

24/4/11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EXODONCIA.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Margarita Haro Gómez

Ana María Meléndez Hernández

María Cruz Fernández Román

México, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EXODONCIA

INTRODUCCION

- I.- GENERALIDADES
- II.- HISTORIA DE LA EXODONCIA
- III.- TRIGEMINO
- IV.- SELECCION DEL INSTRUMENTAL PARA LA EXTRACCION DENTAL
- V.- HISTORIA CLINICA
- VI.- SELECCION DEL ANESTESICO PARA EXODONCIA
- VII.- EXTRACCION DE DIENTES EN NIÑOS Y ADULTOS
 - a) Exámen radiográfico
 - b) Indicaciones y contraindicaciones en niños
 - c) Indicaciones y containdicaciones en adultos
 - d) Manejo de dientes gravemente infectados
- VIII.- ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA
- IX.- TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA
- X.- CONCLUSIONES

INTRODUCCION

Tomando en cuenta la problemática que día con día nos enfrentamos en esta rama de la Odontología que es la "Exodoncia", presentamos ante ustedes las Consideraciones Especiales que debemos tener en cuenta para evitar posibles complicaciones que van desde las mas leves hasta las mas graves.

Aplicando adecuadamente las técnicas y conocimientos que se nos han impartido, podemos preparar al paciente física y psicológicamente a contribuir para que el tratamiento tenga el éxito deseado.

Deseamos que este breve trabajo sirba de aportación para aquéllas personas que se interesen en ésta rama de la Odontología.

C A P I T U L O I.

GENERALIDADES

Una técnica cuidadosa basada en conocimientos y habilidades es el factor más importante para tener éxito en exodoncia. El tejido vivo deberá tratarse con cuidado. El manejo poco cuidadoso, incisión incompleta o desgarrada, re--tracción excesiva de colgajos o sutura poco uniforme, aun--que sin ser dolorosos, para el paciente anestesiado, darán--por resultado daño tisular o necrosis, que a su vez propor--ciona un medio excelente para la multiplicación de bacte--rias. La curación que podía haber ocurrido de primera in--tención, debe granular desde el fondo de la herida después--de estar fagocitado el tejido necrótico. Esto causa dolor, inflamación excesiva, y posiblemente deformación. Manejar--la herida cuidadosamente y usar instrumentación con artícu--los afiliados y bien cuidados, tendrán como recompensa una--mejor reacción tisular.

DEFINICIONES ETIMOLOGICAS DE EXODONCIA Y EXTRACCION

Exodoncia.- EXO: Prefijo griego que significa fuera.

ODONS: Del griego que significa diente.

Exodoncia.- Es la 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 procedimientos cariosos, parodontales, por tratamientos ortodoncicos, protésicos y también tratamientos endodonticos que han fracasado.

Extracción.- EXTRACTIO: Del latín que significa sacar

Extracción.- Es el acto quirúrgico que se encarga de - la avulsión o extracción del diente, acto que queda regido- ante técnicas exodónticas y de asepsia y antisepsia actua- lizadas.

C A P I T U L O I I .

HISTORIA DE LA EXODONCIA

La extracción dentaria es una operación antigua como el mundo. Su edad se remonta a milenios antes de nuestra época. En los primeros siglos debió realizarse por medios muy agresivos.

Según lo poco que sabemos de su historia, esta operación comienza a mencionarse a cinco o seis siglos antes de nuestra era. Fué practicada por curanderos, practicones - sangradores, charlatanes, "sacamuelas" y barberos; todo con un instrumental, una técnica propios de aquellos tiempos, - circunstancias, conocimientos y mentes.

Esculapio se ocupó de nuestra cirugía e invento instrumentos primitivos para realizar la extracción dentaria.

Garageot (1740) creó la llave de su nombre, lo cual con ligeras modificaciones se usó más de un siglo, en Francia e Inglaterra; instrumento teórico, que suponemos poco eficaz, habrá causado muchos accidentes, por la forma en que actuaba.

Hipócrates fué el primero que estudió la anatomía, - patología y terapéutica de la boca.

Después se fueron descubriendo forceps, aunque continuaba con procedimientos brutales empíricos.

Con Ambrosio Paré, la exodoncia empezaría a ser más científica, pero seguían considerando los humores morbosos - dispersándolos con sangrías, y purgantes, etc.

-Mucho se ha avanzado desde aquéllos días. Hoy la extracción está reglada por principios quieúrgicos contempráneos y técnicas actuales y precisas. De los lejanos antecesores los barberos, hasta el cirujano dentista de éstos - días medían siglos de perseverancia y esfuerzos, en busca - de lejanos horizontes en cuya azulada luz hoy ejercemos una profesión y especialidad que asombra por su progreso y dignificación.

Las universidades, las sociedades y congresos científicos son nuevos peldaños para ascender vigorosa y promisoriamente.

Los tiempos pasaron y el instrumental quirúrgico fué creado y perfeccionado hasta llegar al moderno arsenal, eficaz útil y humano.

C A P I T U L O I I I

TRIGEMINO (5o PAR GRANEAL)

Es un nervio que trasmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales; y lleva las insitaciones motoras a los musculos masticadores.

ORIGEN REAL.- Raices sensitivas del Ganglio de Gasser y motoras de los núcleos masticadores principal y accesorio.

ORIGEN APARENTE.- Parte lateral de la protuberancia anular.

Las tres ramas principales del trigémino son:

- 1.- El Oftálmico
- 2.- El Maxilar Superior
- 3.- El Maxilar Inferior

Ia. RAMA OFTALMICO

Contiene exclusivamente fibras sensitivas, este nervio da tres ramas:

a) Lagrimal.- Que inerva la glándula lagrimal, la piel de esa región e inclusive el párpado superior

b) El frontal.- Que inerva la piel de la región supraorbitaria.

c) El nasal.- Que inerva el globo ocular y la porción anterior de la nariz y los senos etmoidales y esfenoidales.

2a. RAMA NERVIO MAXILAR SUPERIOR

Sale de la fosa craneal por el agujero redondo mayor, este nervio se divide en tres ramas:

- 1.- Rama Suborbitaria.- Da ramas terminales a los tejidos que se encuentran abajo de la órbita, superficie externa de la nariz y labio superior; - del nervio suborbitario nacen los nervios dentarios que son:
 - a) Nervio dentario posterior.- Inerva al 2o y 3o molar y raíces disto-vestibular y palatina del 1er. molar sup. ligamentos periodontales de estos dientes y encía vestibular.
 - b) Nervio dentario medio: Inerva a los premolares superiores, raíz mesio-vestibular del 1er. molar superior, ligamento periodontal y encía vestibular de estos dientes.
 - c) Nervio dentario anterior: Inerva al canino, incisivo lateral y central; así como encía vestibular y tejido periodontal que rodea a estos dientes.
- 2.- Rama Temporomalar.- Inerva la piel de la cara en la zona del hueso malar.
- 3.- Nervio Esfenopalatino: tiene tres ramas principa

les.

- a) Nervio palatino anterior.- Inerva la mucosa palatina hasta el 1er. premolar. Justo antes de salir del agujero del mismo nombre una pequeña rama corre hacia atrás para inervar paladar blando y zona amigdalina.
- b) Rama faríngea.- Inerva la mucosa de la zona nasofaríngea.
- c) Nervio nasopalatino.- Penetra en cavidad bucal - por el agujero naso-palatino, después se dirige hacia atrás e inerva la mucosa palatina en la zona del canino, lateral y central.

3a. RAMA NERVIO MAXILAR INFERIOR

Es un nervio mixto sale de la fosa craneal por - el agujero oval, inmediatamente da 2 ramas:

Nervio recurrente meníngeo

Nervio del pterigoideo interno

Después se bifurca en dos grandes troncos:

1.- División Anterior del Nervio Maxilar Inferior.- Este tronco da 4 ramas: 3 motoras

1 sensitiva

Las tres ramas motoras son: Nervios maseterinos
Pterigoideo externo
Temporal profundo

La rama sensitiva es: Nervio bucinador

2.- División Posterior del Nervio Maxilar Inferior.-

Tiene 4 ramas: 3 sensitivas

1 motora

Las ramas sensitivas son:

- a) Nervio Auriculo temporal.- Inerva la piel que cubre el orificio auditivo externo, la zona preauricular, zona temporal superficial y el cuero cabelludo
- b) Nervio Lingual.- Provee sensibilidad a los dos tercios anteriores de la lengua, al piso de la boca y a tejido gingival de la superficie interna o lingual de los dientes.
- c) Nervio Dentario Inferior.- Envía pequeños filetes a cada uno de los dientes y al tejido gingival vestibular circundante.

Cuando alcanza el agujero mentoniano se difurca - en 2 ramas terminales: rama mentoniana

rama incisiva

La rama motora es:

- a) Nervio milohioideo

C A P I T U L O IV

SELECCION DEL INSTRUMENTAL PARA LA EXTRACCION DENTAL

Un instrumental que se considera necesario y completo es el siguiente:

- a) FORCEPS.- Clasificados en superiores e inferiores
- b) ELEVADORES.- De tipo rectos (con puntas anchas y largas o finas) y elevadores de bandera.
- c) INSTRUMENTAL PARA HUESO Y TEJIDOS BLANDOS.- Como-
(alvéolotomo, limas, legra, etc.)

a) FORCEPS.- O pinzas para extracción, es un instrumento con el cual se toma el diente a extraer, y se le imprimen movimientos particulares destinados a eliminar el órgano dentario del alvéolo.

Es importante saber reconocer los forceps que se utilizan para superiores y para inferiores, derechos o izquierdos. Para el maxilar los mangos de los forceps tienen una forma de "S" itálica o de bayoneta que es una dobleangulación, mientras que en el maxilar inferior, tienen sus bocados colocados casi en ángulo recto con respecto al mango.

PARTES DE UN FORCEPS.- Consta de tres: La activa - (bocados) la pasiva (el mango) unidas entre sí por una articulación o charnela.

La parte pasiva, es el mango de la pinza y según los distintos modelos están labrados o estriados en sus caras -

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

La parte activa, es decir, los bocados se adaptan a la corona anatómica del diente, sus caras externas son lisas y las internas son cóncavas con mordientes distintos según los modelos. Las que se aplican a los cuellos de los molares presentan mordientes en forma de ángulo diedro para adaptarse a las bifurcaciones de las raíces.

TIEMPOS DE LA EXTRACCION.- Son tres tiempos quirúrgicos:

- 1) PREHENCION
- 2) LUXACION
- 3) TRACCION

1) PREHENCION.- La aplicación de la pinza en el diente, es el primer tiempo de la extracción, preparado el diente para la extracción se separan los labios, el carrillo y la lengua del paciente, con los dedos de la mano izquierda. Libre el campo, la pinza toma el diente por debajo de su cuello anatómico en donde se apoya y a expensa del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario. La corona dentaria no debe intervenir como elemento útil en la aplicación de la fuerza; su fractura sería la consecuencia de ésta mala maniobra. Ambos mordientes, el externo o bucal y el interno o lingual, deben penetrar simultáneamente hasta el punto elegido, colocados los mordientes se imprime la presión necesaria.

2) LUXACION.- O desarticulación del diente, segundo tiempo de la extracción, por medio del cuál el diente rompe las fibras del periodónto y dilata al alveólo.

Se realiza este tiempo según dos mecanismos:

a) Movimientos de lateralidad. del diente dirigiéndose de adentro hacia afuera. Dos fuerzas actúan en este movimiento:

La primera impulsa el diente en dirección de su ápice "como queriendo introducir el diente en su alveólo".

La segunda fuerza mueve el órgano dentario a favor de un movimiento de lateralidad que se incicia hacia la tabla ósea de menor resistencia (generalmente la bucal que es la más elástica), este movimiento de lateralidad tiene un límite que está dado por el de dilatación del alveólo excediendo el movimiento, la tabla externa se fractura.

b) Movimiento de rotación.- La rotación que se realiza siguiendo el eje mayor del diente en sentido mesio-distal, sólo puede ser aplicada en dientes monorradiculares. Los que tienen más de una raíz se fracturan como es muy lógico, al hacerlo rotar, estos movimientos desarticulan el diente.

3) TRACCION.- Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el diente del alveólo.

La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alveólo y roto los ligamentos.

FORCEPS PARA EXTRACCION DE DIENTES ANTERIORES SUPERIORES

Encontramos fórceps que se pueden utilizar de central a segundo premolar.

Fórceps No. 99 A.- Universal, se ideo para piezas centrales, laterales, caninos e inclusive premolares.

Fórceps No. 99 C.- Universal, misma aplicación que el 99 A, recomendable para caninos.

Fórceps No. 150.- Universal, utilizado para central a segundo premolar, los bocados se colocan por bucal y palatino por debajo del cuello de la pieza.

Fórceps No. 62.- Universal, para extracciones de incisivos y premolares.

Raigonera Superior No. 69.- Para restos radiculares superiores e inferiores, en forma de "S" itálica, sus bocados son finos y se adaptan a cualquier lugar.

FORCEPS UTILIZADOS PARA PIENZAS POSTERIORES SUPERIORES

Fórceps No. 18 Ry L.- Utilizado para primeros y segundos molares, con variante R (derechos) y L (izquierdos).

Tiene uno de sus bocados cóncavo para adaptarse a la raíz palatina, y el otro bocado tiene una muesca para que se adapten a la bifurcación de las raíces vestibulares.

Fórceps No. 53.- Tiene forma de bayoneta, un bocado cóncavo para la raíz palatina y uno con muesca para la bifurcación de las raíces vestibulares. Con variante R y L.

Fórceps No. 88.- Con variante R y L, indicado para primero y segundo molares, con coronas muy destruidas, sus bocados terminan en pico en forma de cuerno que son tres - por lo que se le llama tricornio, utilizado en aquellos casos en que no puede evitarse la fractura del diente.

Fórceps No. 10 S.- Universal, para terceros molares, y para piezas trirradiculares que estén bien cementadas en su alveólo y para primeros y segundos premolares que tengan poco hueso de soporte.

FORCEPS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES ANTERIORES INFERIORES

Los fórceps destinados para el maxilar inferior, los bocados se hayan casi en ángulo recto, provisto de acanaladura en sus ramas para evitar deslizamiento.

Fórceps No. 151.- Universal, utilizado para central- a segundo molar del lado izquierdo o derecho.

FORCEPS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES POSTERIORES INFERIORES

Fórceps No. 17.- Universal. para primeros y segundos molares, sus bocados terminan en una canaladura con surco - en medio, terminados en dos muescas o picos que se adaptan a la bifurcación de las dos raíces de los molares (mesial y distal).

Fórceps No. 27.- Para primeros y segundos molares de lado izquierdo y derecho, conocido como cuerno de vaca. Se utiliza cuando los molares están muy destruidos, al hacer - presión sobre la corona, los bocados tienden a unirse y esto provoca la separación de la bifurcación radicular y des-

pues se efectuará la extracción de los restos con raigonera o elevadores rectos.

Fórceps No. 287.- Utilizado para primeros y segundos molares, la curvatura de sus mangos es para que haya menos esfuerzos en la muñeca, cuando se lleva a cabo la extracción de lado izquierdo de la mandíbula en posición detrás del sillón y del paciente.

Fórceps No. 222.- Universal, para terceros molares - izquierdos y derechos, sus mangos son rectos y sus bocados cuadrados para que no haya presión en el tercer molar ya que si presentan muescas o surcos se puede producir fractura a nivel radicular.

Fórceps No. 37.- Raigonera inferior utilizada por sus bocados agudos para extracciones de piezas temporales o desiduas.

ELEVADORES

Dentro del instrumental accesorio que utilizamos en una extracción tenemos principalmente botadores o elevadores, rectos y de bandera.

Actúan como palanca de primer grado y como cuña describiendo también movimientos como el de rotación; deben ser considerados tres factores además de la palanca propiamente dicha: El punto de apoyo, la potencia y la resistencia.

Los elevadores constan de tres partes:

a) El mango

b) El tallo

c) Punta de trabajo

Entre los elevadores más usuales están el botador en forma de gubia, es recto y el más importante. Otros ejemplos de botadores rectos son los números 301, 304 de Witteson de tipo de media caña, sirven para hacer la debridación o sindesmotomía y la extracción de restos apicales en alveólos superiores.

Los elevadores rectos pueden ser de puntas de trabajo anchas o angostas (finas), pero siempre conservan su forma de media caña.

Los elevadores de bandera izquierdo No. 27 y derecho No. 28, debido a su forma pueden insertarse en su alveólo para enganchar y sacar el resto radicular, su modo de acción es girando sobre su propio eje (rotación en sentido mesiodistal o viceversa) y de preferencia introduciéndolo en un alveólo libre para fracturar la lámina interalveolar estos so lo se usan en posteriores inferiores.

TIEMPOS DE LA EXTRACCION CON ELEVADORES

- a) Aplicación
- b) Luxación
- c) Extracción propiamente dicha

a) Aplicación.- El instrumento debe ser guiado en busca de apoyo hasta su ubicación, haciéndolo avanzar por cortos movimientos de rotación entre el alveólo y la raíz del dien te a extraer.

b) Luxación.- Logrando el punto de apoyo y el sitio de aplicación del elevador se dirige el instrumento con movimientos de rotación, elevación y descenso, maniobras con las cuales el diente rompe sus adherencias periodónticas dilata el alveólo y permite su extracción.

c) Extracción propiamente dicha.- Con sucesivos movimientos de rotación y descenso el diente abandona su alveólo desde donde puede extraerse con elevadores apropiados o con pinzas para extracciones.

INSTRUMENTAL PARA SECCIONAR HUESO.

Los dientes que permanecen retenidos en los maxilares o aquellos para extraerlos, en los cuales sea necesario reseccar las estructuras que las cubren exigen el empleo de instrumentos para eliminar el hueso como son:

ALVEOLOTOMO PINZAS GUBIAS.- Se utilizan para realizar la resección de hueso (osteotomías), actúan extrayendo el hueso por mordiscos, cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o porciones óseas que emergen de la superficie del hueso después de la extracción.

LIMAS PARA HUESO.- Se usan para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis, para alisar o regularizar bordes de los procesos y eliminar puntas óseas.

ESCOPLOS.- En la extracción tienen aplicación los escoplos rectos y los de media caña impulsados por medio del martillo.

Ya está fuera de uso un instrumento que fué útil en su época.

FRESAS.- La osteotomía en la extracción se pueden realizar con fresas, instrumento útil poco traumatizante y el cual está diariamente habituado el odontólogo.

Se usan las fresas de carburo de tuxteno, fresas especiales para hueso llamadas fresas quirúrgicas que pueden ser de bola o cilíndricas. El empleo de las fresas exige ciertos requisitos, debe usarse una fresa nueva en cada intervención y reemplazarla repetidas veces para que el corte sea perfecto, el instrumento debe accionar bajo un chorro de suero fisiológico para evitar calentamiento que puede causar necrosis con los trastornos consiguientes: dolor, tumefacción y al veolitis postoperatoria.

INSTRUMENTAL PARA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS.

BISTURI.- En cirugía bucal se usa para hacer colgajos o cualquier tipo de incisiones en encía principalmente en nuestra práctica preferimos el bisturí Parker con hoja No. 15.

BISTURI SINDESMOTOMO.- Se usaba para la desbridación y tiene la acción de separar la encía del cuello del diente.

TIJERAS.- Se emplean para seccionar lenguetas y festones gingivales y porciones de encía en el tratamiento de la parodontitis.

PINZAS DE SIECCION.- Las pinzas de dientes de ratón poseedoras de tres dientesitos que engranan entre si, permiten sostener firmemente el colgajo.

LEGRAS.- Sirven para separar la cubierta mucoperiódica del hueso, por ejemplo, en el paladar, cara facial del maxilar superior, etc., esto es en el caso del colgajo.

CURETAS.- Instrumentos empleados para remover el tejido morvoso blando, para extirpación de quistes, para sacar materias extrañas, espículas de hueso, etc. pueden usarse en cualquier parte de la boca.

CUCHILLAS.- De diversas formas, utilizadas para extraer pequeños restos radiculares y esquirlas que esten sueltas en los alveólos y que no requieran uso de elevadores.

AGUJAS PARA SUTURA.- Casi todas las operaciones de cirugía bucal incluyendo extracciones, exigen efectuar suturas, pero por la delicadeza de los tejidos gingivales tan propicios a desgarrarse, las agujas deben ser curvas o rectas pero de dimensiones pequeñas.

Las agujas curvas de bordes cortantes, se utilizan en la sutura intrabucal, la aguja con un borde cortante es preferible a la redonda lisa.

PORTA AGUJAS.- Destinados a dirigir las agujas pequeñas, las toman por su superficie plana y las guiamos en sus movimientos.

SUTURAS.- Actualmente en la cirugía bucal así como en las extracciones se prefieren los materiales de sutura inabsorbibles para piel, mucosa y capas profundas; sin embargo se utilizan todavía los materiales absorbibles para las capas no superficiales.

De los materiales absorbibles, el catgut es el más - usado, se fabrica simple y crómico.

De los materiales inabsorbibles, la seda negra se emplea mucho, tiene fuerza de tensión adecuada, produce reac- ción tisular mínima, se ve con facilidad y se quita rapida- mente.

El naylon es el material que menos lesiona la delicada trama gingival pero sus bordes rígidos provocan lacera- ciones en la mucosa.

CAPITULO V

HISTORIA CLINICA

Es un documento que revela el resultado de la aplicación de los métodos de exploración clínica efectuando en cualquier paciente con el fin de conocer el estado anatómico, funcional de su organismo.

Objetivos:

- 1.- Establecer el diagnóstico
- 2.- Planear el tratamiento con fines estadísticos y de investigación.
- 3.- Fines Médico Legales.

Ficha de identificación

Fecha _____

Apellidos y Nombre _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Z.P. _____

Edad _____ Sexo _____ Talla _____

Peso _____ Ocupación _____

Edo. Civil _____ Nombre del Cónyuge _____

Teléfono _____

Nombre y Dirección de su médico de cabecera _____

Motivo de la Consulta _____

E X A M E N B U C A L

- 1) Labios
- 2) Encias
- 3) Amigdalas
- 4) Coloración
- 5) Mal posiciones
- 6) Alteraciones pulpares
- 7) Restauraciones
- 8) Paladar
- 9) Piso de la boca
- 10) Caries
- 11) Alteraciones dentarias
- 12) Protesis fija y removible
- 13) Lengua
- 14) Extracciones

DIAGNOSTICO

- 1) Extracción por prevención o caries
- 2) Extracción por destrucción de la corona y por fracturas
- 3) Extracción por hipercementosis e incluida

T R A T A M I E N T O

- 1) Extracción

ESTUDIO DE APATATOS Y SISTEMASAPARATO CARDIOVASCULAR:

- 1) Palpitaciones
- 2) Dolor
- 3) Vértigos
- 4) Hemorragias
- 5) Edemas

R E N A L

- 1) Frecuencias de las micciones
- 2) Cantidad de orina y caractéres de ella

S I S T E M A N E R V I O S O

- 1) Movilidad
- 2) Sensibilidad
- 3) Funciones psíquicas
- 4) Sueño

A P A R A T O D I G E S T I V O

- 1) Apetito
- 2) Sed
- 3) Deglución
- 4) Vómitos

- 5) Extreñimiento
- 6.) Dearrea
- 7) Carac^{te}res de las evacuaciones

A P A R A T O R E S P I R A T O R I O

- 1) Disnea
- 2) Tos
- 3) Expectoración
- 4) Dolor en el tórax

E S T A D O F I S I O L O G I C O E N L A M U J E R

- 1) Menstruación
- 2) Embarazo
- 3) Lactancia
- 4) Menopausia

PROPENCION HEMORRAGICA

- 1) Tiempo de sangrado y tipo de cuagulación y protonbina

P R U E B A S D E L A B O R A T O R I O

- 1) Exámen sistemático de la sangre y de la orina; algunas veces no revela estados que pueden complicar el procedimiento.

E S T U D I O R A D I D L O G I C O

1) Interpretación

E S T A D O G E N E R A L

1) Bueno, Regular, Deficiente

I N D I C A D A L A E X T R A C I O N D E N T A R I A

1) SI () , NO ()

A N A L G E S I A I N D I C A D A

1) Local o general

T E C N I C A E M P L E A D A

1) Supraperiostática

2) Bloqueo de los nervios palatino anterior esfenopalatino

3) Bloqueo infraorbitario

P R E S C R I P C I O N E S O P E R A T O R I A S

1) Intervenciones practicadas

2) Complicaciones

O B S E R V A C I O N E S

C A P I T U L O VI

SELECCION DEL ANESTESICO PARA EXODONCIA

Es importante la elección de la anestesia ya que con ello podemos evitar posibles complicaciones.

Los tipos de anestesia disponibles son:

- 1) Anestesia local o regional
- 2) Anestesia local con sedación o complementado por agentes anestésicos generales ligeros.
- 3) Anestesia general inducida por via intravenosa.

Los factores que determinan la elección de la anestesia son:

- a) Edad y estado físico del paciente
- b) Infección
- c) Trismo
- d) Estado emocional del paciente
- e) Naturaleza y duración del procedimiento
- f) Alergias

El paciente muy joven se considera que es mejor manejarlo con anestesia general, por lo común por inhalación o en combinación con pequeñas dosis de barbitúricos intravenosos.

El paciente geriátrico metaboliza mal los varbitúricos, y requiere dosis reducidas. Estos pacientes tienen - mas probabilidades de sufrir enfermedades generales que com - plican el uso de anestesia general por lo tanto se maneja - frecuentemente con anestesia local, con uso de sedantes, en caso necesario, para aliviar cualquier temor.

El trismo, es decir; la incapacidad del paciente pa- - ra abrir la boca, puede dificultar la administración del - anestésico local por vía normal. Puede administrarse gene- - ralmente bloqueos nerviosos extrabucales. Cuando el blo- - queo nervioso ha aliviado el dolor, el paciente podrá abrir la boca de manera que puede realizarse la extracción necesa - ria. El cloruro de etilo rosiado sobre la piel localizada - sobre los músculos en espasmo, puede permitir al paciente - abrir la boca lo suficiente para que el cirujano pueda admi - nistrar un anestésico local y llevar a cabo la extracción.

El estado emocional del paciente puede determinar la selección del anestésico, ya que algunas personas tienen te - mor a las inyecciones dentro de la boca,. Por esta razón es es - tos pacientes se manejan mejor bajo anestesia general.

Cualquier paciente que reciba un sedante deberá ir a compañado por un adulto responsable. El cirujano es respon - sable de su paciente mientras se encuentre bajo la influen - cia del medicamento.

INDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL

1.- Extracción de dientes con procesos inflamatorios agudos (periodontitis aguda, abscesos).

2.- Extracciones múltiples, en ambos lados de las ar cadas o preparación quirúrgica de maxilares para protesis.

3.- Extracción dentaria en pacientes nerviosos.

4.- Pacientes que presentan marcada susceptibilidad - por la adrenalina del anestésico local.

5.- Pacientes con trismus.

6.- Niños indóciles o miedosos.

7.- Abertura de abscesos, quistes supurados, absceso pericoronarios.

8.- Paciente que la solicita.

9.- Extracción de dientes causantes de afecciones ge nerales (fiebre reumática, septicemia, etc.). - En general casos en que el diente es el foco sép tico causante de la afección; en éstos casos la anestesia local esta contraindicada.

CONTRADICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL

1.- Extremados alcoholistas y fumadores.

2.- Enfermedades generales graves.

3.- Resfriados, tos y catarros.- Asma grave.

4.- Embarazo.

5.- Menstruación.

6.- Atletas

7.- Senilidad avanzada.

8.- Ciertos tipos de intervenciones.

A N E S T E S I C O S L O C A L E S

Un anestésico local es aque lla droga que aplicada al tejido nervioso puede causar bloqueo reversible de los impulsos en cualquier parte de la neurona.

La anestesia local ocupa un lugar definitivo de la anestesiología y sus ventajas son numerosas.

Todo agente bloqueador que se use actualmente en odontología debe llenar los siguientes requisitos:

- 1) Período de la tención corta
- 2) Curación adecuada al tipo de intervención
- 3) Compatibilidad con vasopresores
- 4) Estabilidad de las soluciones
- 5) Baja de toxicidad sistémica
- 6) Alta incidencia de anestesia satisfactoria

LOS PRODUCTOS MAS UTILIZADOS EN ODONTOLOGIA SON LOS SIGUIENTES:

Procaína o novocaína.

Se emplean en concentración que varían entre 0.5 y 2% para anestesia por infiltración.

La dosis máxima es de 1000 miligramos período de latencia - 5 minutos.

Duración del bloqueo de 45 a 60 minutos en este último.

LIDOCAINA.

Otros nombres xilocaína.

Lignocaina.

Es compatible con la adrenalina dos veces más tóxica que la procaína pero su acción es más rápida, más intensa y de mayor duración posee acción tópica, tiene en los tejidos un poder de difusión 3 a 4 veces mayor que la procaína y es capaz de producir un bloqueo efectivo aunque se le deposite solamente en la proximidad de un tronco nervioso en el plano adecuado período de latencia de 3 a 5 minutos, duración de la anestesia de 60 a 90 minutos, ha sido empleada por vía endovenosa para diversas finalidades, anestesia general, tratamientos de arritmias.

Prilocaina (CITANEST)

Es tan eficaz como la lidocaina pero su acción es más duradera, puede decirse que la duración del efecto de la prilocaina sin adrenalina es igual que la jilocaina cuando esta se acompaña al vasopresor los efectos orgánicos generalizados son menores en duración y en intensidad que los de la lidocaina.

La prilocaina se emplea al 1 % por infiltración, al 1, 1.5- o 2 % para bloqueo de flexos o troncos nerviosos. MEPI VA--CAINA CARBOCAINA.

Es el tipo de amida, sus acciones son muy semejantes a los de la lidocaina pero su efecto es más prolongado aproximadamente un 20 %; Latencia de 5 a 15 minutos, duración de la analgencia, de uno a 3 horas. Dosis de 5 a 10 Mgs. por Ki-

logramo de peso.

Los vasopresores mejoran la seguridad y la comodidad de los procedimientos odontológicos por estas sencillas y suficientes razones:

- 1) La profundidad de la anestesia se acrecienta, -- con los consiguientes beneficios psíquicos y fisiológicos.
- 2) Se evita el peso demasiado rápido o excesivo de una droga potencialmente tóxica (anestésico local) a la circulación general.
- 3) Se reduce la bacteremia, porque hay menor circulación en el área quirúrgica séptica.
- 4) Disminuye la hemorragia en los pacientes hipertensos.
- 5) Disminuyen las lesiones de los tejidos locales -- causados por las inyecciones reiteradas y las grandes cantidades de soluciones irritantes.

Los síntomas básicos producidos por la sobredosis de un vasopresor son palpitaciones, taquicardia, hipertensión, dolor de cabeza, cuadro muy diferente del de excitación o depresión del Sistema Nervioso Central provocados por la in toxicación con anestésicos locales.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

A) Complicaciones locales.-- La contaminación bacte--

riana de las agujas es relativamente frecuente, - su consecuencia habitual es una infección leve, a nivel de los tejidos periodontales, o más profunda, en la fosa pterifomaxilar. La esterilización incorrecta de las agujas, junto con el manipuleo inadecuado por parte del odontólogo y sus auxiliares son los factores responsables de los diversos grados de contaminación.

El depósito de productos en la aguja se debe al - uso de soluciones antisépticas o a veces, a los - procedimientos de esterilización con vapores químicos. El dolor y la inflamación son las consecuencias habituales.

- B) Las reacciones locales a tópicos o a soluciones - inyectable se manifiestan habitualmente bajo la - forma de una descamación epitelial. Este trastor no se debe, en general, a una aplicación demasiado prolongada del tópico anestésico, pero a veces se produce hipersensibilidad de los tejidos.
- C) Los abscesos o la necrosis pueden deberse a la is - quemia que se produce al inyectar una cantidad - exagerada de anestésico, con un vasoconstrictor - asociado, con el tejido duro y firme del paladar.

Otra complicación es la posibilidad de una infección bacteriana en tejido conectivo enfisematoso, por microorganismos llevados allí por el aire. En estas situaciones, se aconseja antibióticoterapia. Además de esto no hay tratamiento específico y la afección por lo general se resuelve en término de una semana.

- E) La alergia local con formación de papúlas y vesículas, debe considerarse como una advertencia, - por consiguiente, cualquier empleo posterior del agente causal deberá acompañarse de las precauciones necesarias, lo mejor en estas circunstancias, - es reemplazarlo por otro anestésico de diferente estructura química.
- F) El trismus y el dolor son comunes después de la inyección en músculos y tendones y constituyen parte de las alteraciones locales producidas por estos agentes. Buena parte del dolor que habitualmente se atribuye a la operación se debe, simplemente, a la administración adicional, también por errores de la técnica, es la aparición de parestésia y neuritis, consecutivas a la punción accidental de un nervio.
- G) La ruptura de agujas es una complicación rara. - Cuando ocurre se debe exclusivamente a defectos de técnicas ya que, en general, el material con que actualmente se le fabrica impide que se produzca tales accidentes.
- H) Mordedura de los labios.- Es una complicación común en los niños y se debe al uso de anestésicos locales de acción prolongada.
- I) Los traumatismos provocados por la inyección constituyen la mayoría de las complicaciones locales.
- J) En general, las laceraciones son de poca importancia cuando se recurre a la técnica supraperióstica, y consisten en edema, dolor y a veces una pe-

queña ulceración en el sitio de la punción. Las primeras dos manifestaciones pueden deberse a la infección a inyecciones demasiado rápidas o a la administración de demasiado volumen de anestesia.

- K, Las molestias suelen remitir en pocos días otra complicación posible, es el hematoma por ruptura accidental de un vaso, que en general corresponde a la arteria alveolar superior o con menos frecuencia a la arteria facial. Cualquiera de estos trastornos locales pueden producir dolor y tumefacción.
- L, Las agujas desechables, agudas y delgadas pueden atravesar arterias, músculos y tendones con facilidad y predisponer a la aparición de hematomas y de trismus.

C A P I T U L O VII

EXTRACCION DE DIENTES EN NIÑOS Y ADULTOS.

a) EXAMEN RADIOGRAFICO

La mejor manera de tratar una complicación quirúrgica es impedir que se produzca.

Antes de cualquier procedimiento quirúrgico debe hacerse una evaluación preoperatoria correcta; una buena regla para evitar complicaciones es no realizar ninguna intervencción en los dientes o en las estructuras de soporte hasta que se disponga de las radiografías correctas y adecuadas.

Las radiografías son indispensables porque aportan - datos adicionales sobre la totalidad del problema y deben - abarcar la totalidad de la pieza a extraer con imágenes claras.

Las intervenciones realizadas a ciegas pueden provocar la fractura de raíces o de alvéolos, traumatismos en - los senos maxilares, lesiones nerviosas, etc. que se pueden evitar con la ayuda de una buena radiografía.

Así se podrá evaluar las dificultades técnicas que - plantean las situaciones que se descubren mediante el exá--men clínico y radiográfico, por lo tanto antes de efectuarla intervención, se podrá establecer un plan ordenado y lógico de los pasos necesarios.

Con la radiografía podemos hacer una estimación preoperatoria completa con:

- 1.- Historia de extracciones difíciles o ya intentadas.
- 2.- Un diente con resistencia anormal a la extracción con fórceps.
- 3.- Si después de un exámen clínico y radiográfico se ha de cidido remover un diente por disección.
- 4.- Cualquier diente o raíz en cercanía o en el seno maxilar o con los nervios dentarios inferiores o mentonia-- dos.
- 5.- Todos los terceros molares inferiores, premolares retenidos o caninos en mal posición. El patrón radicular -- de estos dientes generalmente es anormal.
- 6.- En dientes ampliamente restaurados o despulpados estos-- dientes casi siempre son muy frágiles.
- 7.- Cualquier diente afectado por una enfermedad periodon-- tal acompañado de esclerosis del hueso de soporte. Di-- chos dientes generalmente presentan hipercementosis y -- fragilidad.
- 8.- Cualquier diente que haya estado sujeto a algún trauma-- tismo. Puede presentarse fracturas de las raíces o hue-- so alveolar.
- 9.- Un molar superior aislado especialmente si no tiene an-- tagonista y está sobreerupcionado. El soporte óseo de-- dicho diente generalmente esta debilitado por la exten-- ción del seno maxilar.
- 10.- Cualquier diente parcialmente erupcionado o raíz reteni-- da
- 11.- Cualquier diente cuya corona anormal o erupción retarda da, puede indicar la posibilidad de dislaceración, gemi-- nación u odontoma dilatado.

12 - Cualquier padecimiento que predisponga anormalidad dentaria o alveolar

b) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN LOS DIENTES TEMPORALES.

La extracción de los dientes temporales esta regida por los mismos principios que la de los permanentes e impuesta por parecidas indicaciones. Y se considera que la extracción de los temporales debe ser demorada todo lo posible, hasta acercarse a la época en que cronológicamente deben ser remplazados.

Por lo tanto, el tratamiento conservador de los dientes temporales evitará mutilaciones que pueden ser prevenidas, y las secuelas de las mal posiciones dentarias que son la consecuencia de sus extracciones prematuras.

Por consiguiente, las indicaciones para las siguientes razones:

- 1.- Dientes temporales que por cualquier circunstancia no puedan ser tratados, por los procedimientos de la dentística conservadora.
- 2.- Complicaciones inflamatorias de las caries con necrosis pulmonar.
- 3.- Retardo en la caída del temporario y su persistencia - cuando por la edad del paciente y el examen radiográfico, compruébase la existencia del diente permanente,

La persistencia del temporario por fuera de la época normal de erupción del permanente, hace que éste ocupe posiciones viciosas en el maxilar; lo mismo hay que decir de las raí--

ces de los dientes permanentes mal oclusión y caries en estos dientes. El diastema común entre los premolares inferiores es debido al retardo en la extracción del primer molar temporario. Este diente actua a modo de cuña y los premolares inferiores es debido al retardo en la extracción del primer molar temporario. Este diente actua a modo de cuña y los premolares se deslizan sobre cara mesial y distal.

4.- El diente temporal, en relación, con un proceso tumoral en los molares.

CONTRADICCIONES PARA EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES.

A continuación mencionamos las contradicciones según A. E.-MONTI de la extracción de los dientes temporales:

- 1.- No se debe extraer un diente temporal antes de la época de su caída normal
- 2.- Cuando un siete temporario no presente ninguna movilidad en la época en que, normalmente, debe ser remplazado existe y esta próximo a hacer erupción.
- 3.- Todo diente temporal en retención en la época normal de caída debe ser extraído para permitir la evolución del permanente.
- 4.- Cada vez sea necesaria la extracción precoz de un diente temporal, debe tenerse presente que hay que mantener el espacio producido por dicha extracción.
- 5.- Se puede extraer un diente temporario cuando este acuñado e impulsado dentro del hueso por la presión de los dientes vecinos. MONTI se refiere a lo que se denomina-

retención secundaria; se trata por lo general de un segundo molar temporal, que se encuentra colocado entre el primer molar permanente. y el primer premolar.

Por la presión que ejerce estos dos dientes, el molar tempo tario es nuevamente introducido en el hueso.

6.- Puede extraerse los segundos molares temporarios cuando se presenta la clase dos de Angle, es decir, una disto oclusión, para permitir el desplazamiento de los prime ros molares permanentes inferiores hacia mesial.

c) INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DENTARIA EN ADULTOS.

Se considera a candidato a extracción todo diente que no sea útil al mecanismo dental total.

- 1.- La patología, sea aguda o crónica, en un diente que no es compatible conterapéutica endodóntica condena a dicho diente.
- 2.- La enfermedad periodontal, aguda o crónica que no sea compatible con tratamiento, puede ser causa de extracción.
- 3.- Los efectos de traumatismo sobre diente o alveólo a veces van más allá de posible reparación.
- 4.- Los dientes impactados o super numerarios frecuentemente no toman su lugar en la línea de oclusión.
- 5.- Los dientes mal colocados y los terceros molares que no han perdido sus antagonistas podrían incluirse en la ca tegoría.
- 6.- Los dientes desvitalizados son focos de infección, nega

tivos radiográficamente, se extraen a veces, como último recurso, a petición del médico.

- 7.- Las condiciones prótetica pueden requerir la extracción de uno o más dientes para lograr diseño o estabilidad de la prótesis.
- 8.- Las consideraciones estéticas a veces son más importantes que los factores meramente funcionales.
- 9.- Puede existir patología en el hueso circundante que incluya al diente, o el tratamiento de la patología puede requerir la extracción del diente. Ejem; de estos sonquistes, osteomielitis, tumores y necrosis óseas.
- 10.- Los dientes en "la línea de fuego" de radiación terapéutica planeada en una área cercana, se extraen para que la osteorradionecrosis del hueso que sobrevenga no se complique por caries, devidas a radiación, o por pulpas necrosantes y sus secuelas.

CON TRAI NDICACIONES.

- 1.- La diabetes sacarina no controlada se caracteriza por infección de la herida y porque no hay curación normal.
- 2.- Las cardiopatías, como arteriopatía coronaria, hipertensión y descompensación cardiaca.
- 3.- Las discreasias sanguíneas incluyen anemias simples y graves, enfermedades hemorrágicas como hemofilia y las leucemias.
- 4.- Las enfermedades debilitantes de cualquier tipo hacen que los pacientes estén bajo alto riesgo si hay insultos traumáticos ulteriores.

- 5.- La enfermedad de Addison, o cualquier deficiencia de esteroides, es extremadamente peligrosa.
- 6.- La fiebre de origen desconocida se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción. Una posibilidad sería una endocarditis bacteriana subaguda no diagnosticada, padecimiento que se complicaría considerablemente con una extracción.
- 7.- La nefritis que requiera tratamiento puede crear un problema formidable al preparar al paciente para la extracción.
- 8.- El embarazo sin complicaciones no constituye mayor problema. Deberá tomarse precauciones para evitar la tensión o estado de gran temor.
- 9.- Las extracciones necesarias deben de realizarse el segundo trimestre de embarazo.

La menstruación no representa contraindicaciones, aunque la extracción no se realiza durante el período menstrual debido a la menor estabilidad nerviosa y a la mayor tendencia a la hemorragia de todos los tejidos.

- 10.- La señilidad es una contraindicación relativa que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica deficiente a la extracción.

d) MANEJO DE DIENTES GRAVEMENTE INFECTADOS.

Con el uso de los antibióticos, ha cambiado el manejo de dientes gravemente infectados. En el pasado, era necesario tratar al paciente paliativamente hasta poder localizar y drenar la infección, y extraer el diente.

Actualmente puede evitarse el retraso a veces largo, usando antibióticos.

Si la causa de infección (el diente) puede extraerse se acelerará la resolución de la infección. La formación del absceso puede haber no logrado la etapa en que destruye el tejido y se forma pus. Los antibióticos pueden controlar el proceso infeccioso agudo evitando formación de pus.

En cualquier caso, deberá establecerse un nivel sanguíneo de antibióticos cuanto antes sea posible. Cuando se establece este nivel sanguíneo, el diente puede extraerse, en caso de que se juzgue necesaria la extracción quirúrgica.

Si se prevee una extracción difícil, el paciente deberá tomar antibióticos hasta el momento en que se pueda elevar el colgajo quirúrgico y eliminar hueso sin extender la infección a los tejidos circundantes. El paciente deberá seguir tomando antibióticos después de extraer un diente gravemente infectado, durante tres días después de haber desaparecido toda evidencia de infección.

C A P I T U L O VIII

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA.

Los accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples y de distinta categoría; unos interesan al diente objeto de la extracción a los dientes vecinos; otros al hueso y a las partes blandas que los rodean

FRACTURA DEL DIENTE

El accidente más frecuente de la exodoncia; en el curso de la extracción al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación la corona o parte de ésta o parte de la raíz se quiebra quedando por lo tanto la porción radicular en el alvéolo. las causas de este accidente son múltiples.

La fractura del diente es un accidente que puede ser evitable en la mayoría de los casos. Tomando como base el estudio radiográfico del órgano dentario a extraerse, ya que és to nos impone la técnica.

Los órganos dentarios, debilitados por los procesos de caries o con anomalías radiculares, no puede resistir el esfuerzo aplicado sobre la corona y se quiebra el punto de menor resistencia.

La fractura adquiere, por lo tanto, las formas más difíciles. En el estudio clínico y radiográfico del diente a extraerse y equivocada técnica quirúrgica, se funda la causa principal del accidente que consideramos.

TRATAMIENTO DE LA FACTURA.

Producida la fractura, nuestros cuidados deben dirigirse a extraer la porción radicular que queda en el alvéolo.

Para ello se debe realizar maniobras previas, que salven el error cometido.

Preparación del campo operatorio. A causa del traumatismo producido por la fractura del diente a extraer, desgarras de la encía, se desplaza esquiras óseas, y sobre todo en la boca del alvéolo se sitúa trozos de diente; la pulpa puede quedarse expuesta. La encía desgarrada y periodontio lesionado producen una hemorragia abundante que oscurece el campo operatorio.

Por preparación del campo operatorio se entiende eliminar los trozos óseos y dentarios que lo cubren; cohibir la hemorragia de las partes blandas; es decir, aclarar la visión del muñón radicular fracturando, para sí poder llevar a feliz término la extracción. Los fragmentos se retirarán con pinzas para algodón se lava la región con un chorro de agua o suero fisiológico, se seca con gasa y se practica la hemostásis.

Una vez terminada la hemorragia se practica la extracción de las raíces.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA.

No es excepcional que las pinzas o los elevadores se fracturen en el acto quirúrgico cuando excesiva fuerza se -

aplica sobre ellos. Pueden así herirse las partes blandas u óseas vecinas, por ejemplo: Al intentarse la extracción de un tercer molar inferior, se fracturó el elevador, y el fragmento se incrustó en el fondo del alvéolo, desde donde pudo ser eliminado con una pinza de Kocher. Existen muchos otros casos de menor importancia; trozos de tamaño variable de pinzas, elevadores, etc. fueron fracturados en el acto operatorio, algunos quedaron como cuerpos extraños en el interior del hueso, originando toda la gama de trastornos. Para extraerlos, se impone una nueva intervención, si no es realizada en el acto de la exodoncia, También pueden quedar en el alvéolo restos de amalgama, provenientes de dientes vecinos o del mismo diente.

FRACTURA DEL MAXILAR

FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR.— Accidente frecuente en el curso de la exodoncia. La fractura del borde alveolar no tiene mayor trascendencia; el trozo del hueso se elimina con el órgano dentario.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD.— En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos, y por el uso de elevadores aplicados con fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar superior o también parte de ella puede desprenderse acompañado al molar; en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal cuya obturación requiere un tratamiento apropiado.

FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR.

La fractura total es un accidente posible, aunque no frecuente. en general es a nivel del tercer molar donde la fractura se produce y se debe a la aplicación incorrecta y-

fuerza exagerada en el intento de extraer un tercer molar - retenido. u otro diente retenido, con raíces con cemento-- sis y dilaceradas. La disminución de la resistencia ósea, - debida al gran alvéolo del molar, actua como una causa pre- disponente para la fractura del maxilar, del mismo modo in- terviene debilitando el hueso.

LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR.

Consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoidea. Puede ser ocasionada en la extracción de los terceros molares inferiores, en operaciones largas y fatigantes; puede ser unilateral o bilateral. Se puede lograr su ubicación de la siguiente forma: Se colocan los dedos pulpares de ambas manos sobre la arcada dentaria del maxilar; se imprimen fuertemente a éste hueso dos movimientos, de cuya combinación se obtiene la restitución de las relaciones normales del maxilar: Un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás; reducida la luxación puede continuarse la operación.

HEMORRAGIA

Se considera la hemorragia como accidente posextracción. Puede presentarse en dos formas: Inmediata o Mediata.

En el primer caso la hemorragia sigue a la operación; la falta de coagulación de la sangre, y la no formación del coágulo, se deben a razones generales o a causas locales.

Entre las causas generales podemos mencionar enfermedades sistémicas: hemofilia, diabetes, cirrosis hepática, etc. Dentro de las segundas obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, focos de osteítis, pólipos gingivales, gingivitis, esquirlas o trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival, etc.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA INMEDIATA

Se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante. La extirpación se hace con cucharilla - filosa cuando el foco es intraoseo o con galvanocauterio - cuando el foco es gingival.

El taponamiento es un método preciso. Se realiza con un trozo de gasa (yodoformada), la cual puede emplearse seca o impregnada de medicamentos hemostáticos, tales como el agua oxigenada, adrenalina, precloruro de hierro.

El tapón se coloca dentro del alvéolo que sangra, - permitiendo que su extremo libre cubra el alvéolo, sobre el se aplica un trozo de gasa proporcionado al sitio en que se actúa; el todo es mordido por el paciente manteniéndolo durante quince minutos o media hora. Si la hemorragia ha cesado puede retirarse el paciente con tapón medicamentoso - dentro del alvéolo. Todos los problemas que originan la hemorragia pueden prevenirse por el empleo sistemático de la sutura posextracción; por este procedimiento la hemorragias es excepcional.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA MEDIANA.

Se practica un enjuagatorio con una solución de agua oxigenada tibia, con el objeto de limpiar la cavidad, se se ca cuidadosamente con una torunda de gasa. Si el vaso sangrante es gingival y está a nuestro alcance, puede practicarse su hemostasis aplicando un punto de galvano cauterio; cuando es profunda la hemorragia se procede con taponamiento de la cavidad como se indico antes. Sobre éste tapón se realiza la compresión con otra gasa, todo lo cual mantiene el paciente bajo su mordida.

HEMATOMAS

Un accidente frecuente y al cual no se le **asigna** la importancia que tiene, es el ocasionado por el hematoma operatorio.

El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen **del sitio operado** y un **cambio de color** de la piel vecina; - este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina, **du**
ra varios días y termina generalmente por resolución al octavo o noveno día. Esta colección sanguínea puede infectarse, produciendo dolor local, fiebre intensa, reacción **gan**
glionar.

Su tratamiento consiste en colocar bolsa de hielo **pa**
ra disminuir el dolor y la tensión, sulfamidoterapia y anti
bióticos; si el hematoma llega a abscederse será necesario
abrir quirúrgicamente el foco con bisturí, electrocauterio
o separando los labios de la herida operatoria, por entre -
los cuales emergerá el pus; un trozo de gasa yodoformada -
mantendrá expedita la vía de drenaje.

ALVEOLITIS

La alveolitis, es decir, la infección del alvéolo -
dentario después de una extracción, es una complicación **fre**
cuenta.

Para su producción intervienen diversos factores; la **conjugación** de algunos de ellos desatan esta afección; -
que **en muchas ocasiones** adquiere caracteres alarmantes, por
la intensidad de algunos de sus síntomas: el dolor.

Este proceso se presenta de manera diversa.

- a) Osteitis
- b) Alveolitis plástica
- c) Alveolitis seca

Osteítis.—La lesión alveolar forma parte de una gran lesión inflamatoria seria, a veces su extensión llega a desbordar los límites de la odontología.

Alveolitis plástica.— Se trata en general de reacciones ante cuerpos extraños; sobre todo esquirlas óseas y a veces esquirlas dentarias de dientes fracturados.

Alveolitis seca.— El alvéolo seco (osteítis localizada) es una complicación posoperatoria de las más problemáticas, se desconoce la etiología del alvéolo seco, pero los siguientes factores aumentan la secuencia de ésta secuencia tan dolorosa de la extracción; traumatismo, infección aporte del hueso circundante y enfermedad generalizada, así, como vasoconstricción del anestésico y mala esterilización del instrumental empleado.

El alvéolo seco se desarrolla más comun mente durante el tercero o cuarto día posoperatorio y se caracteriza por el dolor grave, continuo e irradiado y olor necrótico característico.

Para el tratamiento lo más importante es prevenir; hacer cirugía atraumática, evitar contaminación, y mantener buen nivel de salud general.

CAUSAS Y FACTORES DE LA ALVEOLITIS

Como se menciona anteriormente son diversos los factores que intervienen para que se desarrolle una alveolitis:

- a) Anestesia local
- b) El estado general del paciente
- c) Factores traumáticos
- d) Factores bacterianos.

TRATAMIENTO DE LA ALVEOLITIS

Anestesiarse, exámen radiográfico, para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos, la presencia de cuerpo extraños, etc.

En presencia de cuerpos extraños se procede a tratar la alveolitis.

Se debe lavar con agua bidestilada o suero fisiológico con objeto de retirar las posibles esquirlas, restos de coágulos y pseudocoágulos.

Secar suavemente la cavidad con gasa estéril, se colocan rollos de algodón y eyector de saliva para aislar el campo operatorio (ésta medida es imprescindible, la saliva además de diluir los medicamentos infecta el alvéolo), se coloca un apósito de cemento quirúrgico como el Wondr-Pack a fin de obliterar la entrada del alvéolo y así evitar la posible contaminación.

Este apósito se debe cambiar cada 72 horas, se debe administrar al paciente una antibióticoterapia a base de penicilina o eritromicina por lo menos durante cinco días, - así, como analgésicos en caso de dolor.

C A P I T U L O I X

TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

Las emergencias del consultorio, cuando no se les reconoce y las trata a tiempo pueden terminar en una tragedia. Cualquiera que haya sido la causa precipitante, es fundamental que el paciente recupere inmediatamente su equilibrio fisiológico.

La mayoría de las urgencias que se presentan en el consultorio se deben a reacciones provocadas por drogas, la incapacidad del paciente para soportar un stress emocional-excesivo.

Es importante aumentar la capacidad circulatoria la cual se consigue mediante la oxigenoterapia y controlar continuamente los signos vitales: presión arterial, pulso y color.

Una evaluación física adecuada, hecha antes del tratamiento, permitirá evitarse complicaciones; no obstante debemos estar preparados para enfrentar cualquier problema que pudiera presentarse.

La frecuencia creciente de estos accidentes en el consultorio depende de tres factores:

- 1.- Los procedimientos prolongados, que someten al paciente a un gran stress emocional y físico.
- 2.- El empleo creciente de sedantes y, en ocasiones, de técnicas de anestesia general.

3.- El aumento franco en el número de pacientes geriátricos, con las enfermedades comunes de la edad, además enfermedades degenerativas y el problema adicional del empleo de drogas en geriatría, principalmente de los sedantes.

A continuación se mencionan algunos de los problemas que suelen presentarse mas frecuentemente:

LIPOTIMIA

Lipotimia es la pérdida momentánea de los sentidos y del movimiento.

Concepto.- Se debe a la disminución del riego cerebral, es decir, a la isquemia cerebral. Cuando en lugar de la pérdida de la conciencia solo existe obnubilación (visión borrosa, torpeza mental), se constituye la lipotimia o desmayo que casi siempre es ortostática (posición de pie o producida por stress); también se le conoce como una insuficiencia circulatoria.

Síntomas.- Aparece bruscamente, el rostro empalidece y la respiración y circulación se debilitan, sensación de náuseas, suduración fria, angustia, etc. Si el tiempo de estos estados emotivos es prolongado, pueden llegar al síncope o al shock.

TRATAMIENTO.

Tan pronto aparezcan los síntomas, debe facilitarse la circulación periférica; inmediatamente se reclinará el respaldo del sillón dental, poniendo al paciente en posi-

ción horizontal o en posición de tren-de-lenburg, hacer que haya aire en la habitación, golpear la cara y el cuello - con un paño humedo con agua fria, hacer inhalar oxígeno con un poco de aire abriendo la válvula, hasta el retorno normal de la conciencia. Se deberá suspender el tratamiento - cualquiera que este sea.

SINCOPE

El síncope (desmayo) es probablemente la urgencia - más común y se asocia generalmente con la administración de anestesia local.

Síntomas.- Se presenta palidez, mareo, piel sudorosa, náusea, y a veces pérdida total del conocimiento.

TRATAMIENTO

Consiste en colocar al paciente en posición supina,- con la cabeza más baja que el resto del cuerpo.

Se mantiene una vía aérea permeable y deberá administrarse oxígeno.

Se recomienda que a los pacientes con antecedentes - de ataques de síncope en el consultorio dental pueden ser objeto de medicación previa con algún sedante que les alivie la ansiedad.

SHOCK

La persistencia del síncope con pérdida de la con- - ciencia, pulso débil o ausente e hipo-tensión persistente,-

dará lugar al trastorno conocido como choque. En éste hay una vasodilatación generalizada del cuerpo que ocasiona el estancamiento de la sangre en regiones como los brazos y las piernas. Esto produce una disminución en la circulación sanguínea del encéfalo y de otras zonas vitales. Se presenta palidez extrema debido a la falta de circulación en la piel. El paciente puede respirar rápidamente (hiperventilación), lo cual es un signo de que hay poco oxígeno en el encéfalo. Si se prolonga este trastorno y no se aplica el tratamiento adecuado, ocurrirán una serie de fenómenos que finalmente darán por resultado un "choque irreversible". Es esta etapa, se encuentran alterados todos los sistemas metabólicos cuya función normal mantiene el equilibrio adecuado del cuerpo. El objetivo del tratamiento urgente es reconocer los signos del choque y aplicar las medidas terapéuticas apropiadas mientras el trastorno es reversible.

Deberán continuarse todos los procedimientos descritos en el tratamiento del síncope. Se registrarán la presión arterial y el pulso a intervalos repetidos para que pueda hacerse una valoración precisa de la intensidad del choque.

Es básico en este momento establecer una vía intravenosa para administrar medicamentos y líquidos. Debe llamarse a un médico tan pronto sea evidente que el paciente tiene algo más que un síncope. Hay numerosos medicamentos que pueden administrarse para mejorar la hipotensión arterial persistente y para lograr que la sangre fluya al encéfalo y a otros órganos vitales. Si el choque persiste a pesar del tratamiento adecuado en el consultorio dental, deberá trasladarse al paciente a un hospital donde se le pueda dar el tratamiento más definitivo.

PARO CARDIACO

Esta es la urgencia más grave que puede ocurrir al paciente dental pues el impulso esencial de la vida se ha detenido y la muerte puede ocurrir en pocos segundos. El paro cardiaco puede presentarse como un fenómeno tardío del choque grave o por si solo sin que haya existido algún trastorno previo. La tarea del equipo dental es reconocer su existencia lo más pronto posible y aplicar de inmediato los procedimientos de resucitación. El término "paro cardiaco" suele significar la muerte súbita e inesperada de un paciente. Las causas más comunes de paro cardiaco son reacciones alérgicas a un medicamento, susceptibilidad a la anestesia, ataque cardiaco, ahogamiento, choque eléctrico y asfixia.

TRATAMIENTO.

Primero se determinará la falta de reacción del paciente agitándole el hombro y preguntándole en voz alta si se encuentra bien, luego se observará si la respiración y el pulso están ausentes. Los deberes en el tratamiento urgente del paciente con muerte repentina incluyen:

- 1.- Prevención de la muerte biológica, pues ya hay muerte clínica. Por lo tanto se debe reconocer el problema y actuar después de la muerte clínica dentro de un tiempo de 4 a 6 minutos. Este es un lapso considerable si todos los que participan en el tratamiento actúan con eficiencia.
- 2.- Se debe proporcionar ventilación artificial (Hay tres métodos: boca a boca, boca a nariz y boca a cánula)

3.- Se debe proporcionar circulación artificial.

(Esto se lleva a cabo mediante el masaje cardiaco, que consiste en comprimir el corazón a través de la parte anterior del esternón; se debe colocar al paciente sobre algo firme como una tabla, bandeja de instrumentos, de manera que la presión aplicada a la pared torácica se comunique al corazón.

4.- El paciente debe ser transportado de inmediato a un hospital.

ANGINA DE PECHO

El corazón, al igual que cualquier otro órgano, debe recibir su propio suministro de sangre para realizar su función. La irrigación del corazón corresponde a las arterias coronarias, las cuales se originan en la aorta, y cuando se estrechan por la formación de depósitos grasos en el interior de sus paredes, producen arteroesclerosis, la cual es una de las causas principales de la angina de pecho. Se presenta dolor agudo y opresivo en la región precordial que puede irradiar hacia el hombro y el brazo izquierdo.

La angina de pecho debe ser considerada como un trastorno urgente grave. Aunque la mayor parte de los ataques se alivian con reposo y nitroglicerina.

El tratamiento de la angina de pecho en el consultorio dental consiste en:

- 1) Reconocimiento del tipo de dolor característico de este padecimiento.

- 2) Suspender todo tratamiento dental en progreso.
- 3) Suministrar oxígeno mediante máscara.
- 4) Administrar nitroglicerina por vía sublingual.
- 5) Dar de alta al paciente y programarlo para otro tiempo.

Si se sabe que un paciente sufre de angina de pecho, deberán tomarse ciertas medidas antes de someterlo a tratamiento dental.

- 1) Prescribir un tranquilizante antes de la cita.
- 2) Prohibirle fumar las 48 horas previas a la cita.
- 3) Programar la cita a medida mañana o media tarde, pues - los alimentos abundantes pueden producir un ataque de angina de pecho.
- 4) Administrar nitroglicerina poco antes de iniciar la intervención.

C A P I T U L O X.

C O N C L U S I O N E S

Seleccionamos éste tema que son. "Las consideraciones especiales en exodoncia", porque nos estamos refiriendo a la problemática que cotidianamente se presenta en esta rama; y que al realizar una extracción debemos proporcionar una atención esmerada, basada en conocimiento y experiencias; así, como habilidades manuales y técnicas, como es siempre básico y primordial la selección del anestésico, instrumental, asepsia y antisepsia y principios de la exodoncia, y principalmente la responsabilidad e interes de cada uno de los Cirujano Dentista en los cuidados pre-operatorios, trans-operatorios y post-operatorios para alcanzar el éxito deseado.

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

- 1.- Geoffrey L. Howe. "La Extracción Dental".
- 2.- Kruger Gustavo O. "Tratado de Cirugía Bucal". -
Ed. Interamericana, Cuarta Edición 1978.
- 3.- Laboratorios Winthrop. "Folleto de Técnicas de Anestesia". Ed. Literatura exclusiva para Médicos.
- 4.- Mc. Carthy Frank M. "Emergencias en Odontología". -
Ed. El Ateneo, Octava Edición. Buenos Aires -
1976.
- 5.- O' Briend Richard C. "Radiografía Dental". Segunda-
Edición 1978.
- 6.- Quiroz Gutiérrez F. "Tratado de Anatomía Humana". -
Ed. Porrúa, Décima Séptima Edición 1977.
- 7.- Ries Centeno Guillermo. "Cirugía Bucal". Ed. El Ateneo,
Octava Edición Buenos Aires 1978.
- 8.- Romero Gonzáles J. de J. "Curso de Exodoncia". Ed. -
Porrúa, Décima Séptima Edición. 1977.
- 9.- Ruiz Rodríguez Rafael. "Apuntes de Cirugía Bucal".