

2ej. 451



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

E X O D O N C I A

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

OTILIA JIMENEZ GALINDO

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
PROLOGO	1
I. - HISTORIA DE LA EXODONCIA	2
II. - DEFINICION DE LA EXODONCIA	5
III. - HISTORIA CLINICA	10
IV. - ANESTESIA	16
A). - DEFINICION	17
B). - ANESTESIA LOCAL	17
C). - DIFERENTES TECNICAS DE BLOQUEO A EMPLEARSE	19
D). - ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS	23
E). - COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL	28
V. - IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA	39
VI. - INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTARIA	40
VII. - COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION.	48
VIII. - ACCIDENTES DE LA EXTRACCION	50
IX. - INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZA EN LA EXODONCIA	57
X. - POSICION DEL PACIENTE	64
XI. - POSICION DEL OPERADOR	66
XII. - DOLOR POSTOPERATORIO	68
XIII. - CUIDADOS POSTOPERATORIOS	69
XIV. - CONCLUSIONES	74
XV. - BIBLIOGRAFIA	75

PROLOGO

El trabajo que presento, es sólo una breve reseña o fruto de esfuerzo personal, el cual forjé durante la etapa de mi carrera. Para mi fue una gran experiencia que he adquirido durante la práctica en la Clínica Periférica.

La Odontología es una de las carreras más delicadas, es donde el profesionista requiere de una responsabilidad para desempeñar esta actividad.

Además se requiere de suficientes conocimientos y conciencia, porque sabemos de antemano los riesgos que se pueden presentar en nuestro consultorio.

Y por tal motivo cuando se presenta un paciente en nuestro consultorio, debemos tomar en cuenta el estado general de salud, sobre todo cuando se van hacer extracciones.

Por tal razón el Cirujano Dentista deberá estar siempre preparado para cualquier tipo de problemas que pueda presentarse en el consultorio.

Es para mi un gran honor que el jurado considere este trabajo, pues sabrán que he realizado un esfuerzo como último requisito para obtener el título de Cirujano Dentista.

ATENTAMENTE

OTILIA JIMENEZ GALINDO

TEMA I

HISTORIA DE LA EXODONCIA

HISTORIA DE LA EXODONCIA

La historia de la Exodoncia es la historia del dolor humano.

El término Exodoncia fue poco practicada por considerarse demasiado peligrosa.

Según la historia, al nacimiento de los tratamientos quirúrgicos que datan desde los 3000 años a. j. c., aproximadamente, los cuales se comprueban con la existencia de bajos relieves, utensilios, y tablas geroglíficas, realizadas en la Era Pre Griega y posteriormente con la aparición de una tabla de madera encontrada en la tumba de Saggara, Egipto, la que detalla a un dentista de la época.

También se descubrieron momias que contenían en la cavidad oral, obturaciones y rellenos hechos en oro, esto llama la atención porque los médicos, Egipcios se llegaron a interesar en las enfermedades de los dientes, logrando aliviar el dolor dental, extraían piezas dentales enfermas y se interesaron también por las enfermedades de las encías y los maxilares.

En el año 460 a. j. c., Hipócrates aconseja la extracción de los dientes destruidos si es que estaban movedizos y cuando estaban destruidos y no móviles sugería la llamada desedación con un cautero. Escribió libros que trataban sobre los dientes y maxilares.

Aristóteles, quien hace comentarios sobre los Forceps dentarios, detallando que estaban forja

dos de dos palancas aplicadas una contra la otra y un fulero común.

Galeno: del año 131—201 a.j.c., Famoso - médico Griego, detalló la Anatomía Dental de los - dientes incisivos, caninos y molares, así como su - función, e hizo observaciones sobre la Odontología, diferenciando el dolor producido por periodontitis, - finalmente escribió un procedimiento farmacológico basado en la preparación de medicinas crudas por - los médicos físicos. En la Odontología, con la apa - rición de tratados Dentarios, lo que dá por iniciada la Era de la Cirugía Oral.

En los años (1510 a 1590) Ambrosio Paré, - data de métodos para realizar el reimplante y trans - plante de dientes, da a conocer los obturadores para paladar hendido y además: Extrajo, drenó y consoli - dó, piezas dentales, así como abscesos y fracturas respectivamente.

Robert Bunm: (1702-1748) Autor de 4 trata - dos dentales, publicados en ese tiempo y en el cual señala el uso de prótesis bucal para el tratamiento de fracturas mandibulares. Para ese entonces fue uno de los que se opuso a la idea predominante de - que a las mujeres embarazadas no se les podía in - tervenir en extracciones dentarias.

1910 se introduce el uso de la Procaína como anestésico local, por la necesidad de que las inter - venciones dentales presentaban problemas que reque - rían de mayor tiempo o porque existían lesiones ora - les complicadas.

Como se verá, podríamos seguir mencionando los diferentes descubrimientos y tratados sobre esta rama de la medicina, hasta llegar a esta época actual, que con la creación de nuevas técnicas y con la creación de especialidades ricas en conocimientos nos van satisfaciendo para su estudio, llegando a definir esta nueva ODONTOLOGIA MODERNA.

TEMAS: II

DEFINICION DE LA EXODONCIA

TEMA II DEFINICION DE LA EXODONCIA

Etimológicamente la palabra Exodoncia proviene de dos significados griegos que son:

EXOS	----	Que significa fuera
DONTOS	----	Que significa dientes

Unidos los vocablos dirían fuera los dientes.

El término de exodoncia fue introducido al lenguaje médico por WINTER definiéndola como:

EXODONCIA:

Es una parte de la cirugía bucal, rama de la Odontología cuyo objetivo es el efectuar el acto quirúrgico de la extracción de los dientes, las raíces de los mismos que son considerados los nocivos al organismo y a la salud en general.

Es el arte de efectuar la extracción de los dientes de su respectivos alveolos.

Considerando de esta manera la extracción como un procedimiento quirúrgico más frecuente en la cavidad bucal pero por ser más frecuente, ni el Cirujano Dentista ni el mismo paciente deben considerarla como una intervención muy sencilla y sin posibles complicaciones.

De esta forma ningún diente debe extraerse sin un estudio radiográfico, y tomando en cuenta el estado general del paciente.

En exodoncia representa un papel importante en la Odontología moderna.

Con toda ésta no hay intervención quirúrgica airosa o fracasada que el paciente no juegue con -- refinada intención y esta debida que el C. D. practica tales disciplinas que intervienen en el organismo en una mayor escala.

EXPLICACION DE LA EXODONCIA EN CUATRO PA SOS.

SINDESMOTOMIA

COLOCACION DE LOS BOCADOS DEL FOR-
CEPS EN DIENTE

LUXACION DEL DIENTE Y FINALMENTE,
TRACCION DEL DIENTE FUERA DE SU AL-
VEOLO.

1. - SINDESMOTOMIA:

Es el corte de tejido gingival que está adhe-
rido al cuello del diente y de las fibras del
parodonto próximo al diente.

Tomando en cuenta los objetivos siguientes:

Abrir un espacio para la entrada de los bo-
cados del forceps y debilitar la unión del al-
veolo con el diente.

2. - COLOCACION DE LOS BOCADOS DEL FORCEPS

Tomando el forceps con la mano derecha fi-
ja una de las ramas con la mano y con la -
palma del dedo pulgar, la otra rama la sos-
tendremos con el resto de los dedos.

Los bocados los colocaremos adaptando pri-
mero el interno después del extremo hacien-
do una línea paralela al eje del diente por -
extraer.

Hecha esta operación trataremos de profundi

zar lo más que nos sea posible sin hacer -- ninguna presión hasta que se fije en el ce- -- mento de la raíz y no en la corona ya que -- la fracturaríamos fácilmente, procedemos a -- presionar, con firmeza la raíz y no en la co -- rona o raíces en el campo operatorio a la -- vista.

3.- LUXACION DEL DIENTE:

El principal objetivo es desprender el diente de las paredes del alveolo para facilitar de -- esta forma su eliminación.

Esto lo llevaremos a cabo con movimientos -- de vestibular hacia lingual y de rotación com -- binándolos dependiendo siempre de la posi -- ción de los dientes de las raíces.

Estos movimientos al principio las realizare -- mos con suavidad y aumentaremos la fuerza -- progresivamente. Tomando en cuenta el hue -- so que se está trabajando para evitar una po -- sible fractura.

También tomamos en cuenta las característi -- cas, de la encía insertada del diente por ex -- traer con los dedos índice y pulgar de la ma -- no izquierda haciendo una pequeña presión que -- aumentará conforme aumente la fuerza de lu -- xación.

4. - TRACCION DEL DIENTE:

Fuera del alveolo.

Esta operación lo haremos cuando nos de- -
mos cuenta que los alveolos se han roto gran
parte de las fibras que unen el diente si --
existieran múltiples raíces y en forma diverg
gente contaríamos con la elasticidad del hueo
so alveolar.

TEMA III
HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

DEFINICION:

Es una serie de datos obtenidos por el interrogatorio y exploración de un enfermo, con el objeto de elaborar un diagnóstico fundamental.

El objeto principal es buscar los fenómenos que estén fuera de lo normal, así como antecedentes y poder valorar los datos obtenidos para emitir un juicio acerca de un enfermo respecto a su salud presente y futura.

Para poder obtener una historia clínica completa, tenemos que darle confianza al paciente y -- adaptarnos a su lenguaje para que nos comprenda.

El interrogatorio se hará mediante una serie de preguntas, ordenadas y lógicas. Estas preguntas se harán al paciente o terceras personas para esclarecer datos importantes presentes y pasados de él y parientes.

Las preguntas serán las siguientes:

A. - INTERROGATORIO DIRECTO

B. - INTERROGATORIO INDIRECTO

DIRECTO: Es aquel que se efectúa personalmente - al paciente, con el objeto de obtener datos de su padecimiento actual.

INDIRECTO: Es aquel en que las preguntas se le -
harán a sus familiares o terceras per-
sonas, Ejemplo: Los menores de edad,
trastorno, psicológico o alguna defi- -
ciencia. (sordomudos).

El Cirujano Dentista a su vez podrá conti- -
nuar con seguridad el tratamiento.

Toda Historia Clínica debe tener estos da- -
tos:

Ficha de Identificación

No. de Exp:

- a) Nombre del paciente
- b) Dirección y teléfono
- c) Ocupación
- d) Sexo y Edad
- e) Lugar de Nacimiento
- f) Fecha de Examen

Estas preguntas se tomarán en cuenta para -
aplicar un tratamiento dental adecuado.

2. - Motivo de la consulta

- a). - Emergencia
- b). - Alivio de una molestia
- c). - Corregir una condición anormal
- d). - Revisión médica Odontológica

3. - Padecimiento actual

- a). - Fecha de Inicio
- b). - Sintomatología
- c). - Localización
- d). - Curso de Padecimiento

- e). - Terapéutica empleada
- f). - Causa Probable.

4. - Síntomas Generales:

- a). - Fiebre
- b). - Astenia (pérdida de esfuerzo)
- c). - Adinamia (pérdida o falta de esfuerzo)
- d). - Pérdida de peso

5. - Interrogatorio de Aparatos y Sistemas

1). - Digestivo

- a). - Dolor Abdominal
- b). - Dispepsia (digestión difícil)
- c). - Náuseas y vómito
- d). - Anorexia
- e). - Pirosis (Sensación de ardor que sube de estómago a la faringe)
- f). - Disfagia (dificultad al deglutir)
- g). - Características de la evacuación (si hay sangre, moco, diarrea).

2. - RESPIRATORIO

- a). - Respiración Bucal
- b). - Si tiene tos seca o espectorante y que clase de esputo
- c). - Epistaxis (sangrado por la nariz)
- d). - Disnea (dificultad en la respiración)
- e). - Cianosis (coloración azul y líquido de la piel - por falta de oxigenación)
- f). - Disfonia (trastorno de la defonación)
- g). - Hemoptisis (espectoración con sangre)

3. - CARDIOVASCULAR

- a). - Palpitaciones
- b). - Dolor precordial
- c). - Cefalea recidivante
- d). - Mareos y lipotimia
- e). - Disnea de esfuerzo

4. - URINARIO

- a). - Oliguria, disuria, poliuria, nicturia
- b). - Dolor lumbar
- c). - Hematuria

5. - GENITAL FEMENINO

- a). - Menarquia (comienzo del ciclo menstrual)
- b). - Ciclo menstrual
- c). - Dismenorrea (irregularidad de la menstruación y dolorosa).
- d). - Leucorrea (flujo blanco vaginal)
- e). - Si hay sangrado intermenstruales
- f). - Abortos, embarazos menopausia

6. - NERVIOSO

- a). - Neuralgias
- b). - Parálisis, parestesia
- c). - Temblores, Ausencia de Sueño
- d). - Cefaleas
- e). - Organos de los sentidos

7. - PSICOMATICOS

- a). - Personalidad
- b). - Memoria
- c). - Ansiedad
- d). - Tensión Nerviosa
- e). - Exitabilidad depresión

8. - HEMATOPOYETICOS

- a). - Manifestaciones de anemia
- b). - Tendencia Hemorrágica

9. - ANTECEDENTES HEREDITARIOS

- a). - Padres, hermanos, conyuge, hijos
- b). - Sífilis, Tuberculosis, diabetes
- c). - Cardiopatías, nefropatías
- d). - Neoplasias, artritis, hemofilia
- e). - Alergias, padecimientos mentales, alcoholismo y toxicomanias.

10. - PERSONALES NO PATOLOGICOS

- a). - Higiene general, habitación
- b). - Alimentación, deportes
- c). - Tabaquismo
- d). - Inmunización (vacuna)

11. - PERSONALES PATOLOGICOS

- a). - Fiebre eruptiva
- b). - Tuberculosis paludismo
- c). - Parásitos intestinales
- d). - Hemorragias
- e). - Diabetes
- f). - Cardiopatías, flebitis
- g). - Epilepsia, crisis convulsivas.

12. - INSPECCION GENERAL

- a). - Forma de adaptarse al medio
- b). - Edad Cronológica y aparente
- c). - Expresión Facial
- d). - Conformación, Actitud

13. - EXPLORACION INTRAORAL

- a). - Labios, lengua, piso de la boca
 - b). - Paladar y velo
 - c). - Maxilar y mandíbula
 - d). - Región Yugal
 - e). - Glándulas salivales
 - f). - Región Gingival
 - g). - Organos dentarios
- Oclusión
Dentición
Restos radiculares
Dientes ausentes, movilidad dentaria

En el examen radiográfico se anotarán las -
apreciaciones encontradas.

Examen de laboratorio (si este está indicado)

- A) BIOMETRIA HEMATICA
- B) TIEMPO DE COAGULACION
- C) TIEMPO DE PROTOMBINA
- D) TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH

**TEMA IV
ANESTESIA**

- A) DEFINICION**
- B) ANESTESIA LOCAL**
- C) DIFERENTES TECNICAS DE BLOQUEO A EMPLEARSE**
- D) ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS**
- E) COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL**
- F) ACCIDENTES INMEDIATOS**
- G) ACCIDENTES MEDIATOS**
- H) PROPIEDADES FARMACOLOGICAS DEL ANESTESICO**
- I) VASOCONSTRICTORES**
- J) TOLERANCIA Y TOXICIDAD EN EL HOMBRE**

ANESTESIA

El vocablo Anestesia deriva del griego y significa "sin Sensibilidad"? se pierden las modalidades de la sensación y la conciencia.

La Anestesia va deprimiendo el Sistema Nervioso Central de la siguiente manera:

1. - Cerebro (corteza cerebral) Memoria, juicio conciencia.
2. - Cerebelo (ganglios Basales) Coordinación Muscular.
3. - Médula espinal, impulsos motores sensoriales.
4. - Centros medulares, Centros respiratorios y circulatorios.

El cerebro es lo mas desarrollado del Sistema Nervioso Central, y es el primero en ser deprimido, y se produce una pérdida de memoria -- (amnesia), dificultad en el juicio, confusión en los sentidos especiales y finalmente inconciencia, el paciente en este período a una reacción a los estímulos dolorosos con movimientos musculares coordinados.

Cuando se va deprimiendo el cerebelo y los ganglios basales, se pierde la coordinación muscular y se realizan movimientos confusos en respuesta al estímulo doloroso.

A medida que aumenta el agente anestésico -- la depresión irregular descendente se manifiesta al ser recorrido los centros medulares de respiración y circulación al ser deprimida la médula espinal.

El paciente pierde la capacidad de transmitir impulsos motores y sensoriales y no responde a estímulos dolorosos con ningún movimiento muscular.

Al último los centros modulares son deprimidos hasta el punto de que si se continua la depresión cesan la respiración y la circulación.

A. - DEFINICION:

La anestesia se define como la parálisis controlada, irregular, reversible de las células del sistema nervioso central.

B. - ANESTESIA LOCAL:

Ya que el anestésico local es el más usado en Odontología nos enfocaremos más hacia ésta.

ANESTESIA LOCAL: Se define como la supresión, por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal manteniéndose intacta la conciencia del paciente.

Esto se logra por distintos procedimientos interesándonos en mayor grado el método que logra la anestesia por la inyección de sustancias químicas, las cuales poniéndolas en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas anulan la transmisión del dolor a los centros superiores.

Para la aplicación de la anestesia local el cirujano dentista tomará en cuenta los siguientes pasos que son de gran importancia para una buena administración de éstos:

1. - Se seca la mucosa con una torunda de algodón y se procede a la esterilización de la mucosa la cual se hace aplicando con una torunda de algodón humedecida con una substancia de merthiolate, en la mucosa.
2. - Se aplicará la anestesia tópica que debe rá estar en contacto con los tejidos por lo menos dos minutos para que haga - - efecto.
3. - Se usará aguja nueva y del menor cali-bre posible.
4. - Para que el paciente no sienta la punción se le producirá un ligero estiramiento de tejido.
5. - La aguja se insertará con sumo cuidado y una vez dentro del tejido no se combinará su dirección, además se procurará no tocar el periostio, pues es un tejido muy sensible.
6. - La solución anestésica se introducirá - - lentamente ésta puede ir acompañada de un vasoconstrictor a la menor concentración.
7. - En este paso el paciente empezará a - - sentir los efectos del anestésico, como cosquilleo, sensación de hinchazón y entumecimiento.
8. - Por último se esperará de tres a cinco minutos antes de que se inicie el tratamiento con el fin de dejar que el líquido anestésico haga su efecto completamente.

C). - DIFERENTES TECNICAS DE BLOQUEO A EMPLEARSE.

Para la aplicación de la anestesia local existen técnicas de bloqueo tanto para el maxilar superior, como para la mandíbula, dichas técnicas son intraorales y se explicarán a continuación las usadas más frecuentes.

1. - BLOQUEO SUPRAPERIOSTICO

Se hace especialmente en el maxilar superior, cuyo hueso, siendo particularmente esponjoso puede ser fácilmente alcanzado por el líquido anestésico.

El bloqueo se obtiene inyectando la solución anestésica a través de la membrana mucosa o sea en el fondo del surco vestibular depositando la solución sobre el periostio por encima de los apices dentarios. El anestésico penetra hasta las fibras nerviosas bloqueando la transmisión del dolor.

2. - BLOQUEO INFRAORBITARIO

Consiste en el bloqueo del nervio infraorbitario, rama del maxilar superior.

Este bloqueo se usa cuando vamos a anestesiar los incisivos superiores, canino y premolares, o bien cuando existe alguna contraindicación para usar la inyección supraperiostica de alguna de estas piezas. Para efectuar este bloqueo tomaremos como referencia el agujero infraorbitario el cual lo localizaremos por palpación a un centímetro afuera

del ala de la nariz y a nivel de la pupila.

La punción se hace en el pliego de la mucosa a nivel del segundo premolar o entre los incisivos central y lateral, la aguja se introduce hacia arriba hasta que el dedo índice palpa la aguja a nivel del agujero infraorbitario.

3. - BLOQUEO DEL NERVIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR

Con este bloqueo se podrá conseguir la analgesia de los molares superiores.

La punción se efectuará sobre la mitad mesial del segundo molar, se introduce la aguja a través del pliegue mucobucal en la región apical, con dirección hacia arriba y una angulación de 45 grados, depositando aquí el líquido anestésico lentamente.

Este bloqueo se puede utilizar en combinación con el bloqueo palatino cuando se quiere efectuar extracciones de molares superiores.

4. - BLOQUEO DEL NERVIO NASOPALATINO

Este nervio va a dar sensibilidad a la parte anterior del paladar.

Está indicada generalmente para anestesiar de canino a canino superior y se emplea en extracciones y en ocasiones como anestesia complementaria para operatoria dental cuando la inyección supraperióstica resulta insuficiente.

El lugar de la punción se efectuará un poco por fuera de la papila incisiva, la aguja se dirigirá hacia arriba y hacia la línea media en dirección al agujero palatino anterior donde se depositará la solución anestésica.

Este bloqueo está indicado cuando se desea anestésiar los dos tercios posteriores de la mucosa palatina del lado inyectado.

Como referencia para efectuar la punción se tomará el segundo molar superior, la aguja se introduce a través del pliegue mucobucal un centímetro por delante de la región del segundo molar, llevando la aguja una dirección ligeramente lateral y hacia arriba.

Y en este sitio se depositará el líquido anestésico lentamente.

5. - BLOQUEO MANDIBULAR.

Con este bloqueo se va a anestésiar el nervio alveolar inferior; produciendo anestesia a todos los dientes del lado inyectado con excepción de los incisivos centrales y laterales, pues estos reciben inervaciones de las fibras del lado opuesto.

Con el dedo índice se palpará la fosa retro-molar y se colocará la uña sobre la línea milohioidea, en lugar donde se efectuara la punción será en el vértice del triángulo pterigomandibular, la aguja se introduce paralela al plano oclusal de los dientes del maxilar inferior, en dirección a la rama del maxilar y al dedo índice el cuerpo de la jeringa descansará sobre los premolares del lado opuesto.

La aguja se introduce entre el hueso, músculos y ligamentos, posteriormente se siente la punta chocar con la pared posterior del surco mandibular donde se deposita el líquido anestésico muy lentamente.

6. - BLOQUEO MENTONIANO

Los nervios mentoniano e incisivo son ramas terminales de la porción dental del nervio alveolar-inferior.

Cuando se anestesia estos nervios se logra un bloqueo parcial del maxilar inferior; y lo podemos usar cuando necesitamos tener anestesia de premolar, canino e incisivos de un lado, cuando el bloqueo completo resulta innecesario o está contraindicado.

La punción se hará entre ambos premolares a diez milímetros por fuera del plano bucal de la mandíbula, la aguja se dirigirá hacia abajo y adentro orientándolo hacia el ápice de la raíz del segundo premolar. La aguja se introduce hasta que toque hueso dejando aquí unas gotas de solución anestésica, posteriormente se manipula la aguja sin extraerla completamente hasta que la punta llegue al agujero mentoniano inyectando en este sitio lentamente el líquido anestésico.

7. - BLOQUEO BUCAL

El nervio anestesiado en este tipo de bloqueo, es el buccinador (bucal), y por lo regular se usa como complemento la anestesia en las extracciones de molares, o en la preparación de cavidades, cuando

do estas se extienden por debajo del margin gingival.

El lugar de la punción se hará en el pliegue mucobucal inmediatamente por detras del molar que se desee anestesiar, la aguja llevará una dirección hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta que se halle por detrás de las raíces del diente, depositando en este sitio lentamente el líquido.

8. - BLOQUEO LINGUAL

El nervio anestesiado en este bloqueo será el lingual. Este bloqueo se emplea como anestesia complementaria en la extracción de los premolares, caninos e incisivos del maxilar inferior cuando la inyección mentoniana y a veces la mandibular no produce anestesia de los tejidos blandos de la superficie lingual del maxilar inferior.

El lugar de la punción se hará en el mucoperiostio a nivel del tercio medio de la raíz del diente que se desee anestesiar dejando en este sitio la solución anestésica lentamente.

D). - ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS

Como es sabido el anestésico local es el medicamento que se utiliza con mas frecuencia en la práctica odontológica, por lo tanto es esencial que el Cirujano Dentista tenga ciertas nociones de su farmacología para poder usarlos con buenos resultados en la práctica diaria.

Para comprender mejor el mecanismo de acción de estas sustancias es necesario conocer algunos datos acerca de su estructura química y absorción.

1. - ESTRUCTURA QUIMICA. - Con excepción de la cocaína que ha sido elaborada a partir de las hojas de una planta de América del Sur, los demás Anestésicos locales usados en Odontología son productos sintéticos, los cuales se pueden dividir en dos grupos que son:

- A) Anestésicos que contienen un enlace Ester
- B) Anestésicos que contienen un enlace Amida

FORMULA GENERAL:

Tipo Ester	Ejemplo	Meprilcaína
Tipo Amida	Ejemplo	Lidocaína (Xilocaína)

El grupo éster puede sufrir un cambio del ácido aromático que está formado por R_1 y su grupo carboxilo unido a él.

En los anestésicos locales de mayor uso este ácido puede ser el ácido Benzoico, el ácido p-aminobenzoico o bien el ácido m-aminobenzoico, además se puede cambiar la porción alcohólica de la molécula introduciendo un grupo amino terciario, originando este cambio diferencias en la duración y potencia de la acción del anestésico tipo éster.

En el grupo amida R_L corresponde generalmente al hidrocarburo aromático xileno, en prilocaína (Citanest) anestésicos de elaboración muy reciente, el tolueno o la toludina substituye al xileno, pudiendo existir diferencias en la porción substituída del ácido aminocético del grupo amida conduciendo esto a diferencias en el metabolismo y en la duración de la acción de estos compuestos.

2. - ABSORCION. - La penetración del Anestésico Local a los tejidos en general, y en las fibras nerviosas en particular, se debe en gran parte a la forma de base libre del compuesto. Cuando se inyecta la forma clorhidrato ésta libera la base libre al ser neutralizada por los amortiguadores tisulares.

En los tejidos infectados, la conversión del clorhidrato en base libre es impedida por la producción ácida de los microorganismos que llega a agotar la capacidad amortiguadora de los tejidos, por esto es que se explica, en parte, la poca eficacia de los Anestésicos Locales que se llega a observar en áreas infectadas.

La solución anestésica local no actuará únicamente en el área deseada si no que se propagará también a otras direcciones y su eliminación se encuentra a cargo de la corriente sanguínea de los capilares, arterias y venas; y cuando se trata de un anestésico de tipo éter, las esteroides contenidas en la sangre también ayudará a la descomposición de estos anestésicos Locales.

Por esta razón se añade a la solución anestésica sustancias vasoconstrictoras como epinefrina (adrenalina), Levorterenol (levophed), fenilfrina (neo

sinefrina) y nordefrina (coberfrin) en concentraciones suficientes para producir una vasoconstricción suficiente para dar como resultado una disminución de la eliminación del anestésico con el consiguiente aumento de la intensidad y duración de acción del anestésico.

3. - MECANISMO DE ACCION: Como su nombre lo sugiere el Anestésico local disminuye la conducción, a lo largo del nervio, de los impulsos producidos por estímulos dolorosos.

Se ha encontrado que el Anestésico local - - ejerce distintos efectos progresivos sobre la conducción, a lo largo de las fibras nerviosas, y estos -- efectos suelen ser aumento del umbral al dolor, - - disminución progresiva en la amplitud del potencial de acción y moderación de la velocidad de conducción hasta el cese total de la propagación de los impulsos.

Por supuesto en una fibra nerviosa voluminosa estos efectos no se producen simultáneamente ni con la misma velocidad e intensidad debido a que - el anestésico se propaga a profundidades distintas.

ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS

- P.A.B.A. . - Derivado del ácido p-aminobenzoico.
- M.A.B.A. . - Derivado del ácido m-aminobenzoico.
- B.A. . - Derivado del ácido Benzoico.
- * . - Generalmente asociado con procaína al 2% 100.

NOMBRE OFI CIAL	NOMBRE CO- MERCIAL	ESTRUCTURA QUIMICA
Procaína	Novocaína	Ester PABA
Butetamina	Monocaína	Ester PABA
Tetracaína	Pontocaína	Ester PABA
PROPOXICAINA	Ravocaína	Ester PABA
Benzocaína		Ester PABA
Metabutetamina	Unacaína	Ester PABA
Metabutoxicaína	Primacaína	Ester PABA
Meprilcaína	Oracaína	Ester PABA
Isobucaína	Kincaína	Ester PABA
Lidocaína	Xilocaína	Ester PABA
Mepivicaína	Carbocaína	Amida
Pirrocaína	Dinacaína	Amida
Prilocaína	Citanest	Amida.

POTENCIA DE LOS ANESTESICOS LOCALES A LA
CONCENTRACION NORMALMENTE EMPLEADA --
COMPARADA CON LA LIDOCAINA (XILOCAINA) al
2 por 100

Potencia considerablemente inferior:

- a. - Procaína (novocaína)
- b. - Butetamina (monocaína)

Potencia un poco inferior:

- a. - Meprilcaína (oracaína)
- b. - Isobucaína (kincaína)
- c. - Metabutoxicaína (primacaína)

Casi la misma potencia:

Comparación de la duración de acción de los Anestésicos Locales a concentraciones normalmente empleadas :

A) Corta (de media a una hora)

Procaína (Novocaína) con 1 1,50000 de epinefrina.
 Butetamina (Monocaína) con 1,50000 de epinefrina
 Meprilcaína (Oracaína) con 1,50000 de epinefrina

B) Intermedia (de una a dos horas)

Metabutoxicaína (Primacaína) con 1,50000 de epinefrina.
 Metabutetamina (Unicaína) con 1,60000 de epinefrina
 Mepivacaína al 3% (Carbocaína) sin vaso constrictor
 Prilocaína al 4% Citanest sin vaso constrictor
 Pirrocaína (Dinacaína) con 1,550000 de epinefrina.

C) Larga Duración (más de dos horas)

Isobucaína (Kincaína) con 1,65000 de epinefrina
 Lidocaína (Xilocaína) con 1,50000 de epinefrina.

E) COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

Durante la realización de la anestesia local - o troncular o después de ella pueden originarse una serie de accidentes o complicaciones que suelen - -

ser locales o generales y que requieren ser tratados de inmediato.

Es conveniente que el Cirujano Dentista sepa reconocer los síntomas de estos accidentes y que - sepa aplicar el tratamiento adecuado a cada caso, - además que en el consultorio dental exista el equipo necesario para facilitar dicho tratamiento.

Los accidentes originados por la aplicación - del anestésico pueden ser inmediatos y mediatos.

ACCIDENTES INMEDIATOS:

A) Fractura de la aguja. - Este tipo de accidente es poco frecuente en práctica dental, pero - cuando llega a suceder es debido a movimientos in-tempestivos del paciente o contracción repentina del músculo pterigoideo interno y es en estos casos - cuando es necesario infundirle suficiente confianza - al paciente para que este coopere con nosotros; se le indicará que mantenga la boca abierta y lo más - inmovilizada posible para evitar que con algún mo- vimiento la aguja se vaya al interior de los tejidos.

Para poder extraer la aguja fracturada se - utilizará algún instrumento que ayude a tomar la - aguja fácilmente, ejemplo unas pinzas de curación - o de disección.

Para la prevención de este accidente se en- numeran varias reglas que deben ser tomadas en - cuenta.

1. - La aguja no deberá de ser introducida - rápidamente.

2. - Indicarle al paciente que una vez que -- sienta la punción, no hagan movimientos bruscos ni que cierre la boca.

3. - No incrementar por completo la aguja -- en los tejidos se deben dejar por lo menos la mitad de su longitud fuera del tejido.

4. - No mover la dirección de la aguja una -- vez dentro de los tejidos.

5. - No forzar la aguja una vez que llegue al hueso.

No usar agujas cortas para inyecciones profundas.

B) SINCOPE. - Este es uno de los accidentes más comunes en el consultorio dental debido muchas veces a la tensión nerviosa en la que se encuentra el paciente, al cual al administrársele el líquido -- anestésico o unos minutos después, mostrará los -- síntomas clásicos de este accidente, dirá que se -- siente desmayar, mostrará palidez, taquicardia, sudores fríos, respiración ansiosa, sensación de mareo y en algunos casos náuseas, pero no siempre -- llegará a perder la conciencia.

Cuando se presentan estos síntomas la urgencia existe pues es necesario hacer algo para que el paciente vuelva a la normalidad y se le dará el tratamiento adecuado; es decir se recostará al paciente con la cabeza más baja que su cuerpo o sea en la posición de Trendelenburg, si se observa que -- no reacciona con esto se le dará a aspirar una to--runda de algodón humedecida con alcohol y en caso

muy necesario se le administrará oxígeno, elemento necesario en todo consultorio dental.

Como prevención a este accidente el Cirujano Dentista debe tomar en cuenta la actitud mental del paciente y en caso de que este muestre miedo, el Cirujano deberá ganarse su confianza por medio de pláticas y haciéndole sentir la seguridad de sus conocimientos, también hará uso de la medicación preanalgésica cuando esta esté indicada.

C) HEMATOMA. - Esta complicación no es muy frecuente pero se presenta cuando las punciones se hacen en un vaso sanguíneo originándose así un derrame sobre la región inyectada.

El derrame sanguíneo es instantáneo, tardando varios días para su disolución.

El tratamiento consiste en la aplicación de bolsas de hielo sobre el lugar de la inyección.

D) PARALIS FACIAL. - Por lo regular viene a ocurrir este accidente en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando se lleva la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso, inyectando el líquido anestésico en la glándula parótida. La parálisis es temporaria y dura lo que dura la anestesia.

E) SCHOCK. - Un paciente con lipotimia puede pasar de ésta al Shock anafiláctico.

Todo shock presenta hipotensión, hipotermia, hipoestesia. Su tratamiento será, tomarle la presión arterial si la tiene muy baja o no se oye -

se le administrará adrenalina intramuscular, al - -
 1/1000 aproxm. 4 a 5 gotas (1 cm) si a los dos - -
 minutos no reacciona y no hay aumento de la pre- -
 sión se repetirá la dosis de adrenalina y se le ad-
 ministrará oxígeno.

ACCIDENTES MEDIATOS:

A) PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA. - Puede
 de ocurrir que la anestesia se prolongue por espacio
 de días, semanas y muchas veces hasta meses. Esta
 complicación se debe al desgaste del nervio por-
 agujas con rebabas, o a la inyección de alcohol junto
 con el anestésico, siendo este alcohol el resíduo
 que puede quedar en la jeringa en esos casos en --
 los que se acostumbre conservar la jeringa y aguja
 en el alcohol.

En este caso el tratamiento más adecuado -
 es dejar que con el tiempo el nervio se regenere -
 lentamente y posteriormente se recupere la sensibilidad.

B) INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN. - Muchas veces pueden originarse infecciones
 en la mucosa bucal debido a la falta de esterilización
 de las agujas o del sitio de la punción.

Esto se puede prevenir usando agujas estériles
 y procurar hacer la asepsia adecuada del lugar
 o zona donde se va a efectuar la punción con merthiolate.

C) DOLOR. - Puede persistir el dolor en el
 lugar de la punción observándose más en la aneste-
 sia troncular del dentario inferior, cuando la aguja

desgarra o lesiona el periostio de la cara interna - del maxilar.

En el bloqueo subperióstico el dolor de la -- punción persiste algunos días, la lesión del nervio por la punción puede producir neuritis, la cual se -- tratará con antineuríticos como la vitamina B12.

PROPIEDADES FARMACOLOGICAS DEL ANESTESICO.

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

- a) Período de latencia corto
- b) Duración adecuada al tipo de intervención
- c) Compatibilidad con vasopresores
- d) Difusión conveniente
- e) Estabilidad de las soluciones
- f) Baja toxicidad sistemática
- g) Alta incidencia de anestesia satisfactoria

5. - DIFUSION

El buen poder de difusión compensa las variaciones anatómicas. La inyección de un anestésico local no siempre asegura un contacto absoluto con las ramificaciones apropiadas. Este puede tener como causa las variaciones anatómicas o bien la presión en localizar el anestésico en los tejidos. Cualquiera de estos factores puede llevar al fracaso en obtener anestesia.

Para obtener éxito, el anestésico local debe tener una capacidad de difusión a través de los tejidos a tal punto que se inhibe el paso de la conducción de los impulsos nerviosos, aún cuando se deposite el anestésico a cierta distancia del nervio. La estabilidad química y la excelencia de la fabricación contribuyen a aumentar la seguridad.

Un anestésico local debe permanecer estable después de un período prolongado, aún en circuns-

tancias extremas, de tal manera que conserve su -
eficacia completa en lo que se refiere a incidentes
de anestesia satisfactoria y además propiedades. --
Esto significa que tanto los ingredientes activos - -
como la solución terminada deben tener un alto gra
do de estabilidad química. La inestabilidad química
a través de la preparación, empaque o almacenamien
to, no solamente disminuyen la actividad farmacoló
gica, sino que también puede ocasionar efectos se--
cundarios indeseables.

La buena estabilidad se obtiene seleccionando
materias primas puras y estables y usando envases
de alta calidad, todo sujeto continuamente a una ins
pección y a un control riguroso.

VASOCONSTRICTORES

Los vasoconstrictores prolongan la acción -- de los anestésicos y reducen la toxicidad sistemática de los anestésicos locales por retardo en su absorción. Deben usarse en zonas ricamente vascularizadas como región gingivodental si se omite su -- uso, la anestesia es inadecuada y pueden presentarse fenómenos de toxicidad por absorción rápida de la droga. Usados propiamente en Odontología son -- de gran valor en anestesia por infiltración y en bloqueo de maxilares y tronculares, pero su acción es ineficaz en anestesia tópica.

Los vasoconstrictores no tienen acción sinérgica con los anestésicos locales, ni acción aditiva -- ya que por sí solos no tienen acción anestésica. La intensidad anestésica se logra con ellos, se debe -- al retardo en la absorción que hace prolongar el -- contacto del bloqueador con el nervio.

Los anestésicos locales por sí mismos no -- tienen una acción vasoconstrictora apreciable, algunos vasoconstrictores prolongan la acción de los -- anestésicos en un 100%. La respuesta varía con el sitio de acción.

La insidencia de daño a los nervios periféricos, nos es mayor con vasoconstrictores que con -- soluciones simples. La duración de la anestesia varía con los diferentes agentes usando las mismas -- concentraciones de vasopresores, pues es una propiedad inherente a la molécula de cada uno de ellos. Los efectos sistemáticos de los anestésicos locales se distinguen de los ocasionales por vasopresores, -- porque producen diferente sintomatología.

TOLERANCIA Y TOXICIDAD EN EL HOMBRE

Nosotros debemos recordar que la toxicidad de una droga está en razón directa de la dosificación y de la velocidad con que ésta pasa al torrente sanguíneo. En anestesia regional pueden concurrir varios factores para determinar una concentración alta de la droga en la sangre.

Primero, absorción rápida de la droga relacionada son:

Dosis de la misma, sitio de aplicación, concentración de las soluciones usadas, velocidad en la inyección y tipo de droga.

Cuando la droga se encuentra en el torrente sanguíneo debemos tener en cuenta su acción sobre sistema nervioso central y sobre el aparato cardiovascular principalmente.

Los estudios de tolerancia en humanos, usando dosis intravenosas excesivas, han revelado que Citanest manifiesta síntomas menos pronunciados -- que cualquier otra droga.

Recordemos también que el vasoconstrictor que lleva generalmente la solución bloqueadora disminuye la absorción y por lo tanto, mejora la tolerancia clínica del agente. Esto es particularmente importante en Odontología donde la región operatoria es ricamente vascularizada.

La alta insidencia de anestesia satisfactoria es un requisito básico para una práctica odontológica eficiente. La droga debe ser tan efectiva que --

confiere anestesia profunda a todos los pacientes - usando la misma dosis. La necesidad de repetir - la inyección es tan embarazosa tanto para el paciente como para el médico.

TEMA V

IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA

IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA

Este procedimiento es muy importante como complemento eficaz en un buen diagnóstico.

El examen radiográfico nos dará:

1. - Forma Anatómica del diente, raíz y corona
2. - Posición y volumen de la cámara pulpar
3. - Relaciones con las piezas contiguas ya que en algunos casos suelen estar dos piezas unidas.
4. - La relación que tiene el ápice con piso de fosas nasales (en superiores anteriores) y con el seno maxilar (posteriores superiores).
5. - Anomalías de tamaño (raíces enanas o demasiado largas).
6. - Anomalías radiculares con curvaturas, flexión o muy separadas o fusionadas, etc.
7. - Grosor de la porción radicular.
8. - Disposición de la raíz en el alveolo.
9. - Número de raíces longitud y disposición.
10. - Afecciones dentarias.
11. - Dientes retenidos
12. - Transposición dentaria (erupción de un diente en donde no le corresponde)
13. - Dientes Supernumerarios
14. - Dileceración radicular
15. - Abscesos
16. - Granulomas
17. - Quistes
18. - Fracturas
19. - Cuerpos extraños
20. - Densidad y retención ósea.

TEMA VI
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE
LA EXTRACCION DENTARIA.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTARIA

INDICACIONES:

Los dientes son susceptibles a la acción de diversos factores, ya sea físicos, químicos, biológicos y mecánicos.

Ya que van a provocar alteraciones particulares de sus tejidos adyacentes.

Alteraciones que en casos, serán considerados como indicación absoluta para la extracción de dichos dientes. El diente en sí no es flexible pero el alveolo es extensible hasta un cierto grado y sólo en algunas circunstancias es posible extraerlos enteros.

Pongamos un ejemplo en los molares con varias raíces divergentes pero por supuesto que la elasticidad del hueso tiene sus límites; deben por lo tanto someterse a una extracción lenta ya que al proceder con excesiva brusquedad en la aplicación de la fuerza exodóntica puede producirse la fractura del hueso o del mismo diente.

INDICACIONES DE EXTRACCION EN DIENTES TEMPORALES:

1. - Cuando la caries ha dañado la mayor parte de la corona.
2. - En la existencia de un diente deciduo, mismo que está obstruyendo el paso de la erupción del permanente.

3. - Cuando se ha fracturado la pieza y en la que -
que no se podrá realizar algún tipo de trata- -
miento, como por ejemplo el de una endodoncia.
4. - En la aparición de caries de cuarto grado y - -
también con la existencia en la pieza de raíces
dislaceradas, pues no se podrá efectuar ningún
tratamiento.
5. - Por algún retardo o en la pérdida de posición -
de algunos de los dientes permanentes dada - -
su falta de exfoliación de los dientes tempora-
les (estos serán los indicados a extraer).

CONTRAINDICACIONES DE EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES

1. - Cuando en una radiografía dental observaremos
que al realizar la extracción podemos lesionar
al gérmen dentario permanente (en estos casos
debemos conservar las raíces para que se re--
absorban).
2. - En la existencia de poder realizar un tratamiento
endodóntico.
3. - Cuando las raíces del diente deciduo prisionan
al gérmen dentario.

INDICACIONES DE EXTRACCION EN PIEZAS PERMANENTES

1. - En la existencia de caries de cuarto grado, la
cual ha destruído gran parte de la corona.

2. - Cuando hay dislaceración de raíces y no se puede efectuar un tratamiento endodóntico.
3. - En la aparición de una fractura más allá del cervix.
4. - En un fracaso de TRATAMIENTO ENDODONTICO.
5. - Cuando los conductos radiculares, está calcificado
6. - En el caso de la existencia donde la lesión patológica persista y que pueda resolverse en forma conservadora, (caries, parodontopatías, etc.)
7. - Por razones ORTODONCICAS.
8. - Por razones PROTESICAS.
9. - En caso de traumatismo grave del diente o de sus tejidos de sostén.
10. - Cuando existen dientes involucrados en un tumor benigno o maligno.

CONTRAINDICACIONES DE EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES

1. - En una pieza que exista caries, pero de la cual pueda ser tratada con cualquier tratamiento indicado, para ser rehabilitada.
2. - Cuando las raíces de una pieza están encementadas al hueso.

3. - Cuando en el estado físico del paciente es precario y no permite la realización de una intervención quirúrgica.
4. - En la existencia de un absceso agudo.
5. - En la presencia de gingivitis úlcero-necrosante aguda.
6. - Cuando el paciente es cardiópata en grado agudo.
7. - En pacientes con hepatitis o nefropatías agudas.
8. - Cuando el paciente presente un cuadro de hemofilia no controlada.

INDICACION ABSOLUTA PARA LA EXTRACCION DE DICHOS DIENTES

DIENTES PERMANENTES:

Esta operación la haremos siempre y cuando las piezas dentarias tengan movilidad causada por las enfermedades parodontales y en la que hay profundas bolsas de supuración o abscesos parodontales a menudo, es necesario la extracción para sí evitar una reabsorción externa de la apófisis alveolar, para extracción.

INDICACIONES PARA UNA EXTRACCION

1. - Afecciones Dentarias

- a) Afecciones pulpares sin tratamiento
- b) Caries de 40 grados que no puedan ser tratadas
- c) Complicaciones de dicha caries

2. - RAZONES PROTESICAS. - Estéticas u ortodónticas

- a) Dientes temporarios persistentes que impidan la erupción correcta del permanente.
- b) Dientes Supernumerarios con previa radiografía
- c) Mal posición dentaria que ocasiona falta de estética o que funcionalmente deben ser extraídos.

3. - ANOMALIAS DE SITIO

- a) Retenciones y semiretenciones sin tratamiento ortodóntico.
- b) Dientes retenidos en maxilares

4. - AFECCIONES PARODONTALES

- a) Parodontitis sin tratamiento

5. - ACCIDENTES DE ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES

- a) Pericoronitis
- b) Accidentes inflamatorios nerviosos o tumorales

CONTRAINDICACIONES EN UNA EXTRACCION

1. - ESTADO LOCAL

- a) Afecciones que dependen del diente a extraer
- b) Procesos inflamatorios agudos
- c) Complicaciones Agudas de la caries de 4° grado
- d) La presencia de Gingivitis ulcerosa membranosa o estomatitis.

2. - ESTADO GENERAL

a) Menstruación

Este estado se puede detener o alterar debido a la administración de anestesia o al exceso de nervios.

b) Embarazo

Durante el primer trimestre de embarazo no se debe de administrar tanto anestesia local como -- troncular, ni ningún tipo de medicamento, ya que es el período de formación. Y en el noveno mes del embarazo se debe de evitar el stress.

c) Exodoncias prematuras de dientes temporales - ya que son los que guardan el espacio correcto del permanente.

d) ESTADOS PATOLOGICOS. - Como en afecciones de aparatos o sistemas y en enfermedades generales como la hemofilia es una enfermedad que la pa decen los hombres y es trasmitida por la mujer, - esta enfermedad aparece desde la infancia y al lle gar a los 20 años es incurable y los pacientes son tan sólo por pegarse en una rodilla pueden morir - por una hemorragia interna y lo que la originan es la falta de trombina en la sangre lo que hace difícil la coagulación sanguínea, para hacer una exo-- doncia a este tipo de pacientes es necesario hos

pitalizarse durante más de una semana en observación.

DIABETES. - Se considera una enfermedad - metabólica donde existe una falta del metabolismo - en los hidratos de carbono, prótidos, lípidos.

Esta es una enfermedad hereditaria u adquirida teniendo también como relaciones la tendencia de la obesidad o el adelgazamiento la cual varía según la raza.

Sus características principales son:

Poliuria. - Aumento de la secreción urinaria

Polidipsia. - Sed insaciable.

Polifagia. - Aumento del apetito

Manifestaciones bucales son:

a) Movilidad dentaria

b) Resequedad de la cavidad oral

c) Las partes linguales de los incisivos inferiores se marcan en la punta de la lengua, ya que ésta aumenta de tamaño.

d) Aliento Cetónico

e) Susceptibilidad a las infecciones y una vez establecida se extiende rápidamente la cual puede ser ocasionada por una mala esterilización del instrumental o de las manos - del operador.

Sobre todo nosotros trataremos a pacientes - perfectamente bien controlados por su médico general y nunca se efectuará una extracción a un Diabético con el nivel del azúcar alta.

3. - HEMOFILIA. - Es una enfermedad hemorrágica genotípica de transmisión hereditaria recesiva ligada al sexo en el cual hay un déficit del factor antihemofílico que es indispensable para la elaboración de trombo platina, por lo cual en estos pacientes presentan hemorragias intensas el grado que por un golpe se mueren de hemorragia interna. Por lo cual estos pacientes serán tratados sólo con hospitalización.

TEMA VII

COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION

COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION

Se consideran como complicaciones

1. - ALVEOLO SECO
2. - ALVEOLITIS
3. - SHOCK ANAFILACTICO

1. - ALVEOLO SECO. - Se puede considerar como una osteomelitis focal en la cual se desintegró el coágulo sanguíneo produciendo un dolor intenso y un mal olor pero sin que haya supuración, éste nombre se debe a que el hueso queda expuesto y da el aspecto seco sin sangre. Esto aparece como coagulitos, siendo este padecimiento extremadamente doloroso debiéndose tratar mediante la inserción de un material contundente, cuando se realice una extracción y éste no sangre se deberá provocar el sangrado y aplicar gelfoam, y una mezcla de óxido de zing y eugenol, tanpak, w.p. para evitar una infección posteriormente y llegar a provocar una necrosis (osteomelitis focal) del hueso debido a los restos óseos.

OSTEITIS. - Es una infección del alveolo que puede ser provocado por el Cirujano Dentista, por utilizar el material mal esterilizado, también por la introducción de las manos del paciente después de haber terminado la extracción, la falta de esterilización del campo operatorio en la boca del paciente, acumulamiento o empaquetamiento de restos alimenticios, o la falta de instrucciones sobre la dieta a seguir el paciente.

TERAPEUTICA. - Retirar el tejido infectado raspado y esperar a que sangre, después de esto -

se cubre el alveolo con óxido de zinc y eugenol, -
gelfón o fibrine.

La diferencia entre éste y el alveolo seco -
es que uno es necrosis del hueso con coágulo des--
compuesto y la alveolítis es una infección en donde
el coágulo presenta una especie de nata verdosa.

SHOCK ANAFILACTICO. - Es la reacción vio-
lenta y a veces fatal del organismo a una segunda -
dosis de algún medicamento o suero que sensibilizó
al individuo, la primera que se administró al pa- -
ciente provoca un shock, se torna pálido, la piel se
cubre de una sudoración, el pulso se acelera y se -
nota baja la presión, la respiración es superficial,
e irregular el paciente se queja de sed, existe una
sensación de ansiedad y por último viene la pérdida
de la conciencia.

TERAPEUTICA. - Colocar las piernas del pa-
ciente más altas que la cabeza, es conveniente qui-
tar el cabezal y así para una mayor irrigación al -
cerebro, mantener la temperatura del paciente, de-
biéndose aplicar sustancias que aumenten la pre- -
sión, también aplicar en ocasiones plasmas o trans-
fuciones complementando también antihistamínicos.

TEMA VIII

ACCIDENTES DE LA EXODONCIA

ACCIDENTES DE LA EXODONCIA

1. - SINCOPE-COLAPSO

Generalmente, los pacientes vienen a la consulta para que se les practique una extracción cuando su estado general está muy debilitado por continuos y persistentes dolores a los que hay que añadir el insomnio. Además, tienen miedo a la extracción, y en algunas ocasiones la epinefrina que acompaña al anestésico ejerce un efecto exagerado. En casos leves, las manifestaciones no pasan, de, palidez, sudoración, sensación de debilidad y mareo: - en casos graves se dilata la pupila (de ahí la importancia de que cuando anestesiemos hagamos la extracción nuestro paciente tenga siempre los ojos abiertos para una observación continua), el bulbo ocular sufre rotación hacia arriba, los brazos caen lánguidamente, el paciente desfallece, cae pesadamente o se escurre del sillón, el pulso se debilita es fácilmente interrumpible y el enfermo pierde el conocimiento.

Si se observa con atención el paciente, ya no pasará inadvertido el primer síntoma; entonces debe de interrumpirse al momento la intervención, hacer que llegue al enfermo aire fresco, ordenar algunas aspiraciones de frasco de éter, darle a beber un poco de agua fría con 20 gotas de valido alcanforado ó 10 gotas de cardizol, que son medios sencillos y de aplicación rápido, y que generalmente permiten reanudar pronto la labor profesional, nuestro paciente estará colocado en forma horizontal, sus pies quedarán más altos que su cabeza, se aflojará su ropa de manera que haya una buena circula

ción, en caso de un síncope rebelde se le moja la cara y el pecho con agua fría o se le sacude con un paño mojado, se practica la respiración individual, y se le efectúa un masaje en la región precordial y eventualmente se le efectúa una inyección de aceite alcanforado o de cardiazol, ésta última intravenosa y constantemente vigilar el pulso.

A los pacientes exageradamente excitados o asustados se les administra un calmante por ejemplo; una o dos tabletas de neuritis (contiene algo de bromuro). La mayor parte de los colapsos obedecen al estado psíquico y se remedian pronto si se proceden a forma descrita y con calma y seguridad. Si el colapso se presenta al dar la inyección debe reflexionar ampliamente si se procede a la inyección después de ceder el colapso teniendo en cuenta cada caso en particular. Casi siempre conviene desistir. No debe además olvidarse que la palidez del rostro puede ser consecuencia de una enfermedad hamática. (Esto ocurre cuando nosotros damos poca importancia a la historia clínica bien elaborada).

2. - Transtornos en el curso de la cicatrización.

El proceso curativo normal, tal como ha sido descrito puede sufrir un trastorno precoz por una hemorragia postoperatoria más o menos rebelde. También se presenta a veces una tumefacción muy considerable de las partes blandas circundantes, poco tiempo después de la extracción que casi siempre es de carácter edematoso. El proceso curativo se trastorna muy especialmente cuando la herida se infecta.

3. - HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

Las hemorragias consecutivas a la extracción dentaria constituyen una manifestación muy frecuente: muchas veces se presentan tardías, pero en general empiezan cuando ha cedido el efecto vasoconstrictor de la epinefrina que acompaña al anestésico. La hemorragia puede atribuirse a una lesión sufrida por algún vaso de cierto calibre, pero también puede puramente parenquimatosa, y, por último, pueden reconocer por causa el descenso o la pérdida de la coagulación normal. Las hemorragias postoperatorias pueden proceder de los vasos del fondo del alveolo o de los que se encuentran en el hueso alveolar y que han sufrido lesiones en los movimientos efectuados para luxar el diente; también puede proceder de las partes blandas.

Si un paciente se presenta con hemorragia postoperatoria lo primero que se procede es limpiar escrupulosamente la cavidad bucal de todos los coágulos que en ella se encuentran por medio de enjuagues con agua oxigenada, y después de aplicar una compresión transitoria, haciéndole morder en una torunda aséptica de algodón (por medio de presión de vasos y arterias). El tratamiento dependerá del cual sea su punto de partida. Las suelen cohibirse irrigando los alveolos con aguas oxigenada y tapándolos con cuidado con una tira de gasa yodofórmica cuyo ancho será aproximadamente de 1 cm. por encima de la torunda de gasa se aplica una torunda de algodón esterilizado, que se deja durante un tiempo, y sobre la cual muere el paciente. En las hemorragias procedentes de las paredes alveolares debe recubrirse todas las superficies alveolares y hacer

compresión haciendo que el paciente muerda en un tiempo aproximadamente grande. En las hemorragias de las partes blandas se procede a cohibir por medio de ligaduras y en caso de dislaceración deb~~en~~ practicarse suturas profundas.

Si con este método no se consigue cohibir la hemorragia aplicamos el siguiente, que nos ha dado siempre excelentes resultados: Se toma una impresión con pasta de modelar, utilizando una cubeta bien lubricada, impresión que ha de interesar todo el sector maxilar correspondiente: la pasta debe comprimirse de manera que se extienda en gran proporción de manera que se extienda en vestibular y lingual, una vez enfriada la pasta, se retira primero la cubeta, operación posible, puesto que se ha lubricado, y después se retira con mucho cuidado la impresión se somete ésta al chorro de agua fría y mientras tanto se aplica a la herida y a sus alrededores dos o tres capas de gasa yodofórmica, extendidas, pero sin que interesen los dientes: entonces se vuelve a colocar la impresión sobre el maxilar; por efecto del grosor de la gasa yodofórmica intercalada, la impresión comprime más y con mayor regularidad con sólo cerrar las mandíbulas para mayor seguridad quizá convenga añadir un vendaje de algunas vueltas alrededor de la cara. Se deja este apósito durante un tiempo, e incluso se pueden dar al paciente las instrucciones necesarias, con el fin de que se lo aplique el mismo en casa en caso de que se repitiera la hemorragia.

4. - TUMEFACCION DE LAS PARTES BLANDAS

En la mayoría de las extracciones sencillas

no se presenta tumefacción, pero no es un fenómeno raro en el caso de que se utilice el escoplo. En resumen, deben tomarse en cuenta tres formas de tumefacción que han de distinguirse escrupulosamente:

- a) El edema difuso secundario
- b) Hematoma

a) El edema secundario se conoce por su forma difusa, por la insensibilidad a la presión, por no existir aumento de temperatura en la zona tumefacta y por la consistencia blanda. Esta tumefacción desaparece al cabo de uno o dos días si el paciente guarda reposo y se aplica calor a la región tumefacta. La reabsorción puede acelerarse con la lámpara Solux, pero no puede utilizarse hasta aparecer la completa desaparición del efecto anestésico.

b) HEMATOMO. - Este puede observarse después de una exodoncia laboriosa con lesiones de las arterias y pequeños vasos. Los síntomas del hematoma son: Tumefacción muy circunscrita, y de rápido desarrollo acompañada a veces de una sensación franca de depresión interna; es remitente, casi insensible a la presión exterior; la piel facial puede deslizarse por encima de la tumefacción. Como tratamiento inicial está indicada a lo sumo un apósito que ejerza compresión; al cabo de algunos días se puede empezar la aplicación de calor, por el contrario, no debe practicarse punción alguna ni mucho menos una incisión.

INFECCION

Si la herida exodóntica se infecta, la cicatrización resulta muy perjudicada. No se puede precisar ni la infección se debe a falta de esterilización del instrumento o de los dedos, o si su causa es posterior, por haber tocado el paciente la herida con los dedos sucios, o si se debe a otros focos infecciosos de la misma cavidad bucal, por esta razón no se puede reprochar al profesional sin datos muy ciertos.

Los síntomas más importantes del trastorno infeccioso en la infiltración circundante, manifestaciones objetivas notables, tales como: dolores postoperatorios, sensación de ardor, heridas punsátiles, etc., los ganglios linfáticos se encuentran blandos, inugitados y dolorosos a la presión.

El mal aspecto de la herida se debe a la desintegración del coágulo; añadiendo a esta fetidez y además supuración de los bordes de la herida, rubicundez y tumefacción circundantes; también eventualmente, secreción de pus en los alveolos; la tumefacción infecciosa es dura, tersa, hipertérmica y muy sensible a la presión. Al avanzar el proceso puede desarrollarse una osteítis más o menos extensa y una periostitis con colección purulenta y secuestros óseos, las molestias aumentan y el estado general empeora considerablemente, los ganglios linfáticos pueden estar purulentos. En ciertos casos afortunadamente pueden llegarse hasta una septicemia, que a veces tiene desenlaces fatales. El tratamiento es tanto más eficaz y satisfactorio cuanto más rápido es su aplicación. Por eso se debe inculcar a los pacientes que si después de una in-

tervención exodóntica si aparecen dolores persistentes, iniciados algún tiempo después de la operación, deben presentarse a un nuevo reconocimiento.

TRATAMIENTO. - Si el alveolo está vacío - o bien ocupado por una masa fétida, hay que hacer su irrigación con agua oxigenada caliente, sin hacer presión; esto ya consigue algún alivio. Luego se impregna una tira de gasa yodofórmica de 1 cm. -- aproximadamente de anchura y 3 ó 4 cm. de longitud, en una solución de clorofenol alcanforado (alcanfor en polvo 20 gr., y paramonoclorefenol. 10 gr. íntimamente mezclados y adicionar un poco de alcohol) se tapona con ella suavemente el alveólo infectado.

TEMA IX

INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZA EN EXODONCIA

1. - ESPEJO
2. - PINZAS
3. - ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL
4. - FORCEPS

INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZA EN EXODONCIA

1. - Espejo

El espejo nos será útil para hacer a un lado tejidos vecinos que impidan la correcta elaboración de la exodoncia como son: lengua, carrillos, nos servirán para la localización y observación del estado de la pieza por extraer.

Las pinzas son rectas o bien anguladas las cuales se usarán sin guardar indicaciones algunas. Estas nos servirán en ocasiones para hacer la desbridación (separación de la encía al diente), juntando las puntas de las pinzas nosotros obtendremos un sólo extremo el cual con movimientos enérgicos se introducirá entre encía y diente siguiendo el contorno del cuello de nuestra pieza, tomando en cuenta que entre mejor esté nuestra desbridación el traumatismo de tejidos blandos en el momento de la exodoncia será menor y la penetración tanto del forceps como del botador será más profunda y será más fácil obtener un buen punto de apoyo y así evitando que el forceps se resbale, provocando así la fractura de la corona.

Una vez desgarradas las bandas periodontales, el forceps tira el diente para expulsarlo de su alvéolo, lo que puede resultar imposible por pronunciadas curvaturas o divergencias radiculares. Pero la mayoría de las veces, la elasticidad ósea, como se dice hace imposible la operación.

En realidad, nuestro primer cuidado al proceder con una exodoncia consiste en aplicar el ins-

trumento al diente en forma que pueda operar con eficiencia; pero nuestra segunda preocupación debe ser provocar el desgarre de los ligamentos y la extensión del alvéolo, para lograr el aflojamiento del diente. Nuestra tercera preocupación es la extracción definitiva del diente. Se habla también de una primera fase de la exodoncia el aflojamiento del diente y de una segunda fase su desprendimiento.

RESISTENCIA

Está representada por el diente a extraer. Este, está condicionado por la disposición radicular, la cantidad del hueso que lo cubre o rodea y la calidad de este hueso, es decir, la hay mayor o menor calcificación del mismo, la distinta disposición de las trabéculas óseas y la edad del paciente.

3. - ELEVADOR

Los tiempos de la exodoncia con elevador pueden esquematizarse en:

APLICACION. - El instrumento se toma con la mano derecha empuñándolo ampliamente, el dedo índice debe de acompañar el tallo para evitar incursiones no previstas. El elevador debe de avanzar con cortos movimientos de rotación, entre el alvéolo y la raíz del diente por extraer.

LUXACION. - Logrado el punto de apoyo y el sitio de aplicación del elevador se dirige el instrumento con movimientos rotatorios descenso o elevación, maniobras con las cuales el diente rompe sus adherencias periodónticas, dista el alveolo per-

mitiendo así su extracción. Los movimientos de semirrotación se deben hacer con mucho cuidado y tratando de introducir en cada movimiento un poco más la punta del botador para que por sí sola la raíz se desprenda.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. - Es cuando nosotros ya tenemos los ligamentos periodontales completamente rotos y el diente se ha desprendido de su alveolo se siente la movilidad, la de dicha pieza la cual se puede extraer con un elevador adecuado o con forceps. En la exodoncia es muy necesario que nos ayudemos con el botador para cualquier tipo de exodoncia ya sea de pieza dentaria con corona o si se trata de un resto radicular ya que el botador nos ayudará a aflojar la pieza del diente ocasionando menos fracturas apicales como radicales y facilitando así la extracción.

4. - ESTERILIZACION

La esterilización es uno de los fundamentos de la Cirugía Moderna. Toda intervención quirúrgica para que resulte con éxito, exige que tanto el sitio donde se realiza la operación, las manos, ropa, instrumentos, material, etc., estén perfectamente limpios y libres de microbios, evitando con esto infecciones postoperatorias.

La cavidad oral a pesar de su riquísima flora microbiana, no debe de apartarse de los principios quirúrgicos.

Para la esterilización de nuestros instrumentos nos valdremos de principios que son:

1. - FISICOS
2. - QUIMICOS

Constituyen los productos que en terapéutica se denominan antisépticos y desinfectantes, por ejemplo:

ALCOHOL. - Se emplea exclusivamente para la antisepsia de las manos del Cirujano, y también en la esterilización del instrumental rociando cierta cantidad moderada encima de éste y prendiendo un cerillo a éstos pero tiene la desventaja de que el instrumental con el tiempo pierde su filo y se manchan, y en el caso de que no se ponga la cantidad adecuada suele ocasionar graves accidentes.

TINTURA DE YODO. - En cirugía oral su empleo no es muy extenso por que este tiene acción irritante en la mucosa, por lo cual se utilizará para la asepsia del punto de punción de la aguja en las distintas anestesis en pequeñas torundas de algodón.

ACIDO FENICO. - En solución alcohólica, se emplea para la esterilización del punto de punción, diluído al 10% sirve para conservar materiales de sutura.

MENTIOLATE. - Se utiliza al igual y de la misma manera que el yodo solo que éste no irrita la mucosa oral y nos sirve como esterilización del alveolo después de la exodoncia y de las partes circunvecinas para una mejor protección postoperatoria.

BENZAL. - Es una solución antiséptica y desinfectante que es muy útil para el instrumental, — después de lavado perfectamente el instrumental se seca y en un recipiente muy bien limpio se introducen los instrumentos y se rocían de benzal de manera que éste cubra el instrumental, por lo menos estará una media hora antes de usarlo.

1. - AGENTES FISICOS

CALOR SECO. - Se obtiene por medio de — aparatos que consisten en cajas metálicas cuyo ambiente se calienta por medio del gas de o de la electricidad.

CALOR HUMEDO. - En un recipiente se colocan los instrumentos lavados y llenándose de agua — se ponen a hervir y en el momento en que el agua empieza a ebullición se contarán 15 minutos con el agua a 100°C ., esto permitirá la correcta esterilización del instrumental.

También puede emplearse el calor bajo presión con el cual se consigue elevar la temperatura a 130°C . y este aparato se denomina Autoclave — y es la esterilización más perfecta para cualquier tipo de instrumental o ropa.

5. - FORCEPS

La pinza para la extracción es un instrumento, basado en el principio de la palanca de primer grado, con la cual se toma el diente por extraer — imprimiéndole movimientos con el cual se elimina — el órgano dentario.

La pinza consta de dos partes: la pasiva y la activa unidas entre sí por una articulación o charnela.

Existen en términos generales dos pinzas para extracción:

a) Las destinadas a extraer dientes del maxilar superior.

b) Las destinadas a extraer dientes del maxilar inferior.

PARTE PASIVA

Es el mango de la pinza. Sus ramas son paralelas y según los distintos modelos, están labradas en sus caras externas para impedir que el instrumental se deslice de la mano el dedo pulgar se coloca entre ambas ramas, actuando como tutor para regular el movimiento y la fuerza a ejercer.

PARTE ACTIVA

Se adapta a la corona anatómica del diente - sus caras externas son las lisas y las internas, - - además, de ser cóncavas presentan diferentes estrías según el diente a extraer.

- a) birradiculares
- b) monorradiculares
- c) trirradiculares

Con el fin de impedir su deslizamiento. Los bordes o mordientes de las pinzas siguen las modau

lidades del cuello dentario estos mordientes son - -
distintos según los modelos.

TEMA X

POSICION DEL PACIENTE

POSICION DEL PACIENTE

El paciente debe estar cómodamente sentado, ya que la extracción por sí sola es muy molesta, - si el paciente está incómodo tratará de acomodarse lo cual puede ocurrir al estar haciendo la extrac- - ción provocando un desgarramiento o traumatismo - en los tejidos blandos vecinos. Es también reco- - mendable que la luz esté bien dirigida a la cavidad oral del paciente, para evitar molestias tanto al - paciente como al operador, ya que resta la ilumina- ción del campo operatorio.

Para la realización correcta de una exodon-
cia debemos de tener:

- a) Un campo operatorio perfectamente bien iluminado
- b) Una radiografía bien tomada del diente por extraer
- c) Instrumental necesario para efectuar correcta la extracción

1. - MAXILAR SUPERIOR

El paciente debe sentarse y el sillón dental quedará a la altura de los omóplatos y el cabezal - a la altura del occipital. El sillón se inclina hacia atrás unos 45° de modo que la arcada superior forme un ángulo de 90° con el eje del tronco. La ca- beza del paciente quedará un poco más inclinado ha- cia atrás que el respaldo. La boca del pa- ciente de- berá quedar a la altura de los codos del operador para poder tener más apoyo y fuerza sobre la pie- za por extraer.

Si nosotros subimos más de lo debido el sillón a manera que observemos directamente la extracción, habrá menos apoyo lo cual puede producir fácilmente fractura de las coronas dentarias.

2. - MAXILAR INFERIOR

El paciente debe sentarse de una manera recta siguiendo las mismas indicaciones que la anterior (sin la inclinación del sillón). En esta posición también se debe respetar la altura de la cavidad oral con relación al codo del operador para evitar los mismos accidentes. En las extracciones del maxilar inferior debemos de sostener firmemente el maxilar debido a que se pueda fracturar, por la presión que se ejerce sobre él, y sobre todo que el paciente abata su mandíbula.

TEMA XI
POSICION DEL OPERADOR

POSICION DEL OPERADOR

El operador tiene tres posiciones fundamentales, que el eligirá según sea la necesidad y el caso:

1. - FRONTAL DEL LADO DERECHO

Está indicada para dientes superiores e inferiores. En esta posición las manos del operador están al frente, la mano derecha toma el forceps y la izquierda sostiene firmemente el maxilar dependiendo de la exodoncia.

2. - POSTERIOR DEL LADO DERECHO DEL PACIENTE

En esta posición el operador estará colocado hacia atrás y un poco al lado del paciente. El brazo izquierdo rodea por el lado izquierdo la cabeza del paciente sosteniendo firmemente el maxilar inferior, y con la derecha se toman el forceps, ésta es una técnica con la cual se hace mayor fuerza y es de mucha ayuda para piezas posteriores en donde la exodoncia sea difícil, esto es recomendar tanto en inferiores como en superiores de piezas posteriores.

3. - POSTERIOR DEL LADO IZQUIERDO

En esta posición el brazo derecho es el que rodea la cabeza del paciente y sostiene firmemente el maxilar inferior y la mano izquierda al forceps.

Es poco usada esta técnica pero produce un-

alivio temporal a la fatiga en operaciones prolongadas y en algunas ocasiones será necesaria.

TEMA XII

DOLOR POSTOPERATORIO

DOLOR POSTOPERATORIO

El mayor contingente de casos de dolor postoperatorio se debe a la infección. Pero los dolores no infecciosos pueden partir del nervio dentario en el sitio del desgarro. Estos casos son fáciles de conocer por el buen aspecto de la herida y por el curso normal de la cicatrización. Otro tipo de dolor postoperatorio, a menudo de carácter puramente neurálgico, que tiene su punto de partida en los bordes agudos alveolares que no se aplastaron o pudieron inmediatamente después de la extracción. El dolor aparece algunos días después de la extracción, cuando se ha iniciado la cicatrización y la reabsorción del limbo alveolar no corre parejo con ella de manera que el periostio queda sobre el borde agudo con indentaciones, también en estos casos el curso de la cicatrización es favorable y normal. Puede presentarse un dolor postoperatorio debido a la existencia de algún resto de hueso aislado o un resto radicular, por encima de los cuales puede, sin embargo, cerrarse bien la herida. Por eso es recomendable obtener radiografías en todos los casos dudosos.

Esto nos permite reconocer la causa del dolor y proceder a su total eliminación rápida.

TEMA XIII

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

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

Los cuidados postoperatorios importantes -- son:

1. - HIGIENE DE LA CAVIDAD ORAL

Al terminar nuestra extracción se debe lavar perfectamente bien la sangre que pueda haberse depositado sobre la cara del paciente con una gasa -- mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, para evitar restos que eventualmente puedan depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la flora microbiana de la cavidad oral. El paciente ya en su domicilio hará después de 4 horas de haber -- efectuado la extracción, lavados suaves de su boca -- con algún antiséptico.

2. - Empleamos con gran frecuencia el frío -- como tratamiento postoperatorio. Lo aconsejamos -- bajo la forma de bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada, que se colocan sobre la -- cara, frente al sitio de la intervención. Esto nos

ayuda a evitar la congestión y el dolor postoperatorio con períodos de quince minutos de descanso, -- esta terapéutica solo se aplica en los tres primeros días siguientes de la operación. Porlongado por -- más tiempo su acción es inútil puede ser perjudi-- cial. La acción del frío puede ser completamente con el empleo de una solución de sulfato de magnesio, 100 grs. de sulfato de magnesio en medio li-- tro de agua, esta solución se usa fría en lugar del agua, el resto de la solución que no se utilizó se - debe guardar en la nevera, el sulfato de magnesio - tiene una acción terapéutica para reducir los edemás.

3. - Cuando nuestro alveolo esté muy grande será necesario hacer unos puntos de sutura para - evitar una falsa coagulación si se sutura nuestro alveolo después de 5 días hay que extraer los puntos de sutura, ya que esta actúa como cuerpo extraño, - provocando inflamación localizadas y supuración.

4. - Alimentación del recién Operado

La alimentación en las primeras 6 horas deberá ser líquida té con leche, jugo de naranja, caldo tibio sin grasa.

Después de estas horas puede comer:

Estracto de carne, caldo de pollo, puré de papa, de preferencia se tendrá una hoja ya impresa de las indicaciones que el paciente debe seguir: Huevos pasados con agua, dulce de leche etc.

5. - HEMORRAGIA. - Cuando nuestro paciente esté sangrando mucho después de la elaboración de nuestra extracción, por medio de una gasa obtenida

dremos una hemostasia o complexión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los - - vasos óseos sangrantes.

PASOS A SEGUIR. - Tomaremos una gasa esteril y la colocaremos en el alveolo haciendo que - nuestro paciente muerda fuerte en el transcurso de 15 a 20 minutos hasta que se forme el coágulo. Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre - de la herida, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa, impregnada de agua oxigenada, adrenalina, percloruro de hierro. Para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea puede ser impregnada previamente con vaselina. Una hemo- - rragia secundaria suele ser la que aparece algunas horas o algunos días después de la operación, puede obedecer a la caída del coágulo, después de un esfuerzo del paciente o por haber cesado la acción del vasoconstrictor.

El tratamiento a seguir será: se lava la re- gión que sangre con un chorro de agua caliente o - se hace practicar al paciente un fuerte enjuagatorio para eliminar restos de coágulo y sangre después - de que se observe el lugar por donde sale la san- - gre la hemostasis se realizará por taponamiento a - presión, con gasa. Esta presión debe mantenerse por lo menos durante media hora transcurrida la - - cual se retira la gasa con sumo cuidado.

Ejemplo de una hoja que se puede tener im- presa para las indicaciones que debe de seguir el - paciente después de la extracción.

1. - INSTRUCCIONES A SEGUIR DESPUES DE UNA EXTRACCION

1. - Morder sobre la gasa o algodón colocado en el sitio de la extracción, por un tiempo de 30 -- min. y después se desechará.
2. - No escupir, no fumar, no enjuagarse la boca ni hacer buches de ninguna solución.
3. - Reposo relativo, evitar ejercicios muy pesados por lo menos el día de la extracción.
4. - No deberá de comer nada de grasa, ni pican- - tes de 5 a 8 días, masticar cosas blandas del- - lado opuesto a la extracción.
5. - Tomar la siguiente medicina.....
.....
sin falta y siguiendo las instrucciones médicas.
6. - Después de 4 horas de la extracción usted, po- - drá llevar a cabo su higiene sin golpear el -- agua.

6. - HEMATOMA. - Consiste en la entrada, - difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El tumor sanguíneo puede adquirir un volumen considerable, por lo consiguien- - te cambios de coloración en lugar de la operación, la piel y sus vecindades, la encía que recubre la - región operatoria se pone turgente y dolorosa, las regiones vecinas acompañan la tumefacción sangui- - nea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio. El hematoma puede llegar a supurar, dando en estas -

ocasiones repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

Después de un tiempo variable y con sumamente lentitud el hematoma se absorbe; cuando supura, se trata como un absceso, induciéndole un bisturí o -- galvanocauterío. Algunas veces puede intentarse -- disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía líquida, del hematoma.

TEMA XIV
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Expuesto todo lo anterior se deduce que el Cirujano Dentista, deberá realizar la exodoncia con siente de las complicaciones que se le pueden lle gar a presentar, tratando éste de evitarlas y en -- caso de que sean inevitables el C.D. deberá tener todo lo necesario en el consultorio dental para poder solucionar dicha complicación.

El Cirujano Dentista Tiene el deber de ela-- borar una buena historia clínica al paciente, para -- que así sepa evaluar la capacidad física y mental -- que tiene el paciente para resistir el tratamiento -- dental.

Y para eso tomaremos los siguientes concep tos, como base para tener un buen criterio profesional:

Tener idea de lo que vamos a realizar
Observar siempre un buen carácter
Tener confianza uno mismo y saberla dar
al paciente
Nuestro paciente se le trate como un amigo
Ser honrado con uno mismo, responsable y
querer a nuestra carrera profesional.

Y por último, que nuestra carrera no termi na con la presentación de un examen profesional, -- sino se inicia, con este sin número de problemas -- que tenemos que resolver.

BIBLIOGRAFIA

1. - CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES
Pichler Hans
Editorial Labor
México
2. - ANESTESIA ODONTOLOGICA
Miels Bjorn y Jess Hayden Jr.
Editorial Interamericana.
3. - CIRUGIA BUCAL
Archer Harry W.
Editorial Mundi.
Buenos Aires Argentina
4. - CIRUGIA BUCAL
Ries Centeno Guillermo A.
El ateneo
Buenos Aires Argentina.
5. - MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA
Laboratorios Winthrop
Laboratorios Astra.
6. - CIRUGIA BUCAL
Thoma Kurt Herman
Uteha
México.
7. - ANESTESIA Y ANALGESIA
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Editorial Interamericana.

8. - GENERALIDADES SOBRE EXODONCIA.

Dr. Mario Arguello

Tesis

1959