

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONCEPTOS GENERALES DE EXODONCIA

T E S I S

Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

LETICIA BECERRIL CASTILLO

Director de Tesis: Roberto Hernández Pineda



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

INTRODUCCION

CAPITULO I DESCRIPCION ANATOMICA DEL
MAXILAR Y MANDIBULA

CAPITULO II HISTORIA CLINICA

CAPITULO III TECNICAS DE ANESTESIA MA-
XILAR Y MANDIBULA

CAPITULO IV INDICACIONES DELA EXODONCIA

CAPITULO V CONTRAINDICACIONES DE LA --
EXODONCIA

CAPITULO VI ACCIDENTES DE LA ANESTESIA

CAPITULO VII ACCIDENTES DE LA EXODONCIA

CAPITULO VIII INSTRUMENTAL

CAPITULO IX TECNICAS DE EXODONCIA
(INTRAALVEOLAR Y TRANSALVEOLAR)

CAPITULO X CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

Aunque la Extracción Dental es una de las más frecuentes y antiguas operaciones quirúrgicas veremos que se siguen tomando en cuenta los principios básicos de la exodoncia para llevar con éxito nuestra remoción de dientes individuales.

Por lo que empezaremos desde las generalidades de los maxilares anatómicamente, pasaremos a la Historia Clínica y Rx ya que sin ellos no podríamos valorar la salud general de nuestro paciente.

No podemos dejar de mencionar las técnicas, indicaciones, contraindicaciones y accidentes de la Anestesia como de la Exodoncia para evitar cualquier daño o dolor innecesario.

Ya que si no tuviéramos cuidado de seguir estos pun

tos estaríamos faltando a los principios básicos de la Odontología Integral que es lograr el objetivo de una salud e higiene bucal adecuada.

Las técnicas que se mencionan serán las tradicionales tanto la Intraalveolar y la Extraalveolar; que no podrían faltar en esta tesis así como el Instrumental necesario y adecuado para efectuar la extracción.

No podemos pasar por alto los Cuidados Posoperatorios que son tan importantes para el buen restablecimiento del paciente.

C A P I T U L O I

DESCRIPCION ANATOMICA DEL MAXILAR SUPERIOR

Hueso par de forma cuadrilátera, ligeramente aplana da de fuera adentro, presenta una cara interna, otra externa, cuatro bordes y cuatro ángulos.

CARA INTERNA.

Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores una eminencia transversal, la apófisis palatina, la cual, articulándose en la línea media con la del lado opuesto, forma un tabique transversal que constituye a la vez el suelo de las fosas nasales y la bóveda palatina. En su parte anterior se ve el conducto palatino anterior.

Por debajo de la apófisis palatina, la cara interna forma parte de la bóveda palatina. Por encima de la apófisis palatina presenta sucesivamente, siguiendo de atrás a adelante:

- 1.- Rugosidades, para el palatino;
- 2.- El orificio del seno maxilar.
- 3.- El canal nasal.
- 4.- La apófisis ascendente del maxilar superior.

2° Cara Externa.

Encontramos primero, en su parte anterior y a nivel de los incisivos, la fosita mirtiforme, limitada por detrás - por una eminencia longitudinal, llamada eminencia canina. Toda la parte restante de la cara externa está ocupada por una gran eminencia transversal, que es la apófisis piramidal del maxilar superior su base forma cuerpo con el hueso; su vértice, rugoso se articula con el hueso molar; su cara superior, plana, forma parte del suelo de la órbita (en ella se ve el canal suborbitario); su cara anterior presenta el agujero suborbitario (pasa el nervio del mismo nombre); su cara posterior ligeramente convexa forma parte de la fosa cigomática -- (se ven en ella los agujeros dentarios posteriores (pasan los nervios del mismo nombre). Su borde inferior, cóncavo y redondeado se dirige hacia el primer molar su borde anterior -- forma parte del reborde orbitario; su borde posterior corresponde al ala mayor del esfenoides (formando la hendidura esfenomaxilar).

3° Bordes

Se distinguen en ant. post. superior e inferior.

El borde anterior, muy irregular presenta de abajo a arriba: la semiespina nasal anterior, la escotadura nasal - que corresponde al orificio anterior de las fosas nasales) y el borde ant. de la apófisis ascendente. El borde post. --- grueso y redondeado constituye la tuberosidad del maxilar. Libre por arriba, se articula por su parte inf. con la apófisis pterigoides del esferoides y con la porción vertical del palatino (entre la tuberosidad, y este último hueso se encuentra el conducto palatino posterior). El borde sup. muy delgado - se articula en el unguis el hueso plano del etmoides y la apófisis orbitaria del palatino. El borde inf. o borde alveolar presenta los alvéolos de los dientes, cavidades más o menos - espaciosas, simples o tabicadas.

4° Angulos

Son el número de cuatro:

Anterosuperior, anteroinferior, posterioresuperior. Los tres últimos no ofrecen ninguna particularidad. El ángulo superior está representado por la apófisis ascendente del maxilar superior. Su base forma cuerpo con el hueso; su vértice, rugoso, se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal; su cara interna forma parte de las fosas nasales; su cara externa, lisa, da inserción a diversos músculos; su borde anterior, rugoso, se articula con los huesos propios de la nariz; su borde posterior limita por dentro del contorno de la órbita (en este borde se ve un canal que contribuye a formar, con el unguis, el canal lacrimonasal.

5° Conformación anterior.

Seno Maxilar.- El maxilar sup. está formado casi exclusivamente de tejido compacto; solo hay una pequeña masa de tejido esponjoso en la parte anterior de la apófisis palatina, en la base de la apófisis ascendente y a nivel del borde alveolar. En el centro del hueso se halla una vasta excavación de la misma forma general que el hueso; el llamado seno maxilar o Antro de Highmore, tiene la forma de una pirámide cuadrangular, cuyo vértice corresponde al vértice de la apófisis piramidal y cuya base corresponde a su orificio de entrada.

DESCRIPCION ANATOMICA DE LA MANDIBULA.

Hueso impar medio simétrico, situado en la parte inferior de la cara forma por sí sólo la mandíbula. Se divide en dos partes, una parte media o cuerpo y dos partes laterales o ramas.

Cuerpo.

Tiene forma de herradura y es cóncavo. Tiene una ca

ra ant. otra post. y dos bordes uno superior y otro inferior.

Cara anterior.- En la línea media presenta la sínfisis mentoniana a la derecha e izquierda de esta la línea oblicua externa un poco encima de esta línea a nivel del segundo premolar, el agujero, por el cual pasan el nervio y los vasos mentonianos.

Cara posterior.- En la línea media presenta 4 eminencias dispuestas dos a dos las Apófisis Geni (las dos superiores para los genioglosos y las dos inferiores para los genihioideos); la línea oblicua interna o milohioidea es una línea oblicuamente ascendente.

Por encima de esta línea y un poco por fuera de las apófisis geni, la fosita sublingual (para la glándula del mismo nombre); por debajo de esta misma línea y a nivel de los dos o tres últimos molares, la fosita submaxilar (para las glándulas del mismo nombre).

c) Borde superior o alveolar.- Está ocupado por las cavidades alveolodentarias (para la implantación de los dientes).

d) Borde inferior.- Redondeado y obtuso, presenta en su parte interna, inmediatamente por fuera de la sínfisis, la fosita digástrica (para el mismo músculo del mismo nombre). En su parte externa, lugar donde comienzan las ramas, se encuentran ordinariamente un pequeño canal, por el cual pasan la arteria facial.

Ramas.-

Son cuadriláteras, más anchas que altas, y están oblicuamente dirigidas de abajo y arriba y de delante atrás. Cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes.

La cara externa, plana presenta líneas rugosas para el masetero.

La cara interna presenta en su centro el orificio - sup. del conducto dentario (para el nervio y los vasos dentarios inf.). En el borde de este orificio, por delante y de bajo del mismo, se encuentra una laminilla ósea triangular, - la espina de Spix. De la parte posteriorinferior de este orificio parte un canal oblicuamente descendente, el canal milohioideo (pasa el nervio y los vasos milohioideos). Toda la parte inf. de esta cara está sembrada de verrugosidades para la inserción del pterigoideo int.

B. Bordes.- Se divide en anterior, posterior, superior e inferior, ligeramente encorvado en forma de S itálica, redondeado y obtuso, está en relación con la parótida (borde parotídeo). El borde superior presenta, en su parte media, - una gran escotadura llamada sigmoidea por la cual pasan el -- nervio y los vasos masetérinos. Por delante de esta escotadura se levanta una eminencia laminar en forma de triángulo, -- llamada apófisis coronoides (para el músculo temporal).

Por detrás de la escotadura sigmoidea se encuentra una segunda eminencia, el cóndilo del maxilar; es elipsoide, aplanado de delante atrás, y con su eje mayor dirigido oblicuamente de fuera adentro y de delante atrás; está sostenido por una porción más estrecha, el cuello, en cuyo lado interno se encuentra una depresión rugosa para el pterigoideo externo. El borde inf. se continúa directamente con el borde inf. del cuerpo. El punto saliente en que se encuentra, por de---trás, el borde posterior de la rama, constituye el ángulo del maxilar o ángulo mandibular.

Conformación Interior.

Conducto Dentario Inf.- La mandíbula está constituida por una masa central de tejido esponjoso circunscrita en toda su extensión por una cubierta muy gruesa resistente de tejido compacto. Recorre cada una de sus mitades un conducto, el conducto dentario inf. que comienza en la espina de --

Spix, se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el segundo premolar, dividiéndose en este punto en dos ramas: -- una externa (conducto mentoniano), y otra interna (conducto incisivo), que termina debajo de los incisivos.

C A P I T U L O I I

HISTORIA CLINICA

Es un registro clínico de datos patológicos y no patológicos con el objeto de establecer un diagnóstico, sentar un pronóstico para llegar a un tratamiento.

La clínica analiza la enfermedad pero siempre en relación con el enfermo que la padece ya que se dice que no hay enfermedades si no enfermos que la padecen.

Todo esto nos lleva a un criterio clínico que es la base para emitir un buen diagnóstico sobre el paciente en cuestión y el pronóstico de vida del mismo.

La Historia Clínica se divide en dos:

El Interrogatorio y el Examen Clínico.

a).- El interrogatorio.- Requiere una habilidad especial del profesional que lo ejecuta, dejar hablar pero orientar al paciente para evitar que divague, es una táctica de suma utilidad.

El interrogatorio debe ser muy variado y detallado y su valor es tal que en la mayoría de los casos después de rea-

licarlo es posible insinuar una presunción diagnóstica, por motivos fáciles de comprender, a veces es necesario consultar con amistades del paciente (familiares o no).

El interrogatorio puede dividirse en:

- I.- Antecedentes Hereditarios y Personales.
- II.- Enfermedad actual o próxima.

A pesar de que en las historias clínicas se comienza por los antecedentes personales y hereditarios, el enfermo desea naturalmente que el profesional se entere ante todo del motivo de consulta, debe permitirse al enfermo al menos en parte, explicar su enfermedad actual sobre la que luego se insistirá con detalles.

En hospitales y clínicas es habitual iniciar la historia por la enfermedad actual continuando después con los más datos.

I.- Antecedentes Hereditarios y personales.- La Anamnesis llamada remota que comprende datos personales, familiares y otros que puedan ser de valor en la presunción diagnóstica. Con respecto a los antecedentes familiares se insistirá sobre enfermedades o causas de fallecimiento de los padres, hermanos, abuelos, esposa e hijos, ya que existen muchos procesos displásicos (malformativos), de tipo familiar que siguen las leyes de herencia, enfermedades crónicas en los padres como la sífilis o intoxicaciones como la drogadicción y el alcoholismo, lo cual puede traer como consecuencia en sus descendientes alteraciones mórbidas.

Por supuesto, no debe dejar de preguntarse sobre los antecedentes diabéticos en los familiares, proceso que favorece la aparición de una patología abundante.

Otras enfermedades como la tuberculosis, la lepra, etc. pueden ser por motivos ambientales, fuentes de contagio.

El cáncer pareciera ser frecuente en ciertas familias.

Referente a los antecedentes personales de procesos padecidos por el enfermo debe comenzarse por averiguar datos de su nacimiento. La primera infancia y la edad del desarrollo, también las enfermedades eruptivas y toda clase de enfermedad así mismo las intervenciones quirúrgicas que han sido efectuadas.

En la mujer debe investigarse el ciclo menstrual y cuando corresponde a observaciones sobre embarazos, partos y abortos. Una lactancia artificial podría ser la causa de un raquitismo en el hijo.

Los abortos espontáneos obligarían a despistar posibles infecciones sífilíticas, lo mismo que cualquiera de las infecciones de tipo sistémico.

Se debe interrogar sistemáticamente sobre funciones gastrointestinales, cardiovasculares y sobre caracteres psíquicos del enfermo.

Por último una serie de datos personales puede ser de mucho valor para una orientación diagnóstica citando entre ellos las residencias anteriores, profesionales u oficios desempeñados, raza, edad, sexo, estado civil, etc.

Se destaca en primer lugar las residencias anteriores, pues hay enfermedades infecciosas como por ejemplo las micosis profundas que sólo es posible padecerlas si se ha recibido en regiones endémicas.

Las profesiones u oficios desempeñados pueden dar motivo a la enfermedad por lo que se consulta al especialista (plomeros, mineros, radiólogos, etc.) La raza pues hay procesos que atacan exclusivamente o con gran predilección a ciertas razas, por ejemplo: los negros e indígenas son más propensos a la tuberculosis que los blancos. La raza judía tiene -

predisposición para cierto tipo de enfermedades como por ejemplo: el péñfigo, diabetes, enfis. sistémicas; ciertas enfermedades se producen en edades especiales o en determinados sexos. El cáncer es más frecuente en la edad madura.

Ciertas enfermedades atacan solo a los hombres, por ejemplo, algunas micosis y el cáncer en labio, así como ciertos cánceres en la mujer.

Existen algunas afecciones denominadas conyugales, otras por el medio ambiente, así como originadas por hábitos higiénicos y alimenticios, pues son de primordial importancia en las enfermedades carenciales.

Enfermedad actual o próxima.- Es parte fundamental del interrogatorio y corresponde:

- 1.- La enfermedad por la que se consulta, y
- 2.- El interrogatorio sobre el estado de los diversos aparatos y sistemas del organismo de posible relación con la enfermedad actual.

Con respecto a los antecedentes personales mórbidos de la enfermedad actual debe comenzarse con la época de iniciación del proceso para continuar con sus síntomas, evolución de los mismos, tratamientos efectuados y acción de aquellos, por último investigar la evolución de la enfermedad.

Importante síntoma estomatológico lo constituye el dolor que según su ubicación se denominará odontalgia, cefalalgia, etc.

Son también signos pero al mismo tiempo síntomas la hemorragia y la halitosis. Es de valor averiguar la influencia de las medicaciones instituidas hasta el momento por el carácter evolutivo, ésta igualmente es de gran valor diagnóstico.

Finalizado el interrogatorio sobre la enfermedad actual se realiza el referente a diversos aparatos y sistemas del organismo que permitirá descubrir algunos síntomas de su proceso que el enfermo subestima averiguando para ello los posibles trastornos digestivos, respiratorios, circulatorios, genitourinarios, etc., también variaciones en su peso, apetito, sueño y vitalidad a veces se descubren importantes carencias alimenticias e higiénicas, que son eventualmente causantes de enfermedad, además el interrogatorio nos informará del estudio de conciencia e inteligencia del paciente.

GUIA PARA EL INTERROGATORIO.

Su elaboración puede llevarse a cabo durante 15 ó 20 min., no requiere de un local especial y el material necesario se limita a báscula y baumanómetro y el instrumental del 1x4.

El estudio debe ser ordenado y sistemático, siguiendo un orden casi rutinario para la repetición se facilite más.

DATOS GENERALES.

Nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, origen y dirección, teléfono. Dentro de este grupo el origen puede tener importancia para orientar el diagnóstico, o hace sospechar ciertas enfermedades.

ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS.

Los padecimientos que más interesan son los que tienen un carácter hereditario bien demostrado o los que traducen una tendencia familiar definida a un cierto tipo de patología. Por ejemplo, la diabetes Mellitus, una de las enfermedades hereditarias más importantes, primero por su frecuencia (2% población general) y segundo porque se acompaña siempre de lesiones bucales y dentarias que son muy precoces.

Las enfermedades hemorragíparas, con sus características peculiares de transmisión (hemofilia), constituyen un grupo que tiene interés práctico especial por el riesgo de sangrado que tienen estos pacientes.

También la obesidad y el grupo de padecimientos cardiovasculares en forma sistemática.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Entre estos destaca por su relación directa con la patología oral los hábitos de nutrición, higiénicos, etc. y la historia obstrétrica en caso de paciente femenino.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Hay que obtener una enumeración rápida de las enfermedades padecidas durante toda la vida del paciente, de las operaciones que se ha sometido y de la sensibilidad a alimentos o medicamentos, ejemplo: la penicilina, la procaína o algún otro alergeno.

PADECIMIENTO ACTUAL.

En los casos que exista una enfermedad en evolución (cardiopatía) diabetes, infección crónica, etc. en el momento de la consulta de odontología es indispensable obtener un pequeño resumen que incluya en el tratamiento y los medicamentos que esté tomando actualmente.

INTERROGACION POR APARATOS.

Aparato Digestivo.- Es la deglución satisfactoria (esófago), existe dolor epigástrico, náuseas, vómito, sensación de distensión o plenitud (estómago). Hay dolor o pesadez en el cuadrante superior derecho (hígado), es normal el tránsito intestinal, existe diarrea, estreñimiento, molestias rectales, dolor abdominal bajo, sangrado en heces intestinales.

En caso de obtener un dato anormal, se interroga -- sus características, como circunstancias de aparición, duración, fenómenos acompañantes y medidas que lo modifican.

Aparato Cardiovascular.- Hay disnea, decúbito o de esfuerzo, edema, dolor precordial, opresión, palpación, cianosis. Existe cefaléa, vértigo, con los cambios bruscos de posición, epistaxis (hipertensión arterial) duelen las extremidades con el ejercicio, se enfrían, es delgada la piel (vascular periférico).

Aparato Respiratorio.

¿Hay tos, con o sin expectoración, por accesos o tosiduras, con o sin dolor torácico?

¿La expectoración es abundante o escasa, purulenta, sanguinolenta, existe disnea de esfuerzo, cianosis?

¿Se acompaña estos datos de síntomas generales: fiebre, pérdida de peso?. Casi todos los padecimientos pulmonares son graves, se acompaña de expectoración abundante, purulenta o sanguinolenta y síntomas generales.

Aparato Genital.-

Urinario.- Es normal la menstruación, su cantidad, ritmo, duración, ¿Hay flujo y con qué características?, es satisfactoria la micción, son normales las características de la orina? Los trastornos urinarios pueden detectar manifestaciones de insuficiencia renal.

Sistema Endócrino.-

¿Hay datos de diabetes como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, datos de hipertiroidismo como diarrea, temperamento más excitado, intolerancia al calor, ¿Si el corazón late más aprisa?, ¿Hiperhidrosis (sudan mucho las manos)?.

Datos de hipotiroidismo, si hay edema sin godete (mi-
xedema bradilalia, bradesiquia, intolerancia al frío. Datos -
del hipoparatiroidismo ¿Si hay contracciones esasmódicas do-
lorosas por excitabilidad muscular, hipoparatiroidismo (cólicos
y dolores óseos). El primer grupo de padecimientos es impor-
tante para el odontólogo por su frecuencia y por su lavilidad
para las infecciones y el stress que originan al enfermo. El
hiperparatiroidismo porque provoca resorción de hueso y parti-
cularmente dela lámina dura lo que pone al especialista en con-
dicionen de diagnosticar esta enfermedad. De hecho existen va-
rios casos de hiperparatiroidismo que fueron descubiertos du-
rante un examen dental.

Sistema Hematopoyético.

¿Existe anemia, astenia, palidéz, palpitaciones? ---
¿existe sangrado anormal, epistaxis, gingivorragias, sangrado
prolongado de heridas?.

Este grupo de preguntas permite identificar las ane-
mias y las enfermedades hemorragiparas que son las que más in-
teresan al odontólogo.

Sistema Nervioso.- ¿Son frecuentes los episodios de
cefaléa, que regiones afectan, se acompañan de vómito o de --
otros síntomas? ¿son normales la visión, el olfato, el gusto,
la audición, el tacto?, ¿hay transtornos de la sensibilidad o
de la movilidad?, ¿existe disminuciones de la memoria, de la
orientación, de la ideación o de la coordinación?; se conside-
ra una persona nerviosa? Hay que observar los músculos mase-
teros si están en tensión y si aprieta los dientes es una per-
sona neryiosa, estas preguntas no constituyen un interrogato-
rio nervioso, pero abarcan los transtornos más característi-
cos de las lesiones a nivel central o periférico y permiten -
seleccionar al paciente para un estudio especializado.

Estudio Psicológico.-

Este estudio ofrece siempre muchas dificultades especialmente cuando este tiempo disponible es limitado. Por lo tanto es preferible preguntar directamente si existen conflictos familiares matrimoniales, ocupaciones, económicos, ambientales y completar la impresión con una apreciación subjetiva de la conducta del enfermo durante la consulta.

En muchos casos, en el tratamiento tendrán que adaptarse el estado emocional del paciente.

Sistema Endócrino.- Hay datos de diabetes como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, datos de hipertiroidismo como diarrea, temblor digital, temperamento más exitado, intolerancia al calor, ¿si el corazón late más aprisa?.

DIAGNOSTICO.

Es el arte de reconocer un proceso de enfermedad a partir de sus signos y síntomas; también puede significar la decisión a la que ha llegado el médico.

Se debe obtener tanta información del paciente como sea posible antes de empezar el tratamiento dental, habrá ocasiones en que la urgencia de la situación no permitirá un estudio detallado del paciente y en el que sólo podrá hacerse una historia preliminar abreviada antes de darle atención dental.

Hay casos en que los que no puede llegarse al diagnóstico hasta conocer los resultados de laboratorio o de rayos X y surgirán otros en que para establecer el diagnóstico se deberá esperar la reaparición de signos y síntomas que desaparecieron antes de que el paciente fuera visto por el dentista.

Es importante recordar que no pueda administrarse la terapéutica definitiva hasta que no se haya establecido el diagnóstico definitivo basado en historia y exploración completas.

A veces eso hará necesaria la cooperación de especialistas en los campos de la medicina y la odontología.

HISTORIA CLINICA

Cada vez que se vea a un paciente, el dentista deberá obtener una historia completa o poner al día la que se ha hecho previamente. Si el paciente tiene una queja específica, deberá ser interrogado detalladamente acerca de su duración, sintomatología, etc. La historia que se hace cuando un paciente es visto por la vez o anualmente puede ser en forma de un cuestionario sobre la salud del paciente y es luego revisado por el dentista durante su entrevista con él.

La declaración del paciente de su padecimiento principal, la historia de la enfermedad presente y la descripción de las experiencias médicas y dentales pasadas. Se revisan entonces aparatos y sistemas.

Empezaremos por cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta, cavidad bucal, cuello, se continuará con aparatos y sistemas cardiorespiratorio, gastrointestinal, genitourinario, muscular, nervioso y endocrino.

Esto es seguido por historia familiar, personal y social, que incluyen ocupación, situación socioeconómica y hábitos.

EXPLORACION FISICA.

La exploración física del paciente dental debe empezar anotando peso, estatura, temperatura, pulso, respiración y presión arterial.

Exámen bucal.- Deberá hacerse completo en cada persona. Viendo así sus membranas mucosas bucales deberán inspeccionarse y palpase.

Cuando se localice una zona anormal ya sea en área laríngea, cavidad bucal, cavidad nasal y piel, deberán anotarse con cuidado tamaño, color y otras características de manera que la información esté al alcance para poder comparar más tarde.

Los resultados deberán anotarse cuidadosamente de toda lesión después de haber sido palpado o inspeccionado.

Signos Vitales.-

Presión Arterial.- Es el signo que más se emplea para llevar control del paciente durante urgencias. La P.A. varía con la edad patología, ejercicio, estado emocional y postura del paciente. En el hombre adulto es de 120/80 aunque puede haber variaciones: Temperatura.- De 36.5°C a 37°C (depende de la actividad del paciente).

Pulso.- 80 por minuto.

Respiración.- 18-20 por minuto.

Examen Radiográfico.-

Cualquier radiografía que esté indicada, ya sean -- placas dentales periapicales, placas dentales oclusivas, laterales, de maxilares proyección de las cavidades de los senos, panorámicas o placas especiales, como tomografías o imágenes estereoscópicas.

Es importante que el material sea de buena calidad y debe observarse en seco antes de establecer el diagnóstico final.

Estudios de Laboratorio.-

Se hará cuando sea necesario basándose en los detalles de historia y exploración física.

Estos serán: Pruebas de coagulación de la sangre, -- Química sanguínea, Biometría hemática, Pruebas de susceptibilidad bacteriana para la selección de antibióticos, análisis de orina y otros. Cuando historia y exploración física indican un problema médico de tal manera que requiera de una investigación completa, el dentista general puede decidir enviar al paciente a un médico general para que prosiga la valoración del programa.

Los exámenes de laboratorio más empleados son: (cifras normales)

Tiempo de sangrado.- de 3 a 6 min. ó de 6 a 7 min.

Tiempo de protrombina.- De 12 a 16.

Biometría Hemática.

Eritrocitos.- De 5.5 millones por ml. cúbico en hombres.

De 4 a 4.5 millones por ml. cúbico en mujeres.

Leucocitos de 6 a 8 mil por ml. cúbico.

Planquetas.- De 250 000 a 600 000.

Glucosa en sangre.- De 80 a 120 miligramos, por cada litro de sangre.

Hematocrito.- 40-55

Examen de la pulpa.- El examen de la pulpa es un procedimiento que se usa frecuentemente como ayuda en el diagnóstico de la causa del dolor asociado de dientes y maxilares.

Hay varias técnicas: Para examinar la vitalidad de la pulpa. Estas incluyen el uso de hielo, calor y dispositivo eléctrico para probar la pulpa. Todos estos métodos están basados en la determinación de respuesta dolorosa a la aplicación de un estímulo. Una respuesta positiva indica la presencia de nervios que están funcionando.

C A P I T U L O I I I

TECNICAS DE ANESTESIA

Los anestésicos locales son medicamentos que interfieren la conducción nerviosa cuando se aplica en concentraciones suficientes sobre el tejido nervioso.

El efecto local de los anestésicos para nosotros es de gran utilidad ya que no afecta la estructura de las células nerviosas y que al cesar su efecto los tejidos vuelven a la normalidad, así como su integridad física y funcional.

Al aplicar el anestésico al dolor es la primera sensación que desaparece, la segunda es la sensación térmica y la tercera es la del tacto.

Las técnicas más usadas para el maxilar son:

- 1.- Por infiltración o suprapariosteal.
- 2.- La infraorbitaria.
- 3.- La palatina anterior y esfenopalatino interno.
(Nasopalatino)
- 4.- La alveolar posterior o zigomática.

Técnicas de la mandíbula:

Bloqueo del Nervio Dentario Inferior.

Bloqueo del Nervio Mentoniano e Incisivo.

Bloqueo del Nervio Lingual.

La técnica supraperiostica.- Esta técnica se obtiene inyectando la solución anestésica a través de la membrana mucosa y depositándola sobre el periostio en proximidad con los --ápices de los dientes. Esta técnica se utiliza solamente para el bloqueo de los dientes del maxilar ya que su estructura porosa permite que el anestésico penetre hacia el ápice de los --dientes.

La técnica Infraorbitaria.- En ésta se va a aneste--sizar el nervio infraorbitario rama del maxilar y sus ramas ter--minales que son palpebral, nasal interna y nasal externa, la--bial superior. Esta técnica la empleamos para bloquear el ner--vijo de los incisivos anteriores, caninos, premolares. Para --llevar a cabo este bloqueo tomamos como referencia el agujero infraorbitario que se localiza por palpación por abajo de la --escotadura infraorbitaria. (A un centímetro del ala de la na--riz y a nivel de la pupila (Se puede hacer un tramo vertical --a nivel de la línea media de la pupila y una horizontal a ni--vel del ala de la nariz donde sea el punto medio ahí estará lo--calizado el agujero infraorbitario).

La punción la podemos hacer a través del pliegue de la mucosa bucal manteniendo el dedo índice sobre el agujero in--fraorbitario no debiendo introducir la aguja y depositar el --anestésico lentamente.

Técnica Palatina Anterior.- Este nervio da sensibili--dad a la mitad de la bóveda del paladar y a los cornetes de la nariz. El bloqueo se realiza cuando el nervio sale del agujero palatino anterior; tomamos como referencia el segundo molar introducimos la aguja más o menos a 1 cm. de la línea de la en--fía o borde gingival y hacia la parte media del paladar. Cuan--

do se observa que la mucosa palidece, generalmente no se inyectan más de 0.5 ml.

Técnica del Nervio Nasopalatino.- Da sensibilidad al tabique de la nariz y a la parte anterior del paladar, para su bloqueo tomamos como referencia un punto situado a un cm. por encima y detrás de la línea gingival sobre la línea media y -- atrás de los incisivos centrales introducimos la aguja y colocamos el anestésico lentamente hasta que la mucosa palidece -- también se debe de depositar 0.5 ml. (podría haber necrosis de hueso). Se bloquean los incisivos tanto centrales, laterales y caninos.

Técnica Alveolar Posterior o Cigomática.- Técnica.- Para molares. El nervio alveolar llamado también dentario posterior es rama del maxilar superior y pasa a inervar los molares por la cara cigomática de la tuberosidad del maxilar.

Para llevar a cabo esta técnica tomamos como referencia el último molar y el borde gingival del primer molar inferior introducimos la aguja en el fondo del saco en la región de molares y la dirigimos en un ángulo de 45°C más o menos hacia la parte posterior y hacia arriba y con una profundidad de 2 ó 3 cm. aplicando el anestésico lentamente, con este bloqueo se pueden hacer extracciones de molares y premolares combinados con el palatino ant.

TECNICAS DE LA MANDIBULA:

BLOQUEO MANDIBULAR (N. DENTARIO INFERIOR)

BLOQUEO DEL N. MENTONIANO E INCISIVO.

BLOQUEO DEL N. BUCAL.

BLOQUEO DEL N. DENTARIO INFERIOR.- En la mitad de la rama ascendente de la mandíbula por su capa interna en la región del conducto dentario y cerca de la Espina de Spix debido a la consistencia compacta del hueso de la mandíbula; la

anestesia por infiltración no se puede llevar a cabo teniendo que usar una técnica regional.

Depositando la solución anestésica cerca del conducto dentario produciremos la anestesia de este nervio y de sus ramas incisivas y labial.

Los puntos de referencia son el margen anterior de la rama, ascendente de la mandíbula, la línea milohioidea u oblicua interna y los dientes premolares del lado contrario que se va a anestesiar.

Colocamos el dedo índice en el margen externo de la rama ascendente, llevamos la aguja hacia la mitad de la mandíbula y más o menos a 1 cm. arriba de la cara oclusal del último molar. Colocamos la jeringa (cuerpo de la misma) sobre la cara oclusal de los premolares del lado contrario que vamos a anestesiar, introducimos la aguja hasta quedar cerca del agujero dentario depositando ahí la solución anestésica lentamente.

En los ancianos y en los niños el agujero dentario lo localizaremos a nivel de las caras oclusales de los molares.

TECNICA DEL NERVIO MENTONIANO.- El nervio mentoniano e incisivo son la rama terminal del dentario inferior, el nervio Mentoniano emerge por el agujero Mentoniano que se encuentra situado más o menos a la mitad de la cara externa del cuerpo de la mandíbula entre el borde superior y el borde inferior y situado entre la raíz del 1° y 2° premolar, ahí depositamos la solución anestésica. Con este bloqueo llevamos a cabo intervenciones del primer premolar, canino e incisivo.

TECNICA DEL NERVIO BUCAL.

Se aplica la inyección aproximadamente a 1 cm. por encima del plano oclusal y a pocos mm. del borde anterior de la mandíbula por donde pasa el nervio bucal. Dirigiéndose hacia abajo, adelante y afuera después de haber salido entre las dos porciones del músculo pterigoideo externo.

C A P I T U L O I V

INDICACIONES PARA LA EXODONCIA

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

- 1.- La Patología Pulpar.- Sea aguda o crónica, en un diente que no es compatible con terapéutica endodóntica condena a dicho diente. Un diente imposible de restaurar con procedimientos periodontales, puede clasificarse en esta categoría, incluso cuando no sea demostrable patología pulpar alguna.
- 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 alveolo a veces van más allá de cualquier posible -- reparación. Muchos dientes en la línea de fractura del maxilar se extraen para tratar el hueso fracturado.
- 4.- Los dientes Impactados o Supernumerarios frecuentemente no toman su lugar en la línea de -- oclusión.

- 5.- Consideraciones ortodónticas pueden requerir la extracción de dientes brotados, en erupción, y dientes caducos retenidos mucho tiempo.
- 6.- Los dientes desvitalizados son focos posibles - de infección por lo que hay que controlar radiográficamente.
- 7.- Las consideraciones protéticas pueden requerir la extracción 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 (quistes, - osteomielitis, tumores).

C A P I T U L O V

CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA

Pocas ocasiones son contraindicaciones absolutas para la extracción de dientes. Se han extraído dientes en presencia de todo tipo de complicaciones, por necesidad. En estas situaciones, es necesario preparar más al paciente para evitar lesión o muerte o para lograr la curación de la herida local.

La intervención quirúrgica de cualquier tipo, incluyendo exodoncia, puede activar enfermedades generalizadas y locales, por tanto se proporcionará una lista de contraindicaciones relativas. En ciertos casos, estas afecciones se vuelven contraindicaciones absolutas.

CONTRAINDICACIONES LOCALES.- Se asocian principalmente a infección y en menor grado a enfermedad maligna.

1.- La infección aguda con celulitis no controlada debe controlarse de manera que no se extienda aún más. Este orden de acontecimientos tomaba mucho más tiempo que el procedimiento actual de extraer el diente en cuanto el nivel sanguíneo adecuado de algún antibiótico específico haya controlado los factores generalizados.

2.- Pericoronitis aguda.- Se maneja más conservadamente que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área, al hecho de que el área del tercer molar tenga un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos del cuello, y al hecho de que la extracción de este diente es un procedimiento muy complicado que incluye osicección.

3.- La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad lábil, debilitante y dolorosa complicada por exodoncia.

4.- La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor y falta de curación de la herida local.

5.- Los maxilares radiados pueden desarrollar radioosteomielitis aguda después de la extracción por falta de aporte sanguíneo. La afección es muy dolorosa y puede terminar en muerte.

CONTRAINDICACIONES GENERALES.- Cualquier enfermedad o malfunción generalizada puede complicar una extracción o ser complicada por ella. Estos padecimientos son demasiado numerosos para poder enumerarlos. Algunas de las contraindicaciones relativas más frecuentes son las siguientes:

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 cardíaca, pueden complicar la exodoncia. El manejo puede requerir la ayuda de un médico.

3.- Las discrasias sanguíneas incluyen anemias simples y graves, y enfermedades hemorrágicas como Hemofilia y las leucemias. La preparación para la extracción varía considerablemente según los factores subyacentes.

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. El paciente que haya sido tratado por cualquier enfermedad con terapéutica de esteroides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteroides durante un año, puede no tener suficiente secreción de corteza suprarrenal para soportar la situación de esfuerzo de una extracción, sin tomar esteroides adicionales.

6.- La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción. Una posibilidad sería una endocarditis bacteriana subaguda no diagnosticada, y padecimiento que se complicaría considerablemente con una extracción.

7.- La nefritis que requiera tratamiento puede crear un problema formidable al preparar al paciente para exodoncia.

8.- El embarazo sin complicaciones no constituye mayor problema. Deberán tomarse precauciones para evitar la tensión. Aunque los ginecólogos, mantienen opiniones diferentes con respecto al momento en que deben hacerse las extracciones, pero generalmente prefieren que las extracciones necesarias se realicen en el 2º trimestre de embarazo. La menstruación no representa contraindicación, aunque la exodoncia 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.

9.- La senilidad es una contraindicación relativa -- que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica deficiente a la cirugía y un equilibrio negativo de nitrógeno prolongado.

10.- Psicosis y neurósis reflejan inestabilidad ner
viosa que complice la exodencia.

C A P I T U L O I V

ACCIDENTES DE LA ANESTESIA INFILTRATIVA

(LOCAL Y TRONCULAR)

A) DOLOR.- Al realizar una inyección, la aguja puede tocar un nervio, originándose por este motivo dolor de distinta índole, intensidad, localización o irradiación, dolor que puede persistir horas o días.

Este dolor se puede deber a inyecciones con agujas sin filo, que desgarran los tejidos, y la introducción de las soluciones anestésicas muy calientes o muy frías, no isotónicas, o demasiado rápido. El desgarre es causa de molestias -- postoperatorias de intensidad variable.

B) LIPOTIMIA, SINCOPE.- La etiología de este accidente es la falta de glucosa al cerebro, siendo el miedo la causa originaria. La adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante, entra en juego la patología cardíaca del paciente. Es un accidente frecuente; durante la realización de la anestesia o algunos minutos después, el paciente traza el cuadro clásico ya descrito: palidez, taquicardia, sudores, fríos, nariz afilada, respiración ansiosa; de este estado el paciente puede recuperarse en pocos minutos o entrar en un cuadro más serio, felizmente poco común, el síncope. el pulso se hace filiforme o imperceptible, la respira--

ción angustiosa o entrecortada. El fenómeno puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestesia local, pero es más común en el curso de la troncular. La inyección del líquido anestésico en un vaso sanguíneo hace más importante la gravedad del cuadro.

Tratamiento.- De la lipotimia; Dos tipos de tratamiento: el que podemos llamar preventivo y el del accidente.

El preventivo se encuadra en este concepto: debemos pensar que con cualquier paciente puede originarse la lipotimia o el síncope, debiendo tomar en cada caso las medidas de precaución necesarias para evitar el accidente: sentar cómodamente al paciente, aflojando sus prendas, para favorecer la circulación; comprobar que la aguja no ha entrado en un vaso; inyectar lentamente (sobre todo la troncular). Siguiendo estas normas, se evitarán muchos disgustos. Por lo general no conocemos el estado del aparato circulatorio de nuestros pacientes a muchos de ellos los vemos por primera vez en el acto quirúrgico.

Será una sabia medida de precaución la inyección de dos a tres gotas de anestesia y esperar dos o tres minutos antes de realizar la inyección completa. Muchos cardiacos pueden ser anestesiados haciendo muy lentamente una inyección -- sin adrenalina; hay pacientes sensibles o alérgicos a la novocaína que necesitan unas gotas previas para comprobarse se desencadenan los síntomas de su afección.

El tratamiento del accidente depende de su tipo; lipotimias fugaces desaparecen recostando al paciente con su cabeza más baja que su cuerpo, pero no mucho. Daremos una taza de café, unas gotas de amoniaco, poción Tood, o haciéndole aspirar sales aromáticas. Los casos más serios requieren una inyección de cafeína. En pacientes nerviosos pusilánimes o con antecedentes de accidentes de este tipo, en el curso de una inyección anestésica, será útil y recomendable la narcosis

dación.

Por lo que siempre se hará lenta la administración de la inyección.

C) ROTURA DE LA AGUJA DE INYECCION.- Es un accidente raro, la prevención de este accidente se realiza usando -- agujas nuevas, no oxidadas, de buen material.

Se consideran dos razones para la ruptura de las -- agujas: movimientos intempestivos del paciente y contracción; como su fascia externa es rígida, ésta actúa como punto de -- apoyo para doblar y romper la aguja.

Tratamiento.- Cuando el tratamiento es inmediato, - la extracción de la aguja rota durante la anestesia local se reduce a una incisión a nivel del lugar de la inyección y disección de los tejidos con un instrumento romo, hasta encontrar el trozo fracturado y extracción del mismo con una pinza de disección, cuando ha pasado un tiempo después del accidente, deberá investigarse radiográficamente, la ubicación de la aguja, empleando para ello puntos de referencia sobre todo en maxilares desdentados.

La extracción de la aguja para anestesiar trancular, rota a nivel dela cara interna del maxilar, requiere de un -- procedimiento más complicado. Cuando el instrumento ha desaparecido en los tejidos no es fácil encontrarlo y ubicarlo y por lo tanto extraerlo.

Para localizarlo deben tomarse unas radiografías de perfil y otra de frente.

Con una aguja guía *colocada según la misma técnica que se usó anteriormente. A nivel donde presumimos se encuentra el extremo anterior de la aguja fracturada, se traza una incisión vertical que llegue hasta el objeto y se disequen -- con un instrumento romo los tejidos vecinos, cuidando de no -

profundizar más la aguja rota. Localizada y visible el extremo anterior se toma con una pinza de Kocher y se lo retira. - Si se ha llegado con la disección más atrás de la punta y se localiza la aguja, se la prende con la pinza de Kocher y se trata de llevarla en dirección anterior permitiendo que salga a través de la mucosa en la cara interna del maxilar. Cuando aparece el extremo, se toma éste con otra pinza abandonando la primera y se retira el cuerpo fracturado, la herida se cierra con uno o dos puntos de sutura, con seda o nylon.

D) HEMATOMA.- La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame, de intensidad variable, sobre la región inyectada. Esta complicación no es muy frecuente, porque los vasos se desplazan y no son puncionados. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios e mentoniano sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo, y tarda varios días para su resolución como los hematomas quirúrgicos. Como estos, el accidente no tiene consecuencia a no ser la infección del hematoma.

E) PARALISIS FACIAL.- Este accidente ocurre en la anestesia del dentario inferior cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotidéo del hueso, inyectando la solución en la glándula parótida. Tiene todos los síntomas de la parálisis de Bell; caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular, además de la caída y desviación de los labios. - Es sin duda un accidente alarmante del cual el paciente por lo general no se percibe, pero lo advierte el profesional. La parálisis felizmente es temporaria y dura el tiempo que persiste la anestesia. No requiere de ningún tratamiento.

F) ISQUEMIA DE LA PIEL DE LA CARA.

En algunas oportunidades, a raíz de cualquier anestesia se nota sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez debidas a isquemia de esta región. Está originada por la penetración y transporte de la solución anesté-

sica con adrenalina, en la luz de la vena. La adrenalina ocasiona la vasoconstricción a la cual se debe la isquemia. No requiere ningún tratamiento.

G) INYECCION DE LAS SOLUCIONES ANESTESICAS EN ORGANOS VECINOS.

Es un accidente no muy común. El líquido puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestesia del nervio maxilar superior no origina inconvenientes. La inyección de la órbita, durante la anestesia de los nervios dentarios anteriores o maxilar superior ocasiona diplopía, exoforia o isoforias, que duran lo que el efecto anestésico.

No requiere de ningún tratamiento.

ACCIDENTES MEDIATOS.

A) PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA.

Después de la inyección del dentario inferior puede ocurrir que la anestesia se prolongue por el espacio de dos días, semanas y aún meses. Esta complicación se debe, cuando no es de origen quirúrgico al desgarre del nervio por agujas con rebabas, o la inyección del alcohol junto con la novocaína; este alcohol es el residuo que puede quedar en la jeringa, en aquellos casos en que se acostumbra conservar estos instrumentos en ese material. Método de esterilización y conservación del instrumental que está reemplazado por más científicos y actuales.

Tratamiento.- No hay tratamiento más eficaz para esta complicación que el tiempo. El nervio regenera lentamente y después de un período variable se recupera la sensibilidad. Es útil el uso de antineuríticos (B₉ y P₁₂).

B) INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNCION.

Las inyecciones en la mucosa bucal pueden acompañar

se de procesos infecciosos a su nivel; la falta de esterilización de la aguja o del sitio de punción son los culpables. En algunas ocasiones, en punciones múltiples, se originan zonas dolorosas e inflamadas. La inyección séptica a nivel de la espina de Spix, ocasiona trastornos más serios, abscesos y -- flemones, acompañados de fiebre, trismus y dolor. El tratamiento de estas complicaciones consiste en calor, analgésicos relajantes musculares, penicilina y abertura quirúrgica de -- los abscesos.

El trismus debe ser vencido muy lentamente, por intermedio de un abrebocas que se coloca en el lado opuesto al del absceso.

C) DOLOR.

Puede persistir el dolor en el lugar de la punción; este fenómeno se observa en la anestesia troncular del dentario inferior cuando la aguja ha desgarrado o lesionado el --- periostio de la cara interna del maxilar. Las inyecciones subperiósticas suelen ser acompañadas de dolor, que persiste en algunos días. Lo mismo sucede con la inyección anestésica en los músculos. La lesión de los troncos nerviosos por la punta de la aguja, origina también neuritis persistentes.

El tratamiento puede realizarse con onda corta, infrarojos y vitamina B₁ y B₁₂.

C A P I T U L O V I I

ACCIDENTES DE LA EXODONCIA

Las complicaciones de la extracción dental son muchas y muy variadas y algunas pueden ocurrir aún cuando se emplee mucho cuidado.

Otras se pueden evitar si el plan de tratamiento diseñado para tratar con las dificultades disgnosticadas, durante un cuidadoso exámen preoperatorio es llevado a cabo por un operador que se apegue a principios quirúrgicos correctos durante la exodoncia.

Posibles complicaciones:

Fracaso en:

Asegurar el diente, ya sea con fórceps o elevadores.

Fractura de:

Corona del diente al ser extraído.

Rafces del diente al ser extraído.

Hueso alveolar

Tuberculosis del Maxilar

Dientes adyacentes u opuestos
Mandíbula

Dislocación:

Dientes Adyacentes
Articulización Temporomandibular

Desplazamiento de una Raíz:

Dentro de los tejidos Blandos
Dentro del seno Maxilar
Bajo anestesia general en el sillón dental

Hemorragía Excesiva:

Durante la extracción dentaria
Postoperatorio

Daño o lesiones a:

Encias
Labios
Nervio Dentario Inferior o cualquiera de sus -
ramas.
Lengua y Piso de la Boca

Dolor postoperatorio debido a:

Daño a los tejidos duros o blandos
Osteomielitis agudas de la Mandíbula
Artritis traumática de la Articulación Temporo
mandibular.

Inflamación postoperatoria debida a:

Edema
Formación de Hematoma
Infección
Trismo

La creación de una comunicación Bocoantral
Síncope
Paro Respiratorio
Paro Cardíaco
Urgencias anestésicas

El fracaso de asegurar la anestesia es debido generalmente a una técnica de dosis insuficiente del agente anestésico. Es imposible extraer correctamente un diente si tanto el operador como el paciente no tienen completa confianza en la anestesia bajo la cual se va a realizar la operación. - Un anestesista adiestrado asegurará ésto cuando se administra un anestésico general, pero cuando se emplea anestésico local, se debe probar la eficacia de éste que aún cuando pueda sentir presión no debe sentir ninguna sensación táctil, se introduce una sonda roma dentro del surco gingival en las superficies bucal y lingual del diente por extraer. Si el paciente no siente nada la anestesia esta asegurada. Si siente presión pero no dolor la analgesia se ha obtenido, pero el dolor indica que se requiere otra inyección de anestésico local.

Si un diente se resiste a la aplicación de una fuerza razonable ya sea con fórceps o con el elevador se debe dejar el instrumento y buscar la razón de la dificultad. (en muchos casos será mejor la extracción por disección).

La Fractura de la Corona de un diente.- Durante la extracción puede ser inevitable si el diente está debilitado, ya sea por caries o por una restauración amplia. Sin embargo, casi siempre es debida a la aplicación inadecuada del fórceps al diente, colocándo los bocados de éste sobre la corona en lugar de la raíz o cuerpo radicular, o con su eje longitudinal perpendicular al del diente.

Si el operador escoge un par de fórceps cuyos bocados sean muy anchos y solo dan un punto de contacto el diente

se puede colapsar al sujetarlo. Si el mango del fórceps no se mantiene firmemente los bocados se pueden resbalar fuera de la raíz y fracturar la corona del diente. La prisa es generalmente una de las causas principales de estos errores, -- que se pueden evitar si el operador trabaja metódicamente. -- El empleo de fuerza excesiva es un intento para vencer la resistencia no es recomendable y puede ser una causa de fractura a la corona.

Cuando se produce una fractura coronaria el método que se emplea para remover la porción retenida del diente será gobernado por la cantidad de diente restante y la causa -- del contratiempo.

Algunas veces la aplicación posterior del fórceps o del elevador liberará el diente y en otras ocasiones deberá emplearse el método transalveolar.

Cuando se considera la complejidad del patrón radicular de dientes extraídos, es sorprendente que las raíces se fracturen ocasionalmente durante la extracción, aunque esta complicación no ocurre con mayor frecuencia. Los factores -- que causan la fractura de la corona también pueden ser causas de la fractura radicular y al evitar estas fallas se pueden reducir la incidencia de dicha fractura. Aún cuando -- idealmente todos los fragmentos radiculares deben ser removidos, en algunas circunstancias es mejor dejarlos. Un ápice radicular puede ser definido como un fragmento radicular si su dimensión mayor es menor de 5 mm. La remoción de grandes cantidades de hueso pueden ser necesarios para la localización y remoción de dicho ápice. En pacientes sanos los ápices retenidos de dientes vitales casi nunca dan problemas y en la mayoría de los casos se deben dejar a menos que estén en una posición tal que puedan ser expuestos cuando se usen dentaduras o se presenten síntomas. La extracción del tercio apical de la raíz palatina de un molar superior involucra la

remoción de gran cantidad de hueso alveolar y se pueden ver - complicado con el desplazamiento del fragmento al seno maxilar o con una comunicación buccantral.

Dichos fragmentos no deben tocarse en la mayoría de los casos.

Si la remoción está indicada debe de ir procedida - por un exámen radiográfico y realizada por un operador con experiencia, utilizando el método transalveolar. Cuando se decide dejar un fragmento radicular en su lugar se debe infor--mar al paciente y anotar los datos en el registro del mismo.

Cuando un diente se fractura durante la extracción el C. D. debe averiguar la razón ya sea por medios clínicos o radiográficos.

La inspección de la porción del diente que se ha liberado generalmente provee una idea tanto del tamaño como de la posición del fragmento retenido. Después debe estimar el tiempo y las facilidades requeridas para completar la extracción. Si uno o ambos de estos requerimientos no están disponibles no debe intentar liberar la porción retenida, pero debe remover cualquier tejido pulpar expuesto y cubrir los fragmentos con óxido de cinc y eugenol incluyendo fibras de algodón a la mezcla. Se deben hacer arreglos posteriores para remover los fragmentos, ya sea por él mismo o por un colega bajo condiciones que aseguren el éxito.

La Fractura del Hueso Alveolar.-

Es una complicación común de la extracción dental y la inspección de dientes extraídos revela la adherencia de -- fragmentos alveolares a un número de ellas. Esto puede ser -- debido a la inclusión accidental del hueso alveolar entre los bocados del fórceps o a la configuración de las raíces, la -- forma del alveolo o a cambios patológicos del hueso en sí.

La extracción de caninos generalmente es complicada por la -- fractura de la tabla externa, especialmente si el hueso alveolar ha sido debilitado por la extracción del incisivo lateral y del primer premolar previo a la extracción del canino.

Si estos tres dientes van a ser extraídos en una visita, se reduce la incidencia de fractura de la tabla externa si el canino se extrae primero.

Es aconsejable remover cualquier fragmento alveolar que haya perdido más de la mitad de su fijación periopontica, sujetándolo por medio de una pinza hemostática y disecando el tejido blando con un elevador perióstico, un bruñidor o le--gra.

Fractura de la Tuberosidad del Maxilar.-

Ocasionalmente durante la extracción de un molar superior, se siente que se mueve el hueso de soporte y la tuberosidad del maxilar con el diente. Este accidente se debe a la invasión de la tuberosidad por el seno, que es común cuando se presenta un molar superior aislado, especialmente si el diente está sobreerupcionado.

La germinación patológica entre un segundo molar --erupcionado es una causa predisponente aunque poco usual.

Cuando se presenta la fractura se debe eliminar el fórceps y levantar el colgajo bucal mucoperióstico grande. - La tuberosidad fracturada y el diente deben ser liberados de los tejidos blandos palatinos por disección roma, y levanta--dos de la herida.

Los colgajos de tejido blando se aposicionan con suturas de colchonera por lo menos 10 días.

Si la complicación se presenta en un maxilar se le debe advertir al paciente que es muy probable que se presente

una complicación en el otro lado de la boca cuando se realice una extracción similar. Sólo cuando una radiografía preoperatoria revela la posibilidad de fractura de la tuberosidad se puede reducir este riesgo extrayendo el diente por medio de una disección cuidadosa.

La Fractura de un Diente Adyacente o Antagonista.-

Puede ser evitada, debemos de tener suma precaución al revisar que el diente adyacente está muy cariado, ampliamente restaurado o en la línea de extracción. Si el diente que se va a extraer es pilar de un puente, éste último debe de seccionarse con un disco de carburo o diamante antes de la extracción.

Se debe remover caries y restauraciones flojas del diente adyacente y colocar una restauración temporal antes de la extracción.

No se debe aplicar fuerza sobre ningún diente adyacente durante la extracción y con otros dientes no deben utilizarse como un fulcro para un elevador a menos de que vayan a ser extraídos en la misma visita.

Los dientes antagonista pueden astillarse o fracturarse si el diente que se va a extraer cede de repente a una fuerza incontrolada y el fórceps los golpea. Se debe de hacer una intervención cuidadosa y controlada para evitar esto.

Bajo anestesia general se pueden dañar otros dientes que no se van a extraer por el uso incorrecto de abre bocas y de apoyos. Se debe notificar al anestesista la presencia de dientes ampliamente restaurados o móviles y de coronas o puentes. Dichos dientes deben ser evitados cuando se van a colocar los apoyos o abre bocas, éstos deben utilizarse en su lugar con visión directa.

Fractura de la Mandíbula.-

Esta fractura puede complicar la extracción dental si se emplea una fuerza excesiva o incorrecta, o cambios patológicos han debilitado la mandíbula. Nunca debe utilizarse una fuerza excesiva para extraer un diente. Si el diente no cede a una presión moderada, debe buscarse la causa y remediarla.

La mandíbula puede estar debilitada por osteoporosis senil y atrofia, osteomielitis, por radioterapia previa, u osteodistrofias tales como osteítis deformante, displasia fibrosa o fragilidad ósea. Los dientes no erupcionados, quistes, hiperparatiroidismo o tumores también pueden ser causas predisponentes a la fractura. Si se presenta cualquiera de estas condiciones, la extracción debe ser intentada únicamente después de una observación clínica cuidadosa y ayuda radiográfica, además de una construcción preoperatoria de férulas.

Se debe informar al paciente antes de la operación de la posibilidad de fractura mandibular y si esta complicación ocurriese debe intituirse el tratamiento de inmediato.

Se deben de tratar estos pacientes en centros especializados en cirugía bucal.

Si se presenta una fractura durante la cirugía dental, debe colocarse un soporte extrabucal y el paciente deberá ser referido inmediatamente a un hospital donde existan las facilidades para el tratamiento.

La Dislocación de un Diente Adyacente.-

Durante la extracción es un accidente que puede evitarse. Las causas son similares a aquellas de la fractura de un diente adyacente y son detalladas anteriormente. Aún con el correcto uso de un elevador se transmite cierta pre-

sión al diente adyacente a través del tabique interdentario.

Por esta razón no debe emplearse un elevador a la superficie mesial de un primer molar permanente, porque se pueda desalojar el segundo premolar por ser más pequeño. Durante la elevación debe colocarse un dedo sobre el diente adyacente para sostenerlo y evitar que cualquier fuerza transmitida sea detectada por el diente.

La Dislocación de la articulación Temporomandibular.

Se presenta frecuentemente en algunos pacientes y no debe hacerse caso omiso de dislocaciones recurrentes. Esta complicación durante extracciones en dientes inferiores generalmente se puede prevenir si se sostiene la mandíbula durante la extracción. El soporte dado a la mandíbula por la mano izquierda del operador debe ser suplementado por la presión ejercida hacia arriba con ambas manos por debajo de los ángulos de la mandíbula dada por el anestésista o el asistente.

La dislocación también puede ser causada por el uso incorrecto de los abre bocas. Si se presenta la dislocación - ésta debe reducirse inmediatamente. El operador se para enfrente del paciente y coloca sus dedos pulgares intrabucalmente en la línea oblicua externa lateralmente a los molares inferiores presentes y con sus dedos extrabucalmente por debajo del borde inferior de la mandíbula. La presión ejercida hacia abajo con los dedos pulgares y la presión ejercida hacia arriba con el resto de los dedos reduce la dislocación.

Si el tratamiento se retrasa, el espasmo puede hacer imposible la reducción, excepto bajo anestesia general. Se debe advertir al paciente que no abra mucho su boca ni bostee durante varios días postoperatorios, y debe colocarse un soporte extrabucal que debe utilizarse hasta que la sensibilidad de la articulación afectada se apacigue.

El Desplazamiento de una Raíz dentro de los Tejidos.

Es resultado generalmente, de un intento ineficaz de sujetar a la raíz cuando el acceso visual es inadecuado. Esta complicación se puede evitar si el operador sólo intenta sujetar las raíces bajo visión directa.

Una Raíz Desplazada al Seno Maxilar.

Generalmente es la de un premolar o molar superior y casi siempre es la raíz palatina. La presencia de un seno maxilar grande es un factor predisponente, pero la incidencia de esta complicación se podría reducir grandemente si se siguen reglas:

1.- Nunca aplicar el fórceps a un diente o raíz superior posterior si no hay suficiente superficie expuesta, -- tanto palatina como bucal para permitir que los bocados se coloquen bajo visión directa.

2.- Dejar el tercio apical de la raíz palatina de un molar superior si está se retiene durante la extracción -- con fórceps a menos que haya una indicación positiva para retirarla.

3.- Nunca intentar remover una raíz superior fracturada pasando instrumentos por arriba en el alvéolo. Si está indicada su remoción, levante un colgajo mucoperióstico -- grande y retire suficiente hueso para permitir la colocación de un elevador arriba de la superficie fracturada de la raíz, para que toda la fuerza aplicada a la raíz tienda a retirarla del seno y dirigirla hacia abajo y afuera del antro.

No debe hacerse caso omiso de una historia previa de involucración antral, ya que es probable que el paciente tenga senos maxilares grandes, si se desplaza una raíz dentro del seno, el paciente debe ser referido ya sea a un cirujano bucal o a un otorrinolaringólogo después de que la comunica--

ción oroantral recientemente creada ha sido preparada y cubierta.

El desplazamiento de una raíz ya sea dentro del seno o de tejidos blandos, se presenta más frecuentemente bajo anestesia general en el sillón dental que bajo anestesia local. Si se pierde una raíz mientras que están efectuando extracciones bajo anestesia general, la anestesia debe pararse de inmediato y llevar la cabeza del paciente hacia adelante. Después que se ha recuperado el reflejo de la tos se examina la boca del paciente, el empaque se retira cuidadosamente y se inspecciona. Si se han tomado medidas adecuadas la raíz se encuentra en el empaque en la mayoría de los casos pero si después de retirar el empaque no se localiza la raíz, se deben tomar radiografías tanto del alvéolo como del tórax. Esta última radiografía se toma para asegurarse de que la raíz no ha pasado a los bronquios. Si la raíz se encontrara en el bronquio se debe referir al paciente inmediatamente al hospital donde pueda ser removida por medio de una broncoscopia antes de que pudiera presentarse un absceso pulmonar, o si la raíz no se localiza se debe dar al paciente una cita para examinarlo tres días después. Se debe instruir al paciente para que vaya al hospital inmediatamente si desarrolla temperatura, tos o dolor en el pecho.

La Hemorragia.

En exceso puede complicar la extracción de dientes, se debe averiguar si existe historia previa de sangrado antes de realizar una extracción. Si el paciente indica que sangra excesivamente deben obtenerse todos los detalles acerca de cualquier episodio hemorrágico previo. Debe ponerse interés en la relación de tiempo del inicio del sangrado de la extracción, la duración y abundancia de la hemorragia y las medidas necesarias para combatirla. Una historia familiar de sangrado es de mucha importancia. Cualquier paciente con una histo

ria que sugiera la presencia de diátesis hemorrágica debe ser referido con un hematólogo para que se investigue su estado antes de realizar la extracción.

Si el paciente tiene una historia previa de hemorragia postoperatorio. Si no sucede nada puede aumentar la cirugía gradualmente en las visitas subsiguientes.

En algunas ocasiones el flujo constante de sangre durante la operación puede oscurecer la visión y hacer difícil la extracción. Esto se puede tratar absorbiendo la sangre con gasas o por medio del uso de un eyector. Para que el eyector sea de utilidad en la cirugía bucal debe tener una presión de 0.14 kg. por cm^2 , y debe ser manejado por un asistente adiestrado en el uso correcto de éste. Un sangrado más profuso puede ser controlado por presión con un empaque con solución salina normal caliente (50°C), sostenido en posición por un tiempo de dos minutos. Se utiliza un eyector para remover el exceso de solución salina del empaque.

En ocasiones el sangrado puede deberse a la ruptura de un vaso mayor, y lo que se hace en estas circunstancias es levantarlo y sujetarlo con una pinza hemostática.

El sangrado puede ser problemático cuando estamos trabajando bajo anestesia general si la oxigenación es insuficiente. El vaso constrictor presente en las soluciones del anestésico local generalmente asegura un campo operatorio seco, y esta ayuda a la cirugía.

Cuando la extracción es completada se debe permitir al paciente enjuagarse una vez la boca. Se coloca un rollo de gasa firme en el alvéolo y se pide al paciente que lo muerda durante unos minutos. Si la hemorragia no se controla en diez minutos se debe colocar una sutura horizontal de colchón en el mucoperiostio para controlar la hemorragia.

La mayoría de los pacientes que regresan quejándose de hemorragia postoperatoria son acompañados de parientes y amigos ansiosos, y es esencial separar al paciente de estos compañeros bien intencionados pero no provechosos.

Después de sentar al paciente cómodamente en el sillón dental y cubrir su ropa con un impermeable examinaremos la boca para poder determinar el ciclo y cantidad de hemorragia. Casi invariablemente se verá un exceso de coágulo sanguíneo en el área sangrante y ésta debe sujetarse con gasa y removerse, después debe colocarse un empaque de gasa firme sobre el alvéolo e instruir al paciente para que los muerda. Si se coloca polvo de ácido tánico sobre una porción del empaque adyacente al alvéolo sangrante ayudará a detener la hemorragia. En muchas ocasiones será aconsejable colocar una sutura en el mucoperiostio bajo anestesia local para controlar la hemorragia. La sutura de colchonero discontinua es la más adecuada para este propósito y se debe insertar a través del alvéolo lo antes posible. El objeto de la sutura no es de cerrar el alvéolo por aproximación de los tejidos blandos sobre él, sino de tensionar el mucoperiostio sobre el hueso subyacente para que se vuelva isquémico. En la gran mayoría de los casos el sangrado no surge del hueso alveolar sino de los tejidos blandos que lo rodean y se detiene por el procedimiento descrito anteriormente. Se debe instruir al paciente que muerda sobre el empaque de gasa por cinco minutos, después de colocada la sutura. Si estas medidas fallaran en controlar la hemorragia, se puede empacar dentro del alvéolo ya sea una espuma de gelatina o fibrina, y un bloque moldeado sobre el área. Después de haber colocado el bloque en el sitio y de proveer un soporte extrabucal el paciente debe ser referido al hospital más cercano para tratamiento posterior. En la mayoría de los casos la hemorragia se habrá detenido por simples medidas, y es prudente reexaminar al paciente después de que éste haya caminado, antes de dejarlo ir, con instrucciones para llevar a cabo las medidas que se le indicarán.

La boca tendrá un sabor desagradable después de la hemorragia dental pero los enjuagues repetidos promueven el sangrado y por lo tanto deben de ser evitados. La cavidad bucal debe de ser cuidadosamente limpiada con una gasa empapada en agua fría, poniendo atención especial a la lengua. Esto ayuda mucho a la comodidad del paciente.

El daño a la encía puede ser evitado por medio de una cuidadosa selección del fórceps y buena técnica. Si se adhiere la encía al diente que se está liberando de su alvéolo ésta deberá ser cuidadosamente disectada del diente, ya sea con un bisturí o con tijeras, antes de cualquier intento posterior para liberar el diente.

El daño al labio inferior.

Puede ser comprimido entre los mangos del fórceps y los dientes anteriormente si no se tiene suficiente cuidado.

La habilidad del operador en el uso de su mano izquierda debe asegurar que el labio esté fuera del área del daño. Se requiere un cuidado extra cuando los dientes inferiores son extraídos bajo anestesia general. Los labios pueden ser quemados si los instrumentos no están completamente fríos después de haber sido esterilizados.

Si el diente o la raíz están en íntima relación con el nervio dentario inferior, el daño puede ser evitado o minimizado con el nervio solamente por medio de RX preoperatorios de diagnóstico y una disección cuidadosa. El nervio mentoniano no puede ser dañado, ya sea durante la extracción de raíces de premolares inferiores o por una inflamación aguda en los tejidos circundantes. Si el nervio es protegido por medio de un retractor metálico durante la operación y la remoción de hueso es mayor mesial a la raíz del primer molar y distal a la raíz del segundo premolar, se evita la falta de sensación

labial o bien se reduce o es pasajera.

El Nervio Lingual.- Puede ser dañado ya sea por una extracción traumática de un molar inferior en el cual los tejidos blandos linguales son atrapados en el fórceps o bien que se hayan lastimado con la fresa durante la remoción de hueso. Se debe utilizar un retractor metálico para proteger los tejidos blandos adyacentes de daño cuando se está utilizando una fresa.

La lengua y el piso de la boca.

No deben ser dañados durante la extracción dentaria si se tiene cuidado durante la aplicación del fórceps y el uso de elevadores. Estos accidentes ocurren más comúnmente - bajo anestesia general. Los tejidos blandos siendo comprimidos en el fórceps y entre los dientes y las hojas del abrebo-cas.

El uso efectivo de la mano izquierda evita estos accidentes. Si el operador utiliza un elevador sin control adecuado se le puede resbalar el instrumento y lastimar la lengua o el piso de la boca. La lengua está muy vascularizada y puede presentarse sangrado abundante después de dicha lesión. Esta hemorragia puede ser controlada jalando la lengua hacia adelante y colocándole una suturas.

Se debe buscar una segunda opinión quirúrgica en todos estos casos.

El Dolor Postoperatorio debido a Traumatismo de los Tejidos Duros.- Puede ser por machacamiento del hueso durante la instrumentación o por permitir el sobrecalentamiento de una fresa durante la osteotomía. El evitar estos errores de técnica y poner atención en alisar los bordes filosos y la limpieza del alvéolo eliminan esta causa de dolor postoperatorio. Los tejidos blandos pueden ser dañados en varios mane-

ras. Una incisión que pase a través de una sola capa de en-
cía puede dejar a la capa mucosa separada del periostio con -
la formación de un colgajo rasgado que cicatriza lentamente.
Si el colgajo es muy pequeño, se requerirá mucha retracción -
traumática para asegurar el acceso y si los tejidos blandos -
no están correctamente protegidos pueden ser lastimados con -
la fresa.

Alveolitis o Alveolo Seco.

Esta entidad clínica es una osteítis localizada que involucra totalmente o parte del hueso condensado que cubre -
el alvéolo dentario, o sea la lámina dura. Esta condición se caracteriza por un alvéolo dentario con dolor agudo que con-
tiene hueso desnudo sin coágulo sanguíneo. La causa es desco-
nocida pero se han observado varias causas predisponentes. La infección del alvéolo que ocurra antes, durante o después de la extracción puede ser un factor determinante, sin embargo -
muchos dientes con abscesos o infectados son extraídos sin que se presente el alvéolo seco. Aunque es cierto que esta condi-
ción puede deberse al uso excesivo de fuerza durante una ex-
tracción, éste no es siempre el caso y la complicación puede ocurrir después de extracciones muy sencillas. Muchas autori-
dades piensan que el vasoconstrictor en las soluciones del -- anestésico local puede predisponer al alvéolo seco por inter-
venir con la circulación sanguínea del hueso, y señalan que - esta condición se presenta más frecuentemente bajo anestesia local que bajo anestesia general. No obstante los alveólos - secos pueden observarse después de realizar extracciones bajo anestesia general especialmente si se realizan con torpeza. - La frecuencia puede estar influida por el hecho de que muchos C. D. realicen sus extracciones más difíciles bajo anestesia local. Los vasoconstrictores no son la causa principal de la lesión pero son un factor contribuyente.

Las extracciones inferiores se complican por el de-

sarrollo de un alvéolo seco más frecuentemente que las extracciones superiores.

La mandíbula tiene mucho más denso el hueso y menos vascularización que el maxilar superior. También en la mandíbula por la gravedad se introducen restos alimenticios más fácilmente.

Mientras que es probable que una combinación de dos o más de estos factores predisponentes hagan que se produzca una alvéolo seco lo más seguro es que sea imposible pronosticar preoperatoriamente cuáles extracciones presentarán esta complicación y por lo tanto deben emplearse las siguientes medidas destinadas a la prevención siempre que sea posible. Los dientes deben ser raspados y cualquier inflamación gingival debe ser tratada por lo menos una semana antes de la extracción dentaria. Sólo debe administrarse la mínima cantidad de la solución del anestésico local necesaria y los dientes deben extraerse lo más atraumáticamente posible.

Tratamiento.- Se localizará el dolor y se anestesiará, procederemos a lavar con una solución salina tibia y todo el coágulo sanguíneo degenerado debe ser removido. Las salientes filosas óseas deben ser eliminadas con alveolótomo o alisadas con una piedra de rueda, lima para hueso.

Se hará un apósito de óxido de zinc y eugenol con estrías de gasa, no debe ser empacado ajustadamente en el alvéolo porque puede endurecerse y es muy difícil de remover. Se citará en tres días, se revisará y si sigue la molestia, se pondrá una gasa yoda-formada embebida en eugenol y pomada analgésica Neosporín.

Las características de la alveolitis son:

Alitosis, Cialorrea y dolor al tercer día de la extracción. Algunas veces es difícil diferenciar entre un pa---

ciente afectado por un alvéolo seco grave y uno afectado por un alveólo seco grave y uno afectado por una osteomielitis -- aguda dela mandíbula. Esta última generalmente causa una depreciación total y toxicidad. Hay marcada pirexia y el dolor es muy intenso. Algunas veces la mandíbula está aproximadamente sensible a la palpación extrabucal, y el comienzo de la pérdida de sensibilidad; algunas horas o hasta días después de la extracción es característico de osteomielitis aguda en la mandíbula. Un paciente afectado por esta condición debe ser admitido como una urgencia a un hospital donde existan posibilidades para su tratamiento eficaz. La extracción traumática - de un molar inferior bajo anestesia local en presencia de una inflamación gingival aguda. (Ejem. pericoronitis, o gingivi--tis ulceratiya aguda) predispone a la osteomielitis aguda de la mandíbula

La Artritis traumática de la Articulación temporo--mandibular.- Puede complicar las extracciones difíciles si - la mandíbula no es soportada. El riesgo de que se presente - esta condición desagradable puede ser minimizado si el operador utiliza su mano izquierda correctamente y el anestesista o asistente mantiene la mandíbula por debajo de los ángulos. Además se pregunta al paciente si tiene algún problema en la articulación temporomandibular, es una precaución darle que - detenga un apoyo dental fuertemente entre los dientes en el - lado contrario durante una extracción dentaria.

Si los tejidos blandos no son manipulados cuidadosamente durante una extracción el edema traumático puede dila--tar la cicatrización. El uso de instrumentos redondeados, la retracción excesiva de colgajos incorrectamente diseñados o - el tratamiento de la fresa en los tejidos blandos predisponen a este transtorno. Si los tejidos se amarran fuertemente la inflamación postoperatoria debida al edema o formación de hematoma puede causar descamación de los tejidos blandos y co--lapse dela línea de sutura.

Generalmente ambas condiciones son regresivas si el paciente utiliza enjuagues frecuentes de solución salina caliente por dos o tres días.

Una causa más grave de la inflamación postoperatoria es la infección de la herida. No debe escatimarse ningún esfuerzo por prevenir la introducción de microorganismos patógenos dentro de la herida. Si la infección es leve generalmente responderá a la aplicación intrabucal de calor por medios de enjuagues bucales frecuentes con solución salina caliente. Se le debe indicar al paciente que no se aplique calor extrabucalmente porque esto aumenta el tamaño de la inflamación facial. La aplicación de una botella de agua caliente a la mejilla es un intento de aliviar el dolor en una causa común de la inflamación grande de la cara. Si existe fluctuación el pus debe ser eliminado antes de comenzar la antibiocioterapia. Cualquier paciente con infección postoperatoria suficientemente grave para requerir antibiocioterapia es mejor tratado en un hospital que tenga facilidades en cirugía bucal, especialmente si la inflamación involucra los tejidos submaxilares y sublinguales.

EL TRISMO.

Se puede definir como la imposibilidad para abrir la boca debido a espasmo muscular y puede complicar las extracciones dentales. Puede ser causado por edema postoperatorio, formación de hematoma o inflamación de los tejidos blandos. Los pacientes con artritis traumática de las articulaciones temporomandibulares tienen limitación de movimiento mandibular. Un bloqueo mandibular puede ser seguido de trismo aunque se administre por otras razones que no sea la extracción. El tratamiento del trismo varía según la causa que lo produzca. La aplicación de calor intrabucal por medio de la luz infrarroja o por el uso de enjuagues con solución salina caliente alivia en casos leves pero otros pacientes requieren la administración de antibióticos, antiinflamatorios y rela

jantes musculares.

COMUNICACION BUCOANTRAL.

Los ápices de los molares sup. están generalmente en relación cercana con el seno.

Algunas veces las raíces están separadas de la cavidad del seno únicamente por una capa de tejido blando. Si ésta es destruída por una infección periapical o perforada durante la extracción de un diente o raíz se creará la comunicación, por lo que se le pedirá al paciente que se tape la nariz para ocluir las narinas. Después si él aumenta la presión intranasal e intraantral intentando soplar aire a través de la nariz se oirá el paso del aire a la boca, se verá burbujear la sangre presente en el alvéolo o se observará la desviación del algodón mantenido sobre el alvéolo indicando así la presencia de la comunicación.

Si la prueba es positiva o equívoca la lesión debe tratarse inmediatamente. Si deben levantar colgajos mucoperiostícticos y la altura del hueso alveolar se debe reducir sin aumentar el tamaño del defecto ósea.

Después de colocar las suturas no tensas sobre los congajos a través del defecto por medio de suturas discontinuas de colchonero los tejidos blandos separados y el coágulo sanguíneo deben ser sostenidos por medio del recubrimiento de la zona, ya sea con una extensión de acrílico de curación rápida hacia una dentadura existente o mediante una placa base. El paciente debe ser referido a una segunda opinión. Bajo ninguna circunstancia se debe permitir al paciente que se le sospeche una comunicación bucoantral que se enjuague antes de que el defecto haya sido reparado, porque el paso de líquido de la boca puede contaminar el seno con la flora bacteriana de la cavidad bucal.

COLAPSO O ATAQUES SINCOPALES O DESMAYOS.

Este accidente puede ocurrir de repente y puede estar acompañado de la pérdida de conciencia aunque es usual la recuperación espontánea. El paciente generalmente se queja de sentirse mareado, débil, con náuseas y la piel se vé pálida, fría y sudorosa. Los tratamiento de primeros auxilios se deben instituir de inmediato y en ningún momento dejar al paciente desatendido. La cabeza se debe bajar inclinando hacia abajo el cabezal del sillón dental. Se aflojará la ropa y no debe darse nada de líquido por la boca hasta que el paciente esté totalmente conciente.

Cuando vuelve la conciencia se puede dar al paciente una bebida glucosada si es que no ha comido y se lo está tratando bajo anestecia local. La recuperación es espontánea y casi siempre es posible completar la extracción en la misma visita.

Si la recuperación no se presenta en unos minutos o después de haber instituido las medidas de primeros auxilios, es probable que el colapso no sea de origen sincopal y debe administrarse oxígeno y pedir ayuda médica. Se debe tomar -- tanto el tipo como el ritmo de respiraciones, al igual con el pulso ritmo y características.

Si las circunstancias lo permiten se debe anotar la presión sanguínea a intervalos y aplicar una inyección intravenosa de 250 mg. de aminofilina lentamente.

PARO RESPIRATORIO.

Si se presenta, los músculos esqueléticos se vuelven flácidos y las pupilas muy dilatadas. Se debe acostar al paciente en el piso y su vía respiratoria debe ser despejada, retirando cualquier aparato o cuerpo extraño y levantando la mandíbula hacia arriba y hacia adelante para extender completamente la cabeza.

Se deben comprimir las alas de la nariz entre el índice y el pulgar y se debe realizar la resucitación de boca a boca para ver que el pecho se levante cada 3 ó 4 seg.

Se aumenta la eficacia de esta forma de resucitación si se tiene una cánula de Brook y se coloca sobre la lengua el paro respiratorio, debe checar el pulso carotídeo y el latido de la punta a intervalos regulares, debido a que el paro respiratorio puede seguirse rápidamente de paro cardiaco, que es -- una urgencia más siniestra.

PARO RESPIRATORIO.

A menos que la circulación sanguínea pueda restablecerse y mantenerse antes de transcurridos 3 minutos, puede producirse daño cerebral irreversible debido a la anoxia cerebral. El paciente exhibe mortal y se ve grisáceo y su piel está cubierta de sudor frío. El pulso y el latido de la punta no se sienten y los sonidos cardiacos no se escuchan. Si el paciente es un niño, el corazón volverá a latir si se dan unos golpes fuertes al esternón.

Cuando se está tratando a un adulto se le debe colocar boca arriba sobre el piso. El C.D. se arrodilla a un lado del paciente y se coloca la palma de la mano izquierda en el tercio inferior del esternón después se coloca su mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda y presiona rítmicamente hacia abajo a intervalos de un segundo con suficiente fuerza para comprimir el corazón entre el esternón y la columna vertebral.

Si está presente la asistente dental debe tratar simultáneamente el paro respiratorio de la manera descrita. Si no hay asistente disponible el C. D. debe realizar la resucitación, respiratoria y cardiaca alternadamente en periodos de -- 20 seg.

La resucitación prolongada es un trabajo exhaustivo y aunque teóricamente debe ser continuada hasta que mejore el color del paciente, se contraigan sus pupilas y se restablezca la respiración y el ritmo cardiaco, el operador sin asistente sólo puede mantener la resucitación por un período limitado. Este período puede ser prolongado si tenemos asistencia disponible, y los individuos que participan en la resucitación del paciente se toman turnos para dar el masaje cardiaco y la respiración de boca a boca alternadamente.

Se pueden presentar urgencias por el anestésico aún cuando se tomen las precauciones. El síncope, la obstrucción y el paro respiratorio y el paro cardiaco pueden complicar la anestesia general, y tanto el anestesista como el operador deben estar siempre alertas de los signos de alarma. Si se presenta colapso, se debe suspender la anestesia inmediatamente y permitir el paso de aire retirando de la boca todos los empaques y aparatos y los residuos deben ser removidos de la boca. La mandíbula y la lengua deben jalarse hacia adelante, - extendiendo el cuello, y la cabeza mantenida abajo y adelante si el paciente no puede ser levantado del sillón o hacia arriba si se le puede acostar en el piso. Se debe dar oxígeno si se presenta una contracción excesiva de los músculos accesorios de la respiración.

Si la obstrucción de la respiración no es eliminada, se puede realizar una laringotomía o traqueostomía.

Es deber de todo C. D. realizar todo lo posible para evitar complicaciones y prevenir el surgimiento de urgencias. Aun cuando no es posible evitar que ocurran tanto su incidencia como sus efectos pueden reducirse a base de cuidado y destreza. Las complicaciones sólo pueden diagnosticarse tan pronto como se presentan y pueden tratarse con rapidéz y eficiencia si la posibilidad de que se presenten se ha anticipado. Muchas veces los practicantes comienzan a pensar acer-

ca de las urgencias y planean cómo tratarlas después de que se ha presentado una y exponen sus insuficiencias.

Deberá el C. D. instruir a cada miembro de su equipo en el papel que él o ella desempeñarán en caso de crisis y tendrá que revisar su equipo de el papel que él o ella desempeñarán en caso de crisis y tendrá que revisar su equipo de urgencias y preparativos necesarios.

C A P I T U L O V I I I

INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA

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

La pinza para extracciones consta de dos partes:

La Pasiva y la Activa unidas entre sí por una articulación o charnela. Existen dos tipos de pinzas aquellas -- para maxilar superior y para la mandíbula.

La diferencia capital entre ambos modelos reside en que las del maxilar superior poseen las partes pasiva y activa en la misma línea, mientras que las pinzas para la mandíbula son en ángulo recto.

Tiempos de la exodoncia con pinzas.

La aplicación de la pinza o la prehensión en el primer tiempo y el fundamental, de éste dependen los siguientes:

La pinza toma el diente por encima de su cuello, -

anatómico, en donde se apoya y a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario. Llegando a éste, la mano derecha cierra las ramas de la pinza, manteniendo con el pulgar el control de la fuerza.

La Luxación.

También llamada desarticulación es el segundo tiempo por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alvéolo. Se realiza este tiempo según dos mecanismos:

- a) Movimientos de Lateralidad
- b) Movimientos de Rotación

La Tracción

Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el diente del alvéolo. La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alvéolo y roto los ligamentos.

Se extrae el diente del alvéolo desarrollándose la fuerza en sentido inverso a la de la dirección del diente.

Los elevadores o botadores

Son instrumentos que sirven para hacer extracciones o movilizar dientes o raíces dentarias.

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

Además esquemáticamente consta de tres partes, que son: el mango, el tallo y la hoja.

El punto de apoyo.- Está dado por dos elementos: -- El hueso maxilar y/o los dientes vecinos.

La potencia.- La fuerza destinada a elevar un órgano dentario varia con el grado de implantación y resistencia, que presenta el diente a extraer.

La resistencia.- Esta representada por el diente que se va a extraer, está condicionada por la disposición radicular, la cantidad de hueso que los cubre y la calidad del mismo.

Los tiempos del elevador son:

- a) aplicación
- b) luxación
- c) elevación o extracción

La aplicación.- Debe ser el punto útil de la aplicación de la fuerza. Se descubre por medio de la radiografía.

De este modo no se fracturará la raíz a extraerse. La resistencia efectiva de la raíz se ubica en un punto por debajo de la zona descalcificada o cariada.

Luxación.- Logrado el punto de apoyo y el sitio de aplicación del elevador se dirige el instrumento con movimientos de rotación, descenso o elevación, maniobras que con las cuales el diente rompe sus adherencias periodónticas, dilata el alvéolo permitiendo su extracción.

Extracción propiamente dicha.- Con sucesivos movimientos de rotación o descenso, el diente abandona su alvéolo.

Instrumentos para extraer el hueso.

Los dientes que permanecen retenidos en los maxilares o aquellos que para extraerlos sea necesario reseca las estructuras que los cubren, exigen instrumentos para eliminar el hueso; estos instrumentos son los llamados osteótomos, cinceles para hueso y fresas quirúrgicas.

a) Osteótomos.- Los instrumentos destinados a efectuar la osteotomía, previa a la extracción dentaria, se denominan osteótomos. Los hay de Winter y cinceles para hueso a presión manual de Mead.

Todos están dedicados al mismo fin: eliminar la estructura ósea para el desplazamiento del diente retenido.

Fresas Quirúrgicas.-

La osteotomía en exodoncia se puede realizar con fresas, instrumento útil, poco traumatizante y al cual está diariamente habituado el odontólogo operador.

Fresas redondas grandes del núm. 8 de carburo o acero inoxidable. Se debe reemplazar en cada intervención para que se corte sea perfecto; el instrumento debe accionar bajo un chorro de suero fisiológico, para evitar recalentamientos del hueso, que pueden causar su mortificación y necrosis.

Fresas cilíndricas quirúrgicas.- Para la sección de dientes o separación de raíces, la fresa presta grandes servicios.

El uso de fresa en la odontosección de molares inferiores retenidos debe estar condicionado por la relación del diente con el paquete vasculonervioso dentario inferior, con el objeto de no lesionar estos elementos originando hemorragia y parestesias.

Fisturí, legna, lima, osteótomo, partangujar, tijeras, etc. etc.

El uso del elevador.

Los elevadores se utilizan con el principio de palanca y fulcro para forzar el diente o raíz a lo largo de la línea de extracción. Este es el camino a lo largo del cual el diente o raíz se desplazará fuera de su alveólo con el mínimo de aplicación de fuerza. Esta línea de menor existencia está determinada principalmente por el patrón radicular.

El fulcro utilizado para la elevación de dientes -- siempre debe ser óseo.

Los elevadores pueden ser forzados por abajo de la membrana periodontal ya sea mesial, bucal o distalmente al diente que está siendo extraído. El elevador debe sujetarse con los dedos y forzarse por abajo de la membrana periodontal en un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal de la raíz.

La punta del dedo índice descansa sobre el hueso alveolar y permite al operador tener un control sobre el instrumento.

El punto de aplicación está determinado por la línea de extracción del diente o raíz. Si la raíz es recta o cónica se moverá hacia arriba y ligeramente lingual si se aplica fuerza a su superficie bucal.

Aplicación bucal.- Si el ápice de la raíz apunta distalmente, el elevador debe ser aplicado a la superficie mesial de la raíz.

Aplicación Mesial.- La línea de extracción es hacia arriba y atrás.- Si el ápice de la raíz apunta mesialmente se emplea una aplicación distal para elevar el diente hacia arriba y adelante fuera de su alvéolo.

Cuando el elevador ha sido aplicado al diente, el instrumento es rotado alrededor de su eje axial, para que el borde inferior de la hoja ajuste sobre el cemento que cubre la superficie radicular y mueva el diente fuera de su alveólo.

El algunas circunstancias, si el diente o - - raíz se resisten a la elevación cuando se les aplica una fuerza moderada, el instrumento debe dejarse a un lado y buscar - la causa de la dificultad.

Si estas medidas fallan en la liberación del diente o raíces debe realizarse por el método transsalveolar.

C A P I T U L O IX

EXTRACCION INTRAALVEOLAR

El paciente es sentado cómodamente en el sillón con el cabezal ajustado para acomodar la nuca y el cuello, y soportar la cabeza. Después de ajustar el sillón a la altura apropiada, de acomodar un delantal alrededor del cuello del paciente y de inspeccionar el diente que va a ser extraído, los instrumentos requeridos para la operación son seleccionados, esterilizados y colocados en la bandeja estéril al lado del paciente fuera de su campo de su campo de visión.

Se asegura la anestesia local o general.

Los fórceps se toman con la mano derecha del operador, la cual es usada para agarrarlos y controlarlos. La forma correcta es que el pulgar abajo de la articulación del fórceps y la posición del mango en la palma proporcionan al operador una presión firme y un control fino sobre el instrumento. El dedo meñique es colocado dentro del mango y se utiliza para controlar la apertura de los bocados del fórceps durante su aplicación sobre la raíz.

Cuando la raíz es cogida el dedo pequeño es colocado fuera del mango.

Sin embargo, la mano izquierda tiene un papel importante durante la ejecución de cada extracción. Pues su uso -- correcto facilita la extracción, ésta sirve para desplazar la lengua, carrillos y labios de la zona de extracción para mejorar el acceso visual y mecánico empujando los tejidos blandos adyacentes fuera del lugar de la herida. La mano izquierda soporta y fija la mandíbula durante la remoción de dientes inferiores.

Esto es de especial importancia porque cuando se trabaja con anestesia general, la depresión de la mandíbula interfiere con la permeabilidad de la vía aérea.

Cuando es por anestesia local el soporte de la mandíbula disminuye la dislocación de la articulación temporomandibular. Los dedos de la mano izquierda sujetan y soportan el alvéolo alrededor del diente que va a ser extraído y transmite información durante el procedimiento. También sirven para comprimir el alvéolo después de la extracción.

La aplicación de los bocados del fórceps al diente.-- Después de colocar la mano izquierda en posición y de obtener una clara visión del diente a ser extraído, previa debridación de la inserción de la mucosa cervical del diente, los bocados del fórceps son aplicados en las superficies bucal y lingual de la raíz o del cuerpo radicular con sus ejes mayores paralelos al del diente. Los bocados son empujados a través de la membrana periodontal entre el diente o raíz y el hueso alveolar de recubrimiento hacia el ápice. Se utiliza presión firme sobre el fórceps para dirigir a lo largo de la superficie radicular tan lejos como sea posible. Durante este procedimiento el diente está cariado en alguna de sus caras, ya sea labial o lingual, el bocado apropiado debe ser aplicado primero del lado cariado, y el primer movimiento se hace hacia la caries.

El desplazamiento del diente fuera de su alvéolo.-- Cuando los bocados han sido forzados lo más abajo posible a la

largo de la superficie radicular, se deben tomar firmemente a la raíz con el fórceps y realizar movimientos bucolinguales y linguobucuales. Esta presión debe ser firme, suave y controlada y aplicada por el operador moviendo su tronco de la cadera y no moviendo su codo; los movimientos de muñeca de supinación y pronación del antebrazo desempeñan un papel importante pero menor durante la extracción con fórceps.

Normalmente después de algunos movimientos laterales, el diente se siente móvil y empieza a expulsarse fuera de su alvéolo. Cuando esta movilidad se presenta, se libera el diente en poco tiempo con movimientos rotatorios.

Después de haber liberado el diente y examinado para ver que está completo, se comprime el alveolo expandido entre el dedo pulgar y el índice izquierdos para reducir la distorsión de los tejidos de soporte tanto duros como blandos. Ayuda a la cicatrización de la herida.

Algunas veces, cuando el diente está flojo dentro de su alveolo la encía se encuentra adherida a su margen cervical. El tejido blando debe ser cuidadosamente disecado del cuello del diente, con tijeras o con bisturí antes de la remoción de éste.

Si el diente no cede a presión firme del fórceps debe dejarse para buscar la causa de la dificultad mediante evaluación clínica y radiográfica del caso.

Muchas veces la extracción transalveolar será requerida para completar la extracción.

EXTRACCION DE DIENTES SUPERIORES.

Los incisivos centrales generalmente tienen una raíz cónica y ceden a la rotación primaria.

Los incisivos laterales.- Tienen raíces delgadas que

a menudo están aplanadas en las superficies mesial y distal. Escoja fórceps con bocados finos y sujete bien arriba de la raíz.

Los caninos.- Tienen una raíz larga, fuerte con un corte transversal triangular. Algunos de los fórceps para caninos tienen bocados que son muy anchos para permitir aplicar correctamente y dar "dos puntos de contacto" buenos bien arriba de la raíz.

Cuando se están realizando las extracciones múltiples las posibilidades de fracturar la tabla externa durante la extracción del canino pueden reducirse extrayendo este diente antes del incisivo lateral y primer premolar, ya que la extracción previa de estos dientes debilita la tabla externa.

El primer premolar superior.- Tiene dos raíces finas que pueden ser curvas y divergentes y la fractura se presenta fácilmente durante la extracción. En algunos casos el eje longitudinal del diente se inclina mesialmente conforme va hacia arriba, estando su ápice más cerca del ápice del canino que del segundo premolar.

Es importante hacer notar la inclinación del diente, y debe tomarse mucho cuidado al alinear los bocados del fórceps a lo largo del eje longitudinal del diente.

Frecuentemente se enseña que este diente debe jalar se hacia afuera pero en la práctica, casi siempre se requieren movimientos laterales para liberar el diente con raíces delgadas y divergentes.

Si el movimiento lateral predominante se hace hacia el lado bucal y se presenta fractura radicular, la raíz palatina se libera entera; dejando la raíz bucal más accesible para ser removida por disección.

Si el diente está despulpado o ampliamente restaurado, o si el paciente tiene una historia de extracciones difíciles, estará indicada la extracción transalveolar. Si el primer molar superior permanente está ausente, los premolares superiores pueden girar distalmente y rotar alrededor de su raíz palatina.

En bocas con apiñonamiento dental, el segundo premolar superior generalmente se encuentra lingulizado. En algunas ocasiones es posible sujetar el diente mesiodistalmente - si los fórceps se mantienen en posición cruzada al arco dental y se libera el diente en esta forma. Si no se puede realizar esta maniobra, el diente deberá ser extraído por disección.

Primer Molar Superior.- Las raíces pueden estar muy divergentes y si se utiliza un fórceps para molares se debe tomar la precaución de llevar los bocados por arriba de la membrana periodontal para prensar el cuerpo radicular.

Si el primer molar se pierde y los otros molares superiores migran tienden a rotar hacia adelante alrededor de la raíz palatina e inclinarse mesialmente. En algunos casos el cuerpo radicular del segundo molar superior se encuentra colocando oblicuamente con respecto a la corona, los llamados "molares con raíces oblicuas".

En ambas circunstancias puede resultar difícil o imposible sujetar el cuerpo radicular con fórceps para molares y debemos utilizar un forceps para premolares superiores, colocando el bocado bucal cuidadosamente sobre la raíz mesiobucal o distobucal, pero nunca entre ellas.

El tercer Molar Superior.- Es tal que su corona está colocada más posteriormente que sus raíces. Esto puede hacer difícil la aplicación del fórceps y si la boca del paciente se abre muy ampliamente el proceso coronóide puede interferir con el acceso y aumentar la dificultad.

Sin embargo, si el paciente cierra un poco la boca y se emplea un fórceps de premolares o de bayoneta, generalmente es posible sujetar el diente correctamente, y la presión bucal lo liberará.

Este movimiento bucal se facilita si el paciente desvía su mandíbula hacia el lado de la extracción apartando así el proceso coronoide del campo operatorio.

En muchas ocasiones la raíz tiene una simple forma cónica, pero ocasionalmente una forma radicular complicada -- causará resistencia del diente a la extracción por fórceps y en estos casos estará indicada la extracción por disección.

No deberá hacerse ningún intento de aplicar un fórceps a un tercer molar superior semi erupcionado ni a raíces de dientes posteriores a menos que las superficies bucal y lingual estén visibles. Si la presión es aplicada en una dirección ascendente el diente o raíz pueden ser desplazadas al seno maxilar.

EXTRACCION DE DIENTES INFERIORES

Los incisivos inferiores tienen raíces finas y lados aplanados. Pueden ser muy fáciles de extraer pero en ocasiones son muy frágiles. Se deben utilizar fórceps de bocados finos.

La extracción de los seis incisivos anteriores inferiores generalmente se puede facilitar mediante la luxación con un elevador recto.

La raíz del canino inferior.- Es más larga y más fuerte que las de los dientes adyacentes. El ápice por lo general está inclinado distalmente. Se debe emplear un fórceps con bocados gruesos, y tener cuidado especial en su aplicación al diente.

Los premolares inferiores.- Presentan raíces adelgazadas y sus ápices pueden estar inclinados distalmente. Las raíces de los premolares inferiores generalmente está cubiertas por hueso denso, y si se fracturan durante la extracción a veces deben ser seccionados para poder retirarlos. se debe usar un forceps con bocados finos, los primeros movimientos - deben ser firmes pero suaves (en el caso de los segundos premolares los primeros movimientos deben ser rotatorios e insistir con movimientos laterales más clásicos.

Si se continúan los movimientos de rotación se puede producir una fractura de la raíz, difícil de remover.

Los molares inferiores.- Son mejor extraídos con -- fórceps para molares pero se pueden utilizar fórceps para resos radiculares pues se pueden aplicar a la raíz sobre la --- cual la mayor parte de la corona saludable. Estos dientes generalmente luxados por presión bucolingual y liberados por rotación secundaria. La extracción de segundos y terceros molares inferiores puede ser facilitada por medio de la aplicación mesial de un elevador antes de la aplicación del fórceps.

La forma radicular de los terceros molares inferiores permanentes es tan variable que debe tomarse una radiografía antes de la extracción aún cuando el diente esté completamente erupcionado.

EXTRACCION DE DIENTES DECIDUALES.

Mientras que la técnica básica generalmente es muy sencilla pues solamente se puede usar un elevador o fórceps - de bocados finos (fórceps infantiles).

Los dientes posteriores algunas veces suelen ser difícil de extraer, que sus sucesores permanentes.

Varios factores se combinan para producir esta dificultad.

La boca del niño es pequeña y proporciona un acceso limitado, y los premolares en formación están encerrados entre las raíces de sus deciduales predecesores, y por lo tanto es posible dañarlos cuando estos últimos son extraídos. Los molares deciduos no tienen cuerpo radicular y las caries a menudo invade las raíces, haciendo difícil el sujetarlos. La resorción de las raíces de los dientes de la dentición temporal no se presenta de una manera ordenada del ápice a la corona.

Generalmente un lado de la raíz se puede reabsorber, haciendo la retención de fragmentos radiculares inevitables.

Es mejor dejar un pequeño fragmento radicular de un diente decidual para que se reabsorba o sufra exfoliación que dañar o desplazar al permanente sucesor al intentar localizarlo y removerlo.

Cuando se lleva a cabo su remoción, se deben separar los tejidos blandos lo suficiente para permitir al operador -- ver la relación exacta del sucesor permanente y permitirle liberar el fragmento radicular bajo visión directa.

Cuando se aplican los bocados del fórceps a una raíz que está cariada a nivel de la encía, se debe tomar en cuenta que las encías tienden a crecer sobre los bordes de dichas raíces y los márgenes de la raíz deben ser cuidadosamente definidos.

Las raíces deciduales que no puedan sujetarse con el fórceps deben ser desplazadas con un elevador recto utilizando la pared del hueso alveolar como fulcro.

Estas raíces deben ser examinadas para asegurar que están completas.

EXTRACCION TRANSALVEOLAR

Este método de extracción comprende la disección del

diente o raíz de sus inserciones óseas. A menudo es llamado el método "abierto" o quirúrgico. Pero un nombre más adecuado es el de Extracción Transalveolar.

Indicaciones.

1.- Cualquier diente que resista a los intentos de extracción intraalveolar cuando es empleada una fuerza moderada.

2.- Raíces retenidas que no pueden ser sujetadas -- con el fórceps o liberadas con un elevador, especialmente --- aquellos en relación con el seno maxilar.

3.- Antecedentes de extracción difíciles o de intentos de extracción.

4.- Cualquier diente con restauraciones amplias, especialmente con endodoncia o sin pulpa.

5.- Dientes con hiper cementosis o anquilosados.

6.- Dientes germinados o dislacerados.

7.- Dientes que muestren radiográficamente tener -- formas radiculares y raíces con líneas desfavorables o conflictivas en las guías de extracción.

8.- Cuando se desee colocar una dentadura ya sea inmediatamente o poco después de la extracción. El método ---- transalveolar facilita cualquier corte juicioso que se requiera en el hueso alveolar para permitir la inserción de la prótesis.

Una vez que se ha decidido emplear el método para remover el diente o raíz se decide el tipo de anestesia, que se va emplear y el plan de tratamiento para sobrellevar las dificultades y evitar o tratar las posibles complicaciones -- que puedan presentarse.

Un componente importante es el diseño del colgajo mucoperiódstico (método que se utilice para liberar el diente o raíces del alvéolo y la remoción del hueso requerido para facilitar esto.

Colgajos Mucoperiósticos.

Estos son levantados para proveer un campo operativo visiblemente claro y accesible.

La base de dicho colgajo debe ser más amplia que su borde libre y debe tener un riego sanguíneo completo.

La incisión se debe realizar con una presión firme atravesando las capas de mucosa y periostio de la encía hasta llegar al hueso. El bisturí debe emplearse como pluma, nunca como cuchillo y los tejidos blandos deben ser cortados en ángulos rectos a la superficie del hueso subyacente.

La incisión debe de hacerse en una sola intención, pues segundos cortes y colgajos irregulares retrasan la cicatrización.

El colgajo mucoperióstico se levanta del hueso insertando la punta filosa del elevador de periostio debajo de la orilla anterior del colgajo a uno cuantos milímetros del margen gingival. El hueso compacto se verá expuesto.

Características de un colgajo.

- 1.- Amplitud.- Trabajador cómodamente y buena visibilidad.
- 2.- Que sea mucoperióstico.
- 3.- Debe estar soportado por tejido sano.
- 4.- Angulación mayor de 90° (Por el aporte sanguíneo).

Remoción Osea.- La superficie del hueso alveolar -- que recubre al diente o raíces a extraer es expuesta cuando se levanta el colgajo mucoperióstico, es necesario eliminar parte de este hueso, el hueso alveolar no debe ser sacrificado innecesariamente por lo que debe ser limitada su remoción.

Antes de la liberación del diente o raíz, el hueso debe ser incidido para exponer cualquiera de estos últimos y proveer un punto para la aplicación del fórceps o elevador y crear un espacio dentro del cual el diente o raíz pueda ser desplazado.

Después de liberar el diente o raíz se deben remover todas las orillas filosas y proyecciones óseas.

El hueso es eliminado con una fresa dental o por medio del uso de un cincel, gubia o martillo con presión manual.

La mayoría de los C.D. manejan más frecuente y eficientemente la fresa que el cincel. Los osteótomos son para recortar los bordes óseos después de la extracción.

Extirpación del hueso con fresa.- Las fresas redondas o de bola del No. 8 ó 10 son las que utilizaremos para hacer la técnica de estampilla postal (consiste en hacer una hilera de pequeños agujeros con una fresa pequeña y unirlos ya sea con fresa o con cincel).

La luxación del diente o raíz de su alvéolo debe ser realizada mediante el empleo de fórceps o elevadores.

Habrán ocasiones en que tendremos que seccionar la masa radicular, esta técnica permite que el corte se realice adecuadamente y crea un espacio entre las raíces separadas, lo que ayuda a su remoción.

Antes de hacer esto, es el operador que debe proveer puntos de aplicación para facilitar la eliminación de las raíces. Es una tontería dividir el diente dejando sus raíces completamente sumergidas en hueso.

Cuando se va a dividir la masa radicular de un molar inferior se debe exponer la bifurcación y separar las raíces de abajo hacia arriba con una fresa.

Las raíces separadas son liberadas con elevadores delgados. Cuando se está aplicando una fuerza en vestibular es necesario encajar el elevador en una muesca lateral a la masa radicular. Con una fresa redonda a una angulación de 45° con respecto al eje longitudinal vertical de la raíz.

Limpieza del alvéolo.- La remoción del diente no quiere decir que ahí termina la operación, sino que tendremos que efectuar la limpieza quitando restos del saco folicular con pinzas y bisturí y limar los bordes del hueso hasta sentir el borde óseo limpio; se hará si es necesario el curetaje del alvéolo y por último lavaremos a presión con solución salina.

El colgajo mucoperióstico se reposiciona y se decide si es necesario o no suturar.

Sutura.- Toda sutura es un cuerpo extraño y sólo debe ser insertada en los tejidos únicamente si existe una indicación positiva para su uso. Durante la operación se puede colocar una sutura para retraer un colgajo mucoperióstico del sitio de operación.

Al terminar una intervención quirúrgica bucal se colocan las suturas para aproximar los bordes cortados de los tejidos blandos para promover la cicatrización por primera intención, para acercar laxamente los tejidos blandos minimizando la contaminación de la herida con restos alimentarios o para detener la hemorragia. Si el colgajo yace bien ajustado en posición y el sangrado es controlado, no hay necesidad de suturar. Cuando esta indicada la inserción de suturas la seda estéril negra (calibre 000) es el material de elección y una simple interrumpida, o sea puntos aislados.

La primera sutura determina el éxito debe estar situada correctamente si los tejidos blandos se van a afrontar sin tensión.

C A P I T U L O X

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Cuando el diente ha sido extraído el alvéolo debe -- ser comprimido para reducir cualquier distorsión de los teji-- dos de soporte, se debe permitir al paciente enjuagarse una -- vez con agua tibia y después instruirle para que muerda firme-- mente sobre una gasa hasta que se presente el coágulo sanguí-- neo firme dentro del alvéolo.

El empaque debe ser dispuesto para que se ejerza una presión firme sobre los márgenes sangrantes del alvéolo y la - gasa.

El deber del C. D. hacia su paciente no termina con la colocación de un empaque o de la última sutura. Ya que se le darán indicaciones y si es necesario por escrito.

1.- Reposo relativo.

2.- Dieta.- Las primeras 12 hrs. deben ser totalmen-- te líquidas y frías protegiendo al coágulo.

No tomar leche pues esto favorecería la reproduc-- ción de microorganismos, pues es un medio de cul-- tivo ideal.

Durante tres días dieta blanda exenta de grasas.

- 3.- Aplicar hielo durante las primeras 12 hrs. del postoperatorio por fuera de la zona. En intervalos de 15 a 20 minutos.
- 4.- El día de la intervención no se lavarán los --- dientes hasta el siguiente.
- 5.- Enjuagues al día siguiente de la intervención a base de agua oxigenada. Dos partes de agua simple por una de agua oxigenada. Tres o cuatro días después de los alimentos.
Enjuague de algún colutorio para arrastrar residuos alimenticios.

Indicaciones medicamentosas.

Algún analgésico adecuado, cada 8 horas, en caso de inflamación un antiinflamatorio en la misma secuencia que el analgésico. Pero además si hubiese complicaciones antibiótico y relajante muscular y vitaminas. Hasta el restablecimiento de nuestro paciente.

CONCLUSIONES.

Hemos hablado a lo largo de esta tesis los relacionado a las extracciones pero no sin antes haber tratado con algún método conservador o preventivo necesario pues la finalidad del C. D. es salvar cada órgano dentario y conservar el equilibrio dentobucal.

La Exodoncia es una rama de la odontología más importante (sin restar importancia a las otras) ya que con ésta evitamos severas y crónicas infecciones, obturaciones y restauraciones que al poco tiempo fracasarían, dientes impactados (terceros molares y caninos generalmente); dientes temporales que no permitan la erupción de los dientes permanentes y las nunca por demás consideraciones antiestéticas.

Por lo que el C.D. debe de estar preparado para tomar todas las consideraciones y llegar a un buen tratamiento.

Por ejemplo la Historia Clínica es de suma importancia ya que sin ella no podríamos registrar los hechos clínicos pasados y actuales del paciente.

Así que como vemos no podemos omitir detalle alguno por lo que la posición del paciente al sillón dental en relación al C.D. nos dará una aplicación correcta y moderada del instrumental evitando así cualquier complicación o accidente que traería momentos desagradables.

Lo complicado del caso se verá cuando nuestro paciente esté totalmente valorado y de aquí partiremos a la técnica correcta ya que la Exodoncia es tan noble que nos da dos técnicas aunque hay que ser hábil y diestro para ejecutarlas ya que esto evitará riesgos y tiempo innecesarios.

Los cuidados posoperatorios deben de ser indicados de una manera clara y sencilla para que el paciente los lleve al pie de la letra y se obtendrá un buen restablecimiento.

Explicaremos a nuestro paciente que si hoy ha perdido algún órgano dentario procure cuidar las demás ya que no será igual usar o adaptarse a una prótesis que tener nuestra dentadura natural.

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

- 1.- COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA
L. TESTUT Y A. LатарJET
VIGESIMA SEGUNDA EDICION
EDITORIA SALVAT 1977.
- 2.- CIRUGIA BUCAL
DR. EMMETT R. COSTICH Y DR. RAYMOND P. WHITE JR.
1a. EDICION 1974
EDITORIAL INTERAMERICA.
- 3.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
DR. GUSTAV O. KRUGER.
2a. EDICION 1978.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- 4.- CIRUGIA BUCAL
DR. G. A. RIES CENTENO
7a. EDICION.
EDITORIAL EL ATENEO
- 5.- ANESTESIA ODONTOLOGICA.
DR. NIELS BJORN JORGENSEN Y DR. JESS HAYDEN, JR.
3a. EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA
- 6.- LA EXTRACCION DENTAL
DR. GEOFFREY L. HOWE
1979
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO.
- 7.- APUNTES DE EXODONCIA
C.D. BELMOND COZAYA M. A.
FACULTAD ODONTOLOGIA, UNAM.
1981