consiste en crear una valla de intercepción en torno al campo operatorio. Ejemplo: puntos supraperiosticos

b) BLOQUEO DE NERVIOS:

Consiste en depositar la sustancia anestésica en el nervio en torno a el a distancia del área que ha de ser anestesiada y que es inervado por dicho nervio.

Ejemplo: Bloque del nervio dentario inferior (regional).

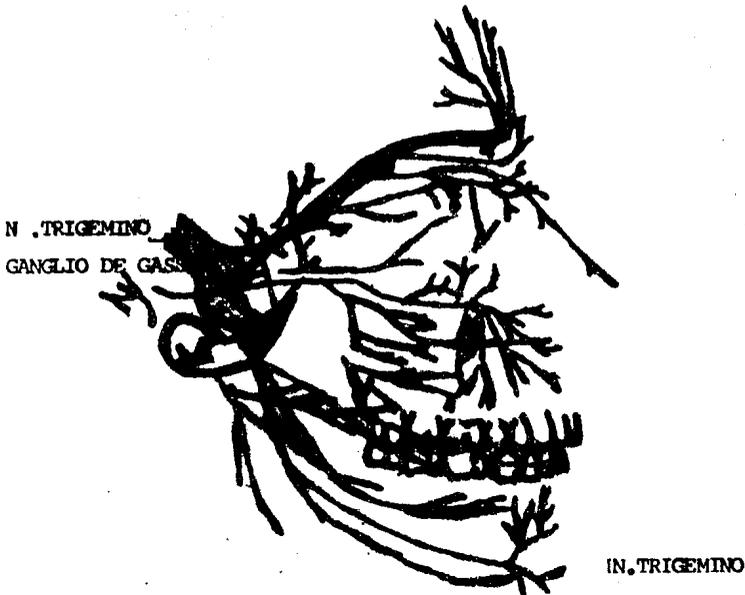
CONSIDERACIONES ANATOMICAS:

Para poder establecer una buena anestesia, es menester conocer que los nervios de la región gingivo-dental proviene del quinto par llamado trigémino, el cual da sensibilidad a toda la cara. Esto explica las irradiaciones dolorosas extendida a toda una mitad de la cara que acusan a veces a los enfermos afectados de caries de un solo diente.

NERVIO TRIGEMINO:

El nervio trigémino es un nervio mixto integrado por una porción motora de menor tamaño, y una porción sensitiva de mayor tamaño. Esta última posee un ganglio grande en forma de media -- luna, ganglio semilunar o ganglio de Gasser, que ocupa la im--resión trigeminal (fosa del ganglio de Gasser) en el piso de de la fosa cerebral media. Del ganglio de Gasser se desprenden tres grandes ramas de este nervio;

- 1) NERVIO OFTALMICO.- Que da ramas a la conjuntiva ocular, i--nerva una pequeña zona de piel en el ángulo externo del ojo y la glándula lagrimal.
- 2) NERVIO NASOCILIAR.- Que sigue un trayecto hacia la linea -- media y va a inervar la mucosa de la porción anterosuperior de las fosas nasales, la piel del dorso de la nariz y la del án--gulo interno del ojo.
- 3) NERVIO FRONTAL:- El cual corre inmediatamente debajo del --techo de la órbita, dividiendose luego en frontal externo y --frontal interno que inervan la piel del párpado superior y de la región frontal hasta el cuero cabelludo.



NERVIO MAXILAR SUPERIOR

El nervio maxilar superior es puramente sensitivo. Atravieza el agujero redondo mayor, para luego penetrar en la fosa pterigo maxilar en donde se divide. Entre sus ramas podemos enumerar:

- 1) El nervio orbitario, que entra en la órbita atravez de la -
endidura esfenomaxilar y se dirige hacia delante pegado a la -
pared externa de ésta, para luego dar dos ramas que inervan la -
piel, porción anterior de la sien y las cercanias del ángulo -
externo del ojo ;
- 2) Las ramas nasales posteriores, que inervan la porción pas--
tero-inferior de la mucosa de la fosas nasales. Una de estas -
ramas, el nervio naso palatino, se dirige hacia delante y aba-
jo en el septum para luego, atraves del agujero incisivo, divi-
dirse e inervar la porción anterior del paladar duro y la regi-
ón adyacente de la gncía.

3) El nervio palatino anterior, que atravieza el conducto palatino posterior dando ramas a la mucosa del paladar duro y la porción palatina de la encía :

4) El nervio infraorbitario, continuación directa del nervio maxilar superior, Después de atravesar la hendidura esfenomaxilar, corre en el piso de la órbita formando los nervios alveolares del maxilar 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

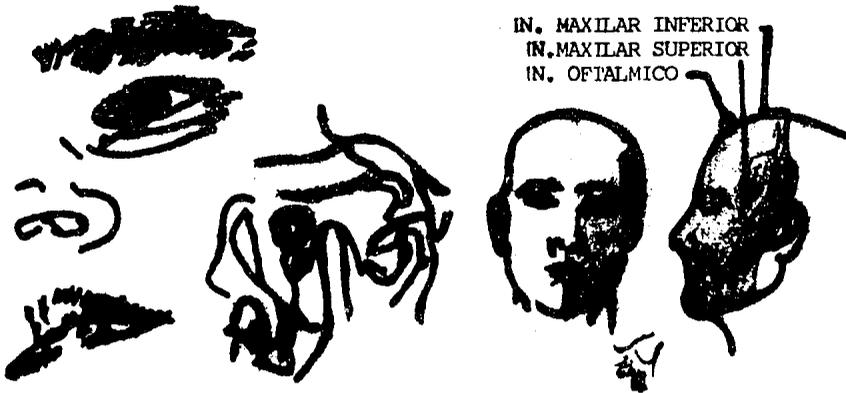
Es un nervio mixto con predominancia sensitiva, sale del cráneo o através del agujero aval y llega a la fosa infratemporal donde da sus ramas motoras para los músculos masticadores. (los cuales mencionaremos después) y una rama sensitiva, el nervio bucal, que sigue en trayecto hacia abajo por la cara externa del músculo bucinador, el cuál atravieza 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) El nervio auriculo-temporal, que está en principio localizado por dentro del cuello del cóndilo del maxilar inferior y luego se dirige inmediatamente hacia arriba para seguir por delante del conducto auditivo externo e inerva la piel de la sien, conducto auditivo externo y parte de la concha;

3) El nervio alveolar inferior, que corre al principio pegado detrás 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 colaterales, el nervio mentoniano, sale a través del agujero mentoniano para inervar la piel del labio inferior y del mentón. La distribución cutánea de las tres ramas del trigémino puede apreciarse en la siguiente figura.

- 1.- OFTALMICO.
- 2.- MAXILAR SUPERIOR.
- 3.- MAXILAR INFERIOR.

AGUJERO OVAL



MUSCULOS MASTICADORES

Estos músculos son cuatro:

TEMPORAL

MASETERO

PTERIGOIDEO INTERNO

PTERIGOIDEO EXTERNO

1) TEMPORAL:

Aplanado, triangular ó en forma de abanico ocupa la fosa temporal.

INSERCIÓN: Por arriba se inserta en la línea curva temporal inferior, fosa temporal, aponeurosis temporal y el arco cigomático.

INERVACIÓN: Es por tres nervios temporales profundos que son - anteriores, medio y posterior.

ACCIÓN: Eleva el maxilar inferior, y es retractor del cóndilo cuando ha sido conducido adelante por el pterigoideo externo.

2) MASETERO:

Es un músculo corto, grueso adosado a la cara externa de la rama del maxilar inferior.

INSERCIÓN: Comprende dos fascículos, uno superficial y el otro profundo, el primero se extiende de abajo del arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente y el segundo se extiende de abajo del arco cigomático al ángulo de la mandíbula.

INERVACIÓN: Por el nervio maseterino, rama del maxilar inferior.

ACCIÓN: Eleva al maxilar inferior.

3) PTERIGOIDEO INTERNO:

Situado por dentro de la mandíbula.

INSERCIÓN: Por arriba en la fosa pterigoidea.

INERVACIÓN: Rama del maxilar inferior.

ACCIÓN: Eleva la mandíbula.

4) PTERIGOIDEO EXTERNO:

Tiene forma de cono cuya base corresponde al cráneo y el vértice al cóndilo, ocupa la fosa cigomática.

INSERCIÓNES: Empieza por dos fascículos que parten de la base del cráneo, uno superior o esfenoidal y otro inferior. El primero se encuentra en la ala del esfenoides y el segundo se inserta en la cara externa del ala externa de la apofisis pterigoideas.

ACCIONES: Cuando se contraen simultáneamente los dos músculos pterigoideos, proyectan hacia adelante al maxilar inferior, y la contracción aislada de cada uno dan movimientos de lateralidad.

BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR

A continuación describiremos las técnicas que nos proporcionan insensibilidad a los dientes superiores.

BLOQUEO DEL NERVIIO INFRAORBITARIO:

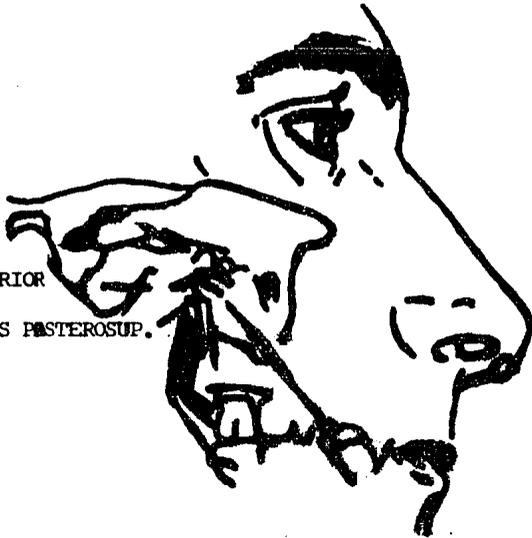
TECNICA INTRAORAL:

Se palpa con el dedo medio la porción media - del borde inferior de la órbita y luego se desciende cuidadosamente cerca de un centimetro por debajo de este punto (fig)- donde por lo general se puede palpar el paquete vasculonervioso que sale por el agújero infraorbitario. Manteniendo el dedo me_{di}o en el mismo lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior del vestibulo oral, dirigiéndola hacia el punto en el cual se ha mantenido el dedo medio (FIG). Aunque no se pueda palpar la punta de la aguja, es posible sentir con la punta del dedo como la solución es inyectada en los tejidos subyacentes. Se inyectan 2 a 3 ml de anestésico.

TECNICA INTRAORAL.

IN. INFRAORBITARIO.





IN. MAXILAR SUPERIOR

RAMAS ALVEOLARES POSTEROSUP.

BLOQUEO DE LAS RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES POSTERIORES

En esta técnica se introduce una aguja corta de 21mm por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar. Después se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar y se introduce aproximadamente 2cm, haciendolo dibujar una curva aplanada de concavidad superior. Durante la manobra se inyectan aproximadamente 2 ml, de anestecico con ó sin vasoconstrictor. Está técnica se denomina tambien "inyección de la tuberosidad " y la cual nos va a dar la insensibilidad de los molares.

BLOQUEO DE LAS RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES MEDIAS Y ANTERIORES.

Se bloquean separadamente para cada diente en particular introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea el diente y buscando la extremidad de la raiz, donde se inyecta uno o dosml del anestésico preferido, describiendo cuidadosamente ligeros movimientos en abanico con la punta de la aguja. De manera que es posible anestesiar hasta tres dientes desde el mismo punto de inserción.

BLOQUEO DEL NERVIIO PALATINO ANTERIOR

Se introduce una aguja corta de 21mm, inyectando, unas décimas - de ml, del anestésico preferido, en ó al lado del agujero del - conducto palatino posterior situado a la altura del segundo molar, un cm, por encima del reborde gingival proporcionandonos - insensibilidad de molares y premolares de un lado de la arcada superior.

BLOQUEO DEL NERVIIO NASOPALATINO

Este se obtiene inyectando tan solo unas decimas de ml. del anestesico en o inmediatamente al lado del conducto incisivo situado en la línea media por detras de los incisivos dando así la - insensibilidad de los incisivos y canino de un solo lado.

BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIIO MAXILAR INFERIOR

Tecnica de bloqueo para el nervio Maxilar inferior.
 Con el dedo índice izquierdo se localiza la linea oblicua es de cir, el borde interno de la rama del maxilar inferior.
 Se hace la punción inmediatamente por dentro ese punto a un cm. por encima del plano oclusal del tercer molar. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandibula inferior y sobre todo paralela al punto masticatorio de los dientes de la mandibula inferior. Desde este punto, la aguja se introduce lentamente dos cm. pegada a la cara interna de la rama del maxilar inferior; al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares - del lado opuesto, manteniendola siempre en elmismo plano hori--zontal.

La punta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en -- contacto con la rama. Si el paciente mantiene la boca bien abierta, se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo. El nervio lingual casi siempre, se anestesiara indirectamente cuando la aguja rebaza la linea milohioidea. Una vez que se haya alcanzado el punto deseado, con la punta de la aguja, se inyecta 1.5 a 2 ml de solución anestésica.

Este bloque nos permite insensibilizar a todos los dientes desde el central de un lado del maxilar inferior hasta el tercer molar principalmente premolares y molares.

Para reforzar esta técnica en la extracción de piezas posteriores se inyectará en el periostio y en la mucosa bucal (fondo de saco), así se anestesiara al nervio bucal.

BLOQUE DEL NERVI0 MENTONIANO

El forámen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior del vestibulo oral (fondo de saco) por dentro del labio, inferior e inmediatamente por detrás del primer premolar. Con el dedo índice izquierdo se palpa el paquete vasculonervioso a su salida del agujero mentoniano. El dedo se deja allí ejerciendo una presión moderada mientras la aguja se introduce hacia dicho punto - hasta que la punta esté en la cercanía inmediata del paquete vasculonervioso.

Allí se inyectan uno a dos ml. de anestésico; no es recomendable introducir la aguja en el agujero mentoniano, ya que se corre el riesgo de provocar lesiones nerviosas con trastornos de la sensibilidad del labio inferior.

Esta técnica nos va a proporcionar insensibilidad al central lateral y canino inferior de cada lado, aunque también alcanza a anestésiar al primer premolar.

EL INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA EL BLOQUEO INTRAORAL SE LIMITA A:

Una jeringa carpule con sus respectivas agujas:
Largas de N° 23 de 1 5/8 (4cm) para el maxilar inferior - y del N° 25 a 27 de 1 (2.5) para inyecciones suprapariosticas.

Las soluciones anestésicas son muchas, y estas se combinan ó no con un vasoconstrictor, las mas empleadas son:

Nombre oficial :	Nombre Comercial:
LIDOCAINA -----	XILOCAINA
MEPIVACAINA -----	CARBOCAINA
PRILOCAINA -----	CITANEST
ISOBUCAINA -----	KINCAINA
METABUTOXICAINA -----	PRIMACAINA
METABUTETAMINA -----	UNACAINA
PROPOXICAINA -----	ROBOCAINA
TETRACAINA -----	PORTOCAINA
PROCAINA -----	NOVOCAINA.

COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS

TEMAS

COMPLICACIONES OPERATORIAS

En este capítulo nos ocuparemos de los accidentes que pudieran ocurrir, puntualizaremos las precauciones a adoptar para evitarlos y en el caso en que apesar de nuestros cuidados se producen complicaciones daremos los lineamientos generales que tienen por finalidad corregir estos inconvenientes.

a) ACCIDENTES DEL DIENTE A EXTRAER:

1.- La extracción resulta imposible, porque no se consigue la luxación ó se complica con repetidas fracturas.

Estas situaciones se deben a insuficiencia estudio clinico - radiográfico, impericia, mala técnica .

2.- Proyección dentaria parcial o total hacia el seno maxilar la fosa pterigomaxilar, la fosa canina, el piso bucal.

Estos desagradables accidentes se deben como en el caso anterior a estudio preoperatoria insuficiente, impericia, errores de técnica, procedimientos inadecuados, y aplicación indiscriminada de fuerzas.

La solución de los problemas creados es mucho mas compleja.

La proyección sinusal impone la extracción a la mas brevedad posible, antes que la reacción del organismo, produzca una sinusitis o una fistula oroantral permanente.

La extracción debe realizarse sin excepciones vía de la fosa canina, las tentativas de extracción por via alveolar producen graves perdidas de sustancias, de difícil solución y están condenadas al fracaso. Por supuesto, producido el accidente - debe tenerse la absoluta seguridad de que la raíz se ha alojado en el seno .

En caso contrario, puede haber ocurrido desplazamiento hacia-vestibular por dentro de los tejidos ó hacia palatino, fuera del antro por debajo de la membrana sinusal.

Debe examinarse cuidadosamente la situación porque porque no se justificaría agravar el cuadro, sometiendo al paciente a una operación seria; por erro de diagnóstico.

Las unicas maniobras para tener la certeza de la proyección - al seno son;

La prueba de Valsaba:

Consiste en hacer que el enfermo expulse aire violentamente - por la nariz mientras el operador la obstruye tomandola con - los **dedos** indice y pulgar. Si efectivamente la raiz ó apice - han sido desplazados hacia el seno, han producido una comuni- cación alveolo-sinusal por la que escapa el aire expirado, en este caso se oye nitidamente el silbido que produce al escapar. Tambien es muy cierto que en caso de existir polipos en el seno al efectuar la prueba de Valsaba puede alguno de ellos taponear la brecha actuando como una válvula, por lo que el escape de ai re no se produce.

Lo **definitivo** con tres datos;

El sonido del aire que escapa por la brecha.

La sensación de laxitud nasal que se siente en los dedos del o perador mientras el paciente expira el aire, cuando la brecha- se ha producido. En caso contrario, se siente plenitud nasal y al soltar la nariz el aire escapa bruscamente por las narinas la hemorragia nasal consecutiva a la producción del accidente.

TRATAMIENTO:

Producida la proyección sinusal se impone la intervención de - Caldwell-luc para extraer el fragmento, la brecha alveolar no - necesita tratamiento, a menos que con frecuentemente ocurre en estos casos, haya sido traumatizada durante las tentativas de- extracción o el intento de retirar el fragmento radicular por esta via, resultando lesiones gingivales y fracturas ó resección.

En el primer caso , alvéolo intacto, bastara con la apropiada reducción de los corticales alveolares.

En el segundo , traumatismo gingival y óseo, puede sobrevenir una alveolitis cuya casi obligada consecuencia es la fistula oro antral.

Jamás deberá intentarse cerrar brecha mediante taponamiento - con ninguna clase de gasa, simple o iodoformada, ó cemento - quirurgico, que por producir granulación ó infección transformarán la brecha en definitiva.

En el tercer caso, la ampliación de la brecha y la perdida de sustancia resultante solo podrán resolverse con la plástica - apropiada.

- LA PROYECCION A LA FOSA CANINA es de mas facil solución:

Ubicado el fragmento, radiograficamente y por palpación, se - incide horizontalmente el fondo del surco y se logran cuidadosamente los tejidos blandos siguiendo el hueso hasta hallarlo. Entonces se le toma o retira con una pinza de fragmentos, se lava abundantemente, se examina la superficie ósea que presentará una brecha apical o fractura de la tabla, se regularizará en caso necesario y se sutura.

-LA PROYECCION DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR es una complicación - mas seria, y mas difícil de resorver.

Ubicado radiograficamente el fragmento es conveniente incidir sobre el plano óseo evitando el plexo venoso, y despegar el - colgajo con sumo cuidado para evitar el desplazamiento de la pieza, evitando secar con gasa por la misma razón (compresión) Localizado el diente ó raíz, tomarlo atendiéndolo a las posibilidades de que escape de la pinza y retirarlo. Controlar la cara alveolar por lo que ha escapado, eliminar esquirlas si las hubiera, regularizar la superficie, lavar abundantemente y suturar.

- LA PROYECCION AL PISO BUCAL es tambien un accidente serio.

Para la extracción se talla un colgajo angulado mediante una incisión que comienza de la parte media de la rama ascendente hasta por lo menos un cm. mesialmente, al alveolo que ocupaba la pieza desplazada, despegando la mucosa de los dientes correspondientes, desde allí, se dirige el bisturí hasta el fondo del surco, se despegan los tejidos con suma precaución mientras un ayudante comprime manualmente el borde posterior de la rama, , el ángulo de la mandibula y el reborde basilar correspondiente para in erponer un obstaculo a la movilización que la pieza pudiera sufrir durante las maniobras operatorias.

Separado ampliamente el colgajo, se mantendrá seco el campo -- con hemoaspirador, mientras se investiga el espacio y los posibles planos de clivaje por lo que el fragmento hubiera podido marchar hasta ubicarlo . Se procede entonces a retirarlo, se examina la cortical correspondiente retirando esquirlas y regularizando, se lava y se sutura.

b) ACCIDENTES DE LOS DIENTES VECINOS:

Puede ocurrir el arrancamiento de una restauración, de una corona a la fractura coronaria.

Si bien no revisten la seriedad de los anteriores descritos, - plantean problemas del orden ético, legal y economico.

Tambien puede suceder la movilización, luxación y avulsión de las piezas dentales proximales.

Las fracturas pueden imponer el tratamiento de conductos y por supuesto la restauración adecuada.

Si la fractura fuera radicular y profunda podría estar indicado la extracción.

La movilización, luxación ,y avulsión se tratarán mediante extracciones o reposición de la pieza en su alveolo.

En el segundo caso se efectuará compresión de tablas y fijación ortodóntica de la pieza, vigilando la aparición de accidentes - infecciosos resultantes de la devitalización pulpar.

Son accidentes relativamente frecuentes que suceden por mala técnica, falta de observación durante las maniobras y ausencia de control táctil.

La situación debe prevenirse desde el primer momento, cuando los dientes se presentan apiñados, débiles y con poco ó ningun apoyo proximal.

c) LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS PERIFERICOS:

Estas lesiones se deben a incorrectas sindestomias, mala presentación del instrumental, escape del alveolo, o procedimientos inadecuados particularmente cuando se pretende ahorrar un colgajo.

Generalmente consisten en heridas y desgarros que deben ser suturados de acuerdo con su intención y posibilidades.

A veces toman la forma de pseudocolgajo de los que sólo quedan verdaderos flecos, en otras oportunidades se trata de la pérdida del tejido gingival, que ha sido arrancado.

d) LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS ALEJADOS:

Las lesiones que se pueden ocasionar a la mejilla, piso de boca, paladar y pilares del velo se debe a incorrecta fijación de la cabeza del enfermo o de la mandíbula inferior, o al escape de los instrumentos por mala técnica del operador y exceso de presión al aplicarlos.

e) LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS:

Puede observarse fracturas de tablas, del reborde alveolar de la tuberosidad y de la mandíbula inferior. Se deben a fuerzas exageradas sin control visual, ni táctil o realizada en dirección inadecuada.

Cuando estos accidentes ocurren en el maxilar superior pueden agravarse con la exposición sinusal y la proyección del fragmento .

Advertido el accidente debe interrumpirse las maniobras para no desgarrar los tejidos blandos agravando la situación. Luego de un minucioso examen clínico, radiografico se incidirán los tejidos, se los legrará con delicadeza y se retirará el fragmento.

Solamente en caso de fragmentos grandes puede intentarse la reducción e inmovilización correspondiente para el tratamiento de la fractura ; los pequeños generalmente se secuestran.

f) LESIONES DE ORGANOS VECINOS:

EXPOSICION SINUSAL SIMPLE:

Ocurre en caso de dientes sinusigenos separados de la cavidad antral por una delgada cortical y aún por el espesor de la mucosa solamente en estos casos, luego de la correcta reducción de tablas se constatará la normal formación del coagulo, confiando el cierre de la brecha la capacidad cicatricial del organismo.

Normalmente a las dos semanas se constatará la cicatrización impermeable.

Esta conducta se fundamenta en que en estos casos, con extracciones atraumáticas, la brecha es muy pequeña y existe un desgarramiento mínimo de la mucosa sinusal que el coagulo obtura perfectamente. En caso de interferir con taponamientos, la --- transformará la brecha en una fistula epitelizada.

Por supuesto debe informarse al paciente del accidente para el mejor cumplimiento de las indicaciones postoperatorias, por lo demás, las corrientes, para que no se alarme ni interfiera, la cicatrización.

El paquete vasculo nervioso inferior, puede resultar herido - seccionado o arrancado por el instrumental o la pieza dentaria - a extraer, .

Se debe a la relación anatómica, que el diente mantenga con el conducto o a configuración radicular anómala, abrazando el conducto. El operador puede provocar esta complicación de instrumentar a presión en la zona apical.

En caso de hemorragia de la arteria puede estar indicado el taponamiento compresivo para cohibirla, o la cuidadosa sutura de los labios gingivales.

La secuela de este accidente es la parestesia que remite en un lapso aproximado de seis meses.

g) ARTICULACION TEMPOROMAXILAR:

No es infrecuente la luxación de esta articulación, acompañada de lesión capsular o de los ligamentos accesorios cuando se procede a extraer dientes firmemente implantados sin efectuar la correcta fijación mandibular, vale decir que se debe a técnicas incorrectas.

Debe reducirse inmediatamente, con el paciente sentado muy abajo y en ángulo casi recto, el operador realmente parado frente al mismo, con un pie a cada lado del sillón, debe tomar la mandíbula energicamente con ambas manos, los dedos pulgares apoyados en las caras triturantes de los molares o los rebordes alveolares si aquellos faltaran y ejercer una intensa presión, primero hacia abajo y luego hacia atrás, para sortear la raíz transversa del cigoma y resolver la complicación.

En caso de no proceder de inmediato, el espasmo muscular resultante puede provocar la imposibilidad de reducir la luxación, aún con anestesia regional del nervio maxilar inferior. En este último caso deberá recurrirse a la anestesia regional.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Ocurre generalmente en pacientes patologicos cuando por estudio insuficiente del caso no se han instaurado un preoperatorio adecuado.

ESTAS COMPLICACIONES SON DOS:

1.- HEMORRAGIAS:

En los pacientes aparentemente normales, las hemorragias ocurren durante el acto operatorio, horas después y aún días después.

a) Durante el acto operatorio;

Se deben a incorrectas técnicas quirurgicas o lesión vascular. Corresponde detener la hemorragía en el momento en que se a --- producido. Si fuera capilar se intentará primeramente la compresión manual óbajo presión masticatoria mediante gasa embebida en suero fisiologico tibio, manténiendolo por encima del tiempo de coagulación.

Si esta maniobra no fuera eficaz corresponde recurrir al taponamiento compresivo cavitario, utilizando gasa iodoformada a la que puede agregarse vasoconstrictores o substancias tromboticas , estas gasas permaneceran en el alveolo y se retirará -- paulatinamente a partir de las 48 hrs.

Puede tambien recurrirse a la sutura de los bordes mucosos del alveolo luego de la reducción. En estas condiciones la compresión de la sangre acumulada dentro del alveolo, concluye por aplastar el vaso favoreciendo la coagulación . En caso de hemorragias vasculares se debe intentar previamente la presión del vaso contra el lecho óseo, golpeando el punto sangrante con un instrumento -- romo.

En caso que el vaso sangrante pertenezca a los tejidos blandos -- se puede acudir a las pinzas hemostáticas , la ligadura vascular. o a la electrocoagulación.

b) HORAS DESPUES:

Se produce por movilización del coágulo.

El paciente acude con un coágulo enorme, que desborda el alveolo y aún cuelga fuera de él. El examen demuestra que la hemorragia persiste. El interrogatorio revela que el enfermo ha realizado - colutorios violentos, especialmente con agua oxigenada, comidas - demasiado abundantes, esfuerzos físicos; traumatismos del coágulo mediante succión o con sus dedos. A veces el enfermo niega -- haber cometido error alguno.

Parecería que en estas condiciones el coágulo que se observa se comportará como un tapón deslizado, obturando incorrectamente el alveolo. El tratamiento consiste en la remoción del coágulo, mediante lavados a presión de suero fisiológico o agua bidestilada, eventualmente con gasa embebida en agua oxigenada y en algunas oportunidades con una cureta.

Inmediatamente se forma un nuevo coágulo que cohibirá definitivamente la hemorragia.

c) DIAS DESPUES:

Pueden ser debidas a movilización del coágulo y corresponderá realizar el tratamiento ya indicado mas frecuentemente se deben a infección del coágulo, que será removido según se ha dicho.

Se instituirá en este caso una terapia antibiótica local espolvoreando en el alveolo el contenido de una cápsula o pulverizando - un comprimido para prevenir la infección y controlando la formación de un nuevo coágulo.

ALVEOLITIS

Es una infección del coágulo que provoca en vigor una osteitis estrictamente localizada. No tiene proyecciones regionales.

ETIOLOGIA:

Dos factores intervienen en la producción de la alveolitis: Un estado general predisponente que debió detectarse durante el interrogatorio y la confección de la historia clínica y - un factor desencadenante local.

Entre las causas locales señalaremos la anestasia local, -- disminuyendo la capacidad de recuperación de los tejidos.

Este fenómeno solo se producirá si efectuamos un empleo indig_u criminado de la solución anestésica en lo que a cantidad ---- inyectada respecto y siempre que se actúe en un terreno predi_g puesto.

También desempeña importante el traumatismo, cuando en el curso de una extracción difícil ó accidentada se recurre a maniobras que traumatizan el margen gíngival ó las tablas alveolares y -- al curetaje indiscriminado, capaces de producir por causa instrumental una osteitis localizada.

Otro agente etiológico es la falta de reducción post extracción de las tablas alveolares.

En ocasiones la presencia de esquirlas ósea, dentarias ó de --- tartaro dentro de la cavidad alveolar, que incluso provocan la aparición de tejido de granulación de aspecto arrellado en -- el margen gingival.

Las otras causas locales que pueden favorecer la instalación de alveolitis son: complicaciones infecciosas de vecindad, lesiones periápicales, sepsis bucal, gíngivitis crónica, omisión ó falta de cuidados postoperatorios.

DIAGNOSTICO.-

El signo patognomónico de la alveolítis es el dolor, intenso, continuo e irradiado.

La inspección permite observar un alveolo vacío, de paredes grises ó parcialmente ocupado por un magna gris y maloliente.

Cuando el alveólo se encuentra vacío nos encontramos en presencia de una alveolitis seca, secuela de un alveolo seco, vale decir -- por incorrecto tratamiento cavitario post-extracción.

En el segundo caso se trata de una alveolitis húmeda.

TRATAMIENTO PREVENTIVO.-

Cuando el estudio clínico del enfermo revela evidencias de instalación habitual de alveolitis, se elevarán las defensas orgánicas -- mediante la administración de vacunas antipiógenas polivalentes -- ó de gamma globulinas, previas a la extracción.

En cuanto al tratamiento local, al efectuar la extracción controlaremos lo siguiente:

Correcta higiene bucal antes y después de la extracción adecuada -- antisepsia de la zona a intervenir precisa dosificación anestésica. tartrectomía previa.

Adecuada sindesmotamia.

Cuidadoso criterio en la elección de la correspondiente técnica -- de exodoncia, que debe ser fielmente seguida eliminación de los -- procesos apicales ó marginales que pudieran existir, sin exagerar nuestras maniobras para impedir la infección costicales sanas.

Atenta inspección y detención de la cavidad operatoria y correcta reducción de las tablas alveolares.

TRATAMIENTO CURATIVO.-

Como primera medida se realizara un lavado a presión con suero -- fisiológico tibio. Luego con una gasa impregnada en agua oxigenada se procederá a la asepsia del alveólo. Cuando estas maniobras -- no consigan dejar completamente limpio el alveólo se procederá a -- eliminarlo con la cureta, sin lesionar las paredes alveolares -- para respetar las defensas orgánicas.

A continuación se efectuará al relleno de la cavidad alveolar con un cemento quirúrgico que su nombre comercial es Wonder Pack, --alvogyl de la casa Septo.-Dont. A partir de las 48 horas se procede a su paulatino retiro a medida que se vaya formando tejido --de granulación y consecuentemente estableciéndose la cicatrización alveolar.

Si se forma un coagulo normal se puede conservar para una pronta-cicatrización. Como tratamiento general curativo, luego de instituida la terapeutica local estará indicado el aporte de anticuerpos preformadas inespecificos para aumentar las defensas del enfermo.

PRONOSTICO.-

Instituido el tratamiento correspondiente, el pronostico es bueno, en caso contrario puede evolucionar hacia manifestaciones más ---serias como la supuración, la adenitis y el flemón.

CONCLUSION

Con la culminación de este trabajo; cerramos el tema de exodoncía que todo Cirujano Dentista debe conocer al final de la carrera.

Deseando que las técnicas ya descritas para la Extracción de cada pieza dental sean claras, al igual que la utilización correcta de los instrumentos, así como también debe serlo;

El conocimiento de fármacos dentro de la materia y las técnicas de anestesia para dientes y tejidos adyacentes.

Un tema más de este trabajo es la importancia que para mejorar las técnicas ya establecidas, manifiesta el conocer el riesgo y las complicaciones que se presentan con mayor y menor grado tanto en trans-operatorio como en el post-operatorio, además de tener los conocimientos necesarios para corregir estos si es que se presentan.

Por último queremos decir a las futuras generaciones que la realización de esta práctica (exodoncía) requiere de mucho interés, ejercicio y profesionalismo para mejorar las técnicas ya establecidas.

BIBLIOGRAFIA

MANUAL DE FARMACOLOGIA CLINICA

FREDERIK H. MEYERS

ERNEST JAWETZ

ALAN GOLDFIEN

4ª Edición 1980.

EDITORIAL MANUAL MODERNO

ANESTESIA ODONTOLOGICA

NIELS BJORN JORGENSEN

JESS HAYDEN Jr.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA

LABORATORIOS ASTRA MEXICO- SUECIA

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

WILLIAM G. SHAFER

MAYNARD K. HINE

BARNET M. CEVY.

EXODONCIA CON BOTADORES

Dr. PASTORI ERNESTO

EDITORIAL MUNDI

BIRUGIA BUCAL

ARCHER W. HARRY

EDITORIAL MUNDI.

MANUAL DE FISILOGIA MEDICA

DR. WILLIAM T. GANONG. .

SEXTA EDICION...

EL GRAN LIBRO DE LA SALUD

ENCICLOPEDIA MEDICA DE SELECCIONES DEL READERS DIGEST. .

CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA

RIES CENTENO

SEPTIMA EDICION. .

DICCIONARIO DE MEDICINA , EXPRESIONES TECNICAS Y TERMINOS
MEDICOS. .

DR. DABOUTE. .

ERRORES DE ORTOGRAFIA.

Pag		CORRECCION
7	----- Epitaxix-----	Epistaxis.
38	----- Abjeto -----	Objeto.
42	----- endidura -----	Hendidura.
43	----- agügero -----	Agüjero.
55	----- in rponer -----	Interponer.
56	----- eucencia -----	Ausencia.