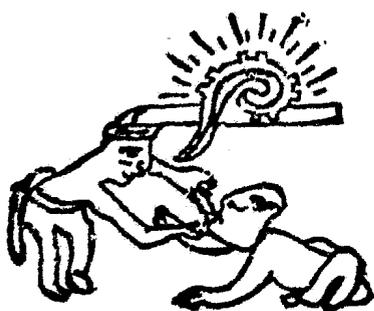


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Historia de la Extracción Dental y las Técnicas
mas actualizadas para llevar a cabo la misma.

T E S I S

Que para obtener el Título de:

C I R U J A N O D E N T I S T A

P r e s e n t a

ROSALINDA CISNEROS RIVAS

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SUMARIO.

	Pag.
1.- Motivación.	1
2.- Introducción.	2
3.- Historia de la Exodoncia.	3
3.1. Edad Antigua.	4
3.2. Edad Media.	21
3.3. Edad Moderna.	36
3.4. Edad Contemporánea.	48
4.- Definición de la extracción dental.	54
5.- Sindesmotomía.	54
6.- Técnicas de extracción en los dientes superiores.	56
7.- Técnicas de extracción en los dientes inferiores.	72
8.- Conducta a seguir después de la extracción	83
9.- Conclusiones.	87
10.- Bibliografía.	88

MOTIVACION

Dentro de mis estudios en la Universidad Nacional Autónoma de México, ví con mero interes la extracción dental, como un concepto que se le debe dar gran importancia, ya que el cirujano dentista puede ocasionar iatrogenias en el momento mismo de ésta.

El motivo principal de la elección de este tema ha sido — por que, respecto a lo que ha referido el paciente cuando se le ha realzado la extracción dentaria, un sin fin de comentarios desagradables sin ningún encomio para el profesionista, como para el paciente mismo, ya que sabemos que las experiencias sufridas de una persona son transmitidas a otras, ocasionando un antecedente de mala información, siendo uno de los problemas principales en el buen estado de su boca.

Además de lo referido, en lo personal hay que darle importancia a que el paciente no refiera dolor durante un acto quirúrgico como es la avulsión del órgano dental, tener cuidado de no dañar los tejidos de la boca y evitar el mal uso del instrumental durante el momento mismo de la extracción. Sin omitir dos puntos básicos:

- 1.- El estado general de salud del paciente.
- 2.- El estado de estress de éste y que muchas veces nos puede traer problemas que en sí, el paciente no se encuentre bién de salud,

Siendo necesario que el profesionista este capacitado para tranquilizar a su paciente logrando su confianza y realizar la extracción dental adecuadamente.

INTRODUCCION.

Al realizar el presente trabajo el objetivo principal es tener un conocimiento preciso de la extracción dentaria, con el fin que el cirujano dentista la realice y la emplee adecuadamente durante el tratamiento dental del paciente. Es frecuente que el paciente acuda al consultorio dental, al revisar su boca nos damos cuenta que los tratamientos preventivos han fracasado, siendo aquí donde la exodoncia presta un gran beneficio

La evolución de la odontología ha sido paralela a la cultura, así tenemos que los antiguos tenían la creencia que el ratón curaba todas las enfermedades, incluso las afecciones dentales. Ello explica la gran veneración del ratón entre los egipcios. porque este animalito gozaba de la predilección del sol.

La odontología es una ciencia muy antigua fue practicada por los sacerdotes en la edad media, casi no se ocuparon de los dientes la profesión era ejercida por empíricos y charlatanes, sujetos sin escrúpulos ni cultura, la extracción dental estaba a cargo de los mismos, situación que persistió durante varios siglos.

La edad moderna, apareció Ambrosio Paré, el cirujano más célebre en el siglo XVI, aconsejó no recurrir a la violencia excesiva en las extracciones y la sindesmotomía previa, sin embargo el apogeo del charlatanismo en el siglo XVII era tal, que el instrumental era: una silla cualquiera, una jarra con agua, un cocodrilo disecado en un lugar variable, una llave pelícano y mucha audacia.

En la edad contemporánea, la odontología continúa sus progresos y es de Francia donde irradia su mayor influjo, se construyen forceps que se adaptan al cuello de los dientes.

Hasta nuestros días, contamos con un comfortable sillón de operaciones, con instrumental adecuado y técnicas sometidas a procedimientos quirúrgicos actuales.

"Ratoncito, ratoncito
aquí está mi diente viejo
por favor dame uno nuevo".

En la Grecia mitológica y Egipto hay canciones alusivas al dolor de muelas, tomando a la luna como inspiración.

Los médicos de la Edad Media creían que los gusanos causaban caries a los dientes.

Hemos citado ya el culto del sol, de Apolo, como un remedio para los dolores dentarios y una expresión de ese culto es la adoración del ratón.

HISTORIA DE LA EXODONCIA EN LA EDAD ANTIGUA.

La historia de la odontología se confunde con la historia de la medicina, hasta la primera parte del siglo XVIII. Ejercida primero por los médicos y luego por los cirujanos, la odontología fue considerada como parte integral de ésta profesión durante siglos.

La odontología es una ciencia muy antigua, fue primero practicada por los sacerdotes, en una especie de rito semi-religioso manteniéndose en una situación de las cosas misteriosas ya que eran considerados como seres divinos, que tenían el poder de destruir los demonios que se han posesionado del diente - - (figura no. 2) y de aplastar las fuerzas sobrenaturales que se oponían a la salud, los sacrificios y ceremonias rituales eran también empleadas por ellos como medio de curación, por el poder de sugestión que significaban.

Esta tendencia por lo sobrenatural, es lo que explica los extraordinarios remedios que se aconsejaban para las distintas afecciones y que nosotros nos mueve el asombro, pensando si era posible que alguien siguiera éstas medicaciones: ratones , sesos, una rana fresca, el pie de un pequeño insecto, las garras de un perro negro, para fortificar al paciente y hacerle expulsar el demonio del mal. Los sacerdotes se les consideraba personas prestigiadas, con dotes especiales para auyentar los malos espíritus, en cambio la medicina estaba en aquel tiempo por separarse de las prácticas mágicas, de los brebajes de - -

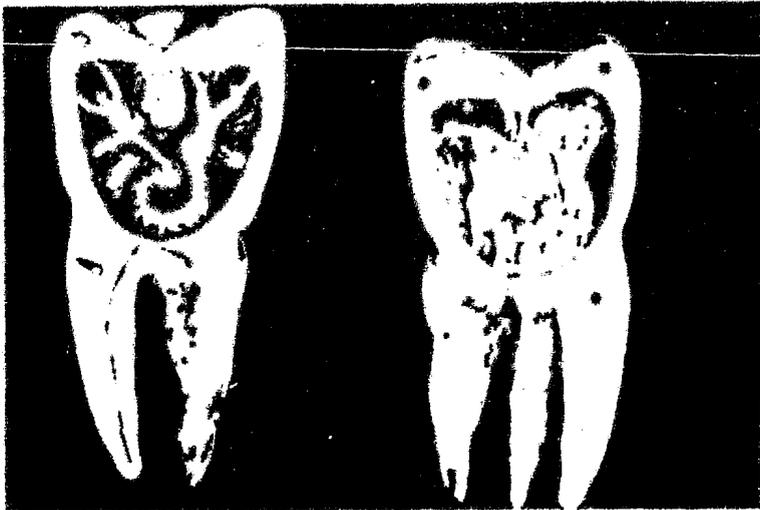


Figura 10. - .

las invocaciones divinas y del éxtasis de las brujas, las protectoras de la casa y de la familia de la superstición. Sólo aportó la situación curiosa, de que mientras la medicina evolucionó, la odontología descendía como profesión de prestigio, y ve transcurrir toda la edad media, parte de la edad moderna y de la era contemporánea, en manos de charlataneras e improvisados, hasta que la aparición de un espíritu ansioso y lleno de optimismo se hizo presente, se trata de Henry Kuchard y su famosa obra de "Chirurgie dentaire", que se tradujo a la lengua nacional de "Diente de la dentadura" en 1820, obra que mereció un gran encomio.

La extracción de los dientes se hacía en los siglos XVI y XVII, en los tiempos romanos, no se practicaba en el siglo XVIII, sino que la primera manifestación de la cirugía dental se dio en el siglo XVIII, cuando se practicó por vez primera la extracción de un diente, en 1770, en Viena, por el doctor J. H. Kuchard, que se tradujo a la lengua nacional de "Diente de la dentadura" en 1820, obra que mereció un gran encomio.

La higiene bucal, una preocupación de todos los tiempos . Tan antiguo como el mundo ha sido centrar la belleza en los ojos y en la boca, sobre todo en esta última parte del rostro. Unos ojos bellos cuyo complemento facial sean unos labios que al abrirse, muestran la dentadura sarrosa, desigual, sucia y mal oliente, no producen el efecto de las bocas frescas, limpias y cuidadas como es lógico. Siempre se ha procurado engrandecer la higiene de la boca como elemento indispensable para la atracción sexual.

Ovidio, en su *Ars Amandi* hace varias recomendaciones para el cuidado de la boca, el hombre -dice- no debe crear sarro en la boca y la doncella le conviene lavarse los suyos todas las mañanas, recomienda también la limpieza de los dientes para que no salgan las asperezas sobre la lengua ni sarro sobre el esmalte, y especialmente para que el mal aliento no infecte el aire a su alrededor.

Marcial menciona también el uso de dentríficos que blanquean los dientes y el uso de mondadientes o "dentiscalpium" se construían de madera de lentisco (fig. no. 3 .), y entre las clases patricias era de uso corriente los de oro o plata para no dañar los dientes. Luego vemos la caída del imperio romano y el dominio de los partidarios de la media luna en Europa. Pero los musulmanes rindieron también culto a la higiene



Figura no. 3.

ne y en sus cantos consideraban a la boca femenina como lugar de ensueño.

En la era moderna se acrecienta ese concepto de higiene bucal, así vemos que los poetas y literarios dedican sus mejores creaciones a los labios femeninos y oímos exclamar al filósofo Juan J. Rousseau de que "con hermosos dientes no hay mujer fea".

CHINA.

La civilización China floreció en el Valle de Yangtzé , 35 siglos a.c., siendo tan antigua como la egipcia. Los chinos fueron los primeros en emplear el "palillo" como escarbadientes o cepillo de dientes para mantener la boca limpia y masajear los tejidos gingivales.

Suponen que una de las causas de los dolores dentarios y de la mucosa bucal, es debido a un debilitamiento general provocado por un exceso de placeres sexuales.

Consideraban que un pequeño gusano blanco con un lunar negro en la cabeza, es el causante de los agujeros en los dientes (fig. no. 4.).

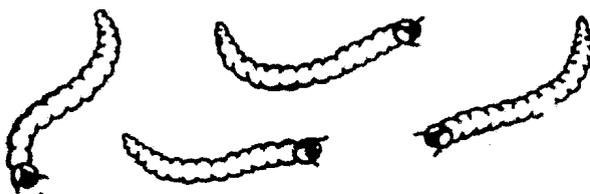


Figura no. 4 .

Ya usaban también el arsénico para calmar el dolor dentario, pero como no conocían el fenómeno de la muerte pulpar y la putrefacción de los tejidos como probable causa de los abscesos este pueblo sufría de abscesos maxilares, provocados -- por el uso inmoderado del ácido arsénico, conocían las sangrías y la cauterización.

Los chinos practicaban la extracción dental de un modo -- lento, con los dedos. Los que deseaban hacer intervenciones -- dentales, para entrenarse en la extracción con los dedos , hacían ejercicios tomando una tabla en la cual clavaban una serie de clavos, comenzaban extrayendo primero un clavo poco -- profundo, terminando por uno bien empotrado, sacándolos progresivamente.

India.

En el Punjab, en el y en el de los montes, en las razas orientales en los teriores en el Punjab.

Los dentones en la taria para la extracción de la realización de una modificación de la



Figura 1.

lar los dientes anteriores y a replazar las muelas.

INDIA.

En la India se hizo el diente de Buda al que se le

En la época de el año 1, afectó la mortalidad en las

Los procedimientos de extracción de los dientes se describen en el capítulo de la cirugía bucal. En la antigüedad se usaban para extraer los dientes los instrumentos que se describen en el capítulo de la cirugía bucal. En cada enfermedad de los dientes se describe el tiempo que se debe usar cada uno de ellos, después de haberse resuelto de los dientes que se extraen, como se describe en el capítulo de la cirugía bucal. Para la extracción de los dientes se describe el tiempo que se debe usar cada uno de ellos, como se describe en el capítulo de la cirugía bucal, haciendo énfasis en la necesidad de la cirugía bucal.

La odontología comprende también la apertura de los dientes con el cuchillo, o la aplicación del castorío enrojecido al fuego, también tienen una especial referencia de la extracción de los dientes, la aplicación del castorío, sin mencionar la restauración protésica.

Algunos autores consideran que fue en Egipto en las margenes del río Nilo donde tuvo su origen el arte dental, de allí se conservan los documentos más antiguos que hablan del mismo, mencionan a Hesiore como el dentista más antiguo y restaurador. Figura no. 7. Se han encontrado algunos casos raros, en que se encuentran llevaban sobre el medio de la cara durante un tiempo lo que nos puede servir como ejemplo de la



Figura no. 7. El dentista egipcio más antiguo, Hesiore, restaurando un diente con un instrumento de oro.

que la biblia, escrito entre los años 352 a 427 d.c.. Cita el caso de una joven que tenía vergüenza de acercarse a la casa de un artífice del marfil para pedirle le hiciera un diente artificial.

Respecto a la extracción de dientes algunos la aprobaban mientras que otros se oponían, pero todos expresaban una gran ansiedad ante la extracción de una raíz superior, por temor a lesionar el ojo (una superstición bastante difundida en todos los tiempos, el instrumental para extracción era similar a las pinzas de herrero.

No se hallan entre los judíos las medicaciones frecuentes entre los demás pueblos de la antigüedad, sobre agentes derivados de animales o piel de víbora, debido a sus leyes dietéticas pues tales panaceas no eran consideradas puras. Esto, con la turbulencia histórica en esa época entre los judíos y los pueblos conquistadores, explica que dicho pueblo que dio al mundo civilizado su ética, su moral y su religión monoteísta, no haya legado ninguna contribución apreciable a la odontología salvo sus conceptos higiénicos.

ASIRIA Y CALDEA..

Alrededor de 2, 100 años a.c.. la ciudad de Babilonia, bajo el reinado del rey semita Hamurabi que ganó la supremacía sobre las ciudades sumerias edificadas en la Mesopotamia, entre el Tigris y el Eufrates cerca del Golfo Persico, convirtiéndose en un segundo foco de importancia en la civilización de la raza blanca.



Figura no. 9.

En la figura no. 9, se observan las leyes de Hamurabi. El reconocimiento del valor de la dentadura se muestra evidente en el párrafo 200, que castiga la pérdida de los dientes de la víctima con la extirpación de los de un liberto, tiene que ser compensada por el autor con media mina de plata.

Se considera que los sumerios del año 1, 300 a.c. tenían cuidado de su higiene bucal, ello se revela en los escarbadi-
entes que se hallaron en Ur, en la Mesopotamia. Después de la
civilización sumeria, los babilonios y asirios sufrieron de -
afecciones parodontales, que las trataban con masaje gingival,
medicaciones de hierbas y buches.

Las tablas cuneiformes que nos legaron revelan que cono-
cían la extracción y su explicación de la destrucción dentaria
nos indica que conocían la caries dental. Existía la creencia
de que pequeños gusanos roían o mordían la sustancia de los -
dientes produciendo la caries y la destrucción del diente, tan
común en aquellos tiempos, vemos que ha resistido la acción -
del tiempo entre la masa popular, llegando hasta la época mo-
derna habiendo aún en 1964, pacientes que nos preguntan si sus
caries no son provocadas por gusanos. Ello no es de extrañar,
si recordamos que autores modernos de los siglos XVIII y XIX
han descrito la forma y número de gusanos en las caries denta-
rias y otros han citado haber extraído algunos.

Respecto a la odontología entre los caldeos se sabe que ya
existía la especialización y que la profesión estaba perfecta-
mente legislada.

GRECIA.

Es evidente que los pueblos antiguos, anteriores a los --
3, 000 años a.c. fueron inmunes a las caries.

Entre los griegos ésta comienza al aparecer el período com-
prendido entre los 2, 300 a 1, 700 a.c., ya hemos visto que -
entre los egipcios aparece antes de la tercera dinastía 2, 900
a.c.

El poema homérico la iliada aparece la primera referencia
de Asclepios, inmortalizado como Dios de la Medicina, muerto -
por Zeus con un rayo por usurpar las prerrogativas, según --
Cicerón es Esculapio o Asclepias, es el primero que aconseja
la extracción dentaria.

En Grecia la ciencia dentaria fue más bien terapéutica dentaria, Hipócrates y Galeno clasifican los trastornos dentarios entre la larga lista de afecciones y dolores humanos. Se inicia con Esculapio en el siglo XIII a.c. a quién se le atribuye el origen de la cirugía dental y de quién se cita fue el primero que practicó la extracción dentaria con una pinza de plomo que llamó odontagogo.

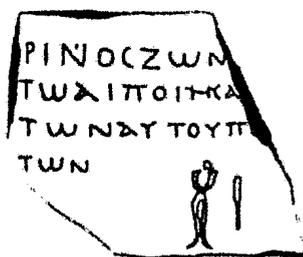


Figura no. 10 .

En la figura no. 10. se observan unas tenazas, conjuntamente con el diente extraído y con la sonda, demuestra que los cirujanos de esos tiempos se ocupaban de los tratamientos dentarios y de las afecciones de la cavidad bucal, diferencia los dientes primarios de los dientes permanentes, realizando una crónica de la erupción dentaria.

Los griegos sólo practicaban las extracciones con autorización de los sacerdotes, y a todo el que causare la caída violenta de un diente a un semejante, era condenado a serle sacado otro igual. De allí el viejo aforismo: "ojo por ojo y diente por diente" del que nos habla la ley del Taleón.

Esculapio tuvo una enorme popularidad y numerosos discípulos que guardaban celosamente sus conocimientos médicos constituyendo una casta, a esta clase pertenecía Hipócrates.

Como Dios de la Medicina Asclepios era dispensador de salud o de enfermedad. Se le representa con un bastón de viajero con una serpiente enrollada (ffg. no. 11.), símbolo de la adivinación entre los griegos. La serpiente se encuentra también en la tradición de las tribus babilónicas y hebreas, pues se pensaba que el origen de las dolencias era atribuido a causas divinas con místicos métodos de curación.



Figura no. 11.

Hipócrates, llamado el padre de la medicina y el abuelo del arte dentario, nació en Leos en la isla de Cos, en el año de 460 ó 470 a. c.. Fue el primero que estudia la patología, terapéutica y anatomía de la boca. Hizo interesantes observaciones sobre la muela del juicio, dijo que la caries se desarrollaba en estos molares con frecuencia a los otros dientes y que supuran con más facilidad que las demás piezas dentarias.

Vemos pues que en Grecia se sustituye al hechicero por el sacerdote y luego a éste por el filósofo.

En sus obras, Hipócrates dedica capítulos a las enfermedades de los dientes y su tratamiento, recomienda sacar los dientes vacilantes, lo que hacía con una pinza de plomo análoga a la pinza de Asclepios que se encontró en el templo de Apolo, en Delfos.

Aristóteles (350 años a. c.), tuvo conocimientos de medicina, cita a los dientes y sus enfermedades y describe un instrumento llamado "odontagra" destinado a la extracción dentaria, formado por dos palancas que se mueven en sentido contrario y sostiene que con este instrumento es fácil de movilizar el diente, el que luego se extrae sin dificultad, clasificó la posición de los dientes en el niño, en el hombre y en el mono.

Al hablar de la anatomía dentaria expresa: "en el hombre los dientes sirven para la alimentación, los incisivos cortan, los molares trituran, los caninos participan de los unos y de los otros, sirven igualmente para la palabra.

Igualmente a Aristóteles le intrigó la etiología de las caries dentarias y al respecto dice en su obra: "¿ por qué los higos cuando son blandos y dulces producen desperfectos en los dientes?". Evidentemente el fenómeno de la putrefacción le era desconocido. También los griegos usaban los dentiscalpium o mondadientes de metal, madera o pluma, de igual manera hicieron la distinción de neuralgia y odontalgia.

Se debe citar también el valioso aporte de Galeno, el célebre médico griego que ejerció en Roma en el siglo II de nuestra era, y por ello se va a considerar su obra en el capítulo relativo a la odontología en Roma.

ROMA.

Los romanos padecían desde temprana edad de enfermedades de los dientes especialmente de paradontosis, pues su régimen de vida cómoda y comida bien preparada no procuraba trabajo para los dientes, gustaban también de las especias o condimentos que afectaban la fortaleza de las encías.

Antes de la llegada de los médicos griegos existían en Roma los llamados laicos o empíricos que transmitían de generación en generación ciertos conocimientos odontológicos.

Marcial se refiere en un epigrama a los primeros dentistas de Roma al decir "eximit and reficit dentem Cascellius aegrum" (Cascellius extrae y obtura el diente enfermo) de donde coligimos que los dentistas de esa época sabían extraer y obturar dientes, en Roma también se extraían los dientes como castigo a los que habían cometido algún delito, autorizado por un salvo conducto a los que se les caían o extraían por otras causas a ponérselos artificiales. Sin embargo la medicina y el ejercicio de la odontología era considerado por debajo de la dignidad del ciudadano romano, que procuraba curarse a sí mismo invocando la ayuda de los dioses.

En los grandes festines cada convidado tenía formado parte de su cubierto, un mondadientes y una hermosa pluma de fenicóptero con la que cuando se sentía atascado el estómago, se titilaba la úvula para hacerse vomitar ¡y poder seguir comiendo!.

Como consecuencia de este régimen alimenticio y su vida refinada, era común la halitosis entre los romanos y ellos procuraban combatirla por todos los medios, con respecto a la extracción dentaria continuaba siendo un recurso de excepción, considerándola como una operación peligrosa, con esto vemos, como ya lo hemos expresado respecto a los griegos y demás pueblos antiguos, que los romanos también tenían a la extracción

Cornelius Celsus, fue el primero en escribir un tratado completo de 8 libros de medicina dividido en capítulos y en el capítulo XIII de su libro VII, recomienda desprender la encía alrededor del diente para facilitar la extracción (sindesmotomía actual), la avulsión se hará posible con los dedos ó de lo contrario, se acudirá a la pinza, cuando son raíces las que hay que extraer, el instrumento a usar es el llamado por los griegos "rizagra". Celso inventó un útil espejo de boca.

El instrumental con que Celso practicaba la cirugía dentaria comprendía cuatro instrumentos:

- 1.- El cauterio, que era un simple vástago metálico enrojecido al fuego y que empleaba para la movilidad consecutiva a la atrofia de las encías.

- 3.- En el siglo III a. d. las civilizaciones de la India y China, en sus respectivos territorios, ya utilizaban el vidrio.
- 4.- En el siglo VII, una gran cantidad de vidrieras de la India y China, se trasladaron a Persia, donde se fundó la ciudad de "Nishapur", a donde se trasladaron los artesanos que habían aprendido a hacer vidrieras en sus respectivos países, en sus respectivos territorios.
- 5.- En el siglo VIII, se fundó la ciudad de "Bagdad", en Persia, donde se fundó una gran vidriera.

En el siglo II a. d. las civilizaciones de la India y China, ya utilizaban el vidrio en Persia, Asia menor, el este de Europa, el norte de la Antártida, en especial en Persia, donde se fundó la ciudad de Bagdad, la ciudad de Bagdad, donde se fundó una gran vidriera.



Figura 1. Vista interior de una habitación con una gran vidriera en el centro de la habitación, a la izquierda se ve un jardín con plantas y a la derecha se ve una gran vidriera.

Galeno considera a los dientes como masas óseas conteniendo nervios y da exactamente el número de dientes, así como el de sus raíces, también menciona los casos de erupción tardía del tercer molar, estableció la alimentación del diente por la pulpa y con ello consideró que eran dos las causas de las enfermedades de los dientes.

Sostuvo que la caries es una afección curable e hizo la distinción entre las enfermedades de la pulpa y de la raíz. Separó los dientes en incisivos, caninos y maxilares, llamándole la atención la disposición irregular de la configuración dentaria en ciertas bocas, afirma que los dientes pueden inflamarse y dar tres clases de dolores: uno con asiento en el diente, el segundo en la inflamación de las encías y el tercero en la compresión de los nervios, pero esos diversos dolores llegan a combinarse, y entonces es cuando la avulsión lo hace desaparecer en parte, por que el nervio no está comprimido en el fondo del alvéolo.

Recurría a la extracción sólo como recurso extremo, la consideraba como operación difícil y peligrosa, comenzaba apartando cuidadosamente la encía, con una lima desgastaba los dientes que sobresalían, pero realizaba esta operación con sumo cuidado y en varias sesiones, teniendo mover el diente.

Contra las odontalgias aconseja los baños de vapor y las preparaciones de beleño, si el dolor persiste se perfora el diente con un pequeño trépano y se introducen los remedios apropiados por medio de una sonda.

Galeno notó que los dientes que no poseen antagonista se alargan y mueven, nutriéndose más de lo normal. Empleaba como instrumentos: el forceps ordinario para los dientes coronados, el rizagre para las raíces y la volsella para las esquizas. Figura no. 14.



Micromo. No. 10. Este tipo de micromo es el tipo que se conserva en el museo de la...

CONCLUSIONES

La medicina que surgió en el mundo antiguo, y que se mantuvo en el primer milenio de nuestra era, fue una medicina que se basaba en la magia y en la superstición. Los médicos de esa época eran hechiceros y sacerdotes, y sus curas se basaban en los amuletos, los talismanes y los encantamientos. La medicina que surgió en el mundo antiguo, y que se mantuvo en el primer milenio de nuestra era, fue una medicina que se basaba en la magia y en la superstición. Los médicos de esa época eran hechiceros y sacerdotes, y sus curas se basaban en los amuletos, los talismanes y los encantamientos.

La medicina que surgió en el mundo antiguo, y que se mantuvo en el primer milenio de nuestra era, fue una medicina que se basaba en la magia y en la superstición. Los médicos de esa época eran hechiceros y sacerdotes, y sus curas se basaban en los amuletos, los talismanes y los encantamientos.

Sobre todo en el período de la antigüedad, en el que la medicina científica de Grecia y de Roma surgió, se mantuvo la medicina vulgar empírica. Los médicos de esa época eran hechiceros y sacerdotes, y sus curas se basaban en los amuletos, los talismanes y los encantamientos.

Había la creencia muy antigua y que ya vimos entre los babilonios, asirios y egipcios de que los demonios avanzaban sigilosamente para penetrar en el cuerpo humano tomando la forma de un gusano, causando enfermedades dentales y generales.

La medicina popular curaba los dolores dentarios mediante métodos químicos, mecánicos, de magia o brujería. Los métodos químicos eran vinagre caliente en forma de buches, cebolla, higos hervidos, agua salada, aguardiente, cuernos de ciervo reducidos a polvo y mezclados con vino, aceite de clavo, jengibre, pimienta, hojas de rosas hervidas y miel.

Una superstición muy difundida en la edad media en los -- países nórdicos es la que tomaba una astilla de la parte norte de un árbol (que era considerada la parte santa), se tocaban el diente dolorido con esta astilla y se volvía a colocar -- debajo de la corteza en el árbol. La adoración de los árboles y bosques ya tuvo mucha importancia en la época de los paga--nos, creían que las almas de los muertos vivían en los árboles y en los bosquecillos. También arrancaban el diente de un mu--erto y con el frotaban el diente enfermo, creían que el diente de un asesinado tenía propiedades curativas, así como éstos -- había otros métodos de brujería en que se maldice el dolor de dientes.

El cristianismo cambio la adoración de los demonios y supersticiones en fuerzas sobrenaturales por la adoración de los santos y mártires, que tenían cada uno una enfermedad distinta para sanar; así para el dolor dentario la patrona era Santa Apolonia.

Durante varios siglos la edad media no ocurre nada que -- pueda conceptuarse un adelanto en la odontología, el trata--miento de los enfermos era psicoterapéutico: pomadas que sa--naban, bálsamos que mitigaban dolores y bebidas curativas complicadas de plantas de jardines de los monasterios.

Las mismas normas científicas que para la medicina regia--a la odontología, casi todos sus autores escriben en sus li--bros de anatomía sobre los dientes y métodos curativos de las enfermedades dentarias. Cuando los autores de Salerno, hablan

de extracciones de dientes, se refieren al Artífex peritus o sea el bañero o peluquero a quién se relegaba esa parte del trabajo.

Guillermo de Saliceto fue el primer cirujano en aconsejar la extracción del diente adolorido. Escribió sobre extracciones dentarias y se manifestó escéptico sobre los métodos antiguos de provocar la caída espontánea de los dientes, y aconseja descarnar un poco la encía alrededor del diente y extraer con forceps. Aconseja limpiar la herida post-extracción con mirra y vino, fue un cirujano hábil y experto y buscó dar una base quirúrgica a la extracción dentaria, siendo una novedad en la edad media, pues su método de extracción ya se aparta de las técnicas del humo y de los amuletos.

ARABIA

Mientras Europa se sumergía en la noche espectral de la edad media con su secuela de atraso y horror, en que parecía que todas las conquistas de las civilizaciones pasadas quedarían relegadas al olvido, hubo sin embargo un pueblo que tomó bajo su protección la herencia civilizadora de la antigüedad, la perfección y luego irradió sus luces al occidente: los árabes.

Se cree que durante su vida nómada no padecieron de enfermedades dentales, pero cuando se establecieron surgió la necesidad de tener dentistas, dado que los árabes apreciaban la belleza física de los dientes, especialmente en las mujeres.

Lo mismo que en las otras ramas científicas, los árabes se destacaron también en la odontología, se sabe que obturaron los dientes con una composición de almácigo, cemento y alumbre. Respecto a la extracción tenía el mismo concepto que los romanos y sólo recurría a ella en último extremo, debilitando antes las adherencias del diente con aplicaciones de hierro candente, en caso de periodontitis usaba la sangría o la escarificación sobre las encías.

En el siglo X alcanza la medicina y las ciencias su más alto vuelo entre los árabes y que tienen como dignos exponentes los dos médicos más famosos de este tiempo: Avicena y - - - Albucasis.

Avicena (980-1037) en su obra principal Canon Medicinae , estudia profundamente la anatomía y filosofía, se preocupó del corte de la encía en los niños durante la primera erupción , escribió sobre las enfermedades de las encías, tales como úlceras, supuración y retracción.

Habla del crecimiento continuo de los dientes y del alargamiento que sufren los que pierden su antagonista, se opone a dentríficos muy caústicos porque atacan los dientes y ante los dolores expresa: "si se siente en un diente una sensación de dolor pulsátil es que hay demasiada humedad en la raíz, debe entonces perforarse el diente para vaciarlo y facilitar la aplicación de agentes terapéuticos". Avicena siguió los conceptos de Galeno y al igual que los otros médicos árabes no practicó la disección anatómica por contrariar a ello sus creencias religiosas ni practicó la cirugía pues según el, la cirugía era una práctica inferior a la medicina y por lo tanto , debía ser practicada por individuos de rango social inferior.

Esta opinión de Avicena prevaleció en Europa durante siglos, y así la cirugía y por ende la odontología quedó relegada a las manos de barberos, verdugos, encargados de casas de baño y sacamuelas vagabundos, esta distinción entre la superioridad del médico y la inferioridad del cirujano prevaleció hasta el siglo XVII y comienzos del XVIII.

Albucasis (936-1013), escribió un tratado de cirugía, El Albasrif dividido en tres partes, la primera parte, es el tratamiento por cauterización e incisiones, la segunda, corte y extracciones y la tercera, sobre fracturas de los dientes.

En su segundo libro, el gran Albusasis que ha sido considerado justicieramente el más renombrado de los estudiosos árabes, muestra una gran cantidad de instrumentos dentarios. Presenta la operación del labio leporino y señala su éxito en los casos congénitos.

EPOCA POST-ARABICA.

En la edad media las universidades, la medicina y el ejercicio de curar dependían directamente de las autoridades religiosas, y la influencia de la religión era muy grande en todos los aspectos de la vida.

Al respecto dice José M. Fiorini: "Cabe como lógica consecuencia pensar que un ambiente combinado por el poder grande de la iglesia y el estado de superstición propio de la época, nazca la creencia del poder de los santos de curar y aliviar las enfermedades". Ese estado religioso había llegado en algunos casos a obtener una real cura, producida por autosugestión consecuentemente a una reacción intensa del sistema nervioso.

Por cierto que nuestra especialidad, la odontología estaba bien representada por "Santa Apolonia". Su leyenda cuenta que en el siglo III año 248, hubo en Alejandría una gran persecución contra los cristianos, durante los desmanes perpetrados, los paganos encontraron que no había huído una mujer anciana y virtuosa, llamada Apolonia. Fue golpeada y según se refiere la crónica "le fueron quebrados todos los dientes con una piedra y con la misma le abollaron el rostro, indignados por su serenidad fue amenazada con ser quemada viva, pero ella misma se arrojó al fuego", figura no. 17 y 18.



Figura no. 17



Figura no. 18

... que se ha observado en el curso de la investigación, que en los casos de infección por el virus de la rabia, el animal infectado puede permanecer en su estado de salud normal durante un período de tiempo considerablemente largo.

En el presente trabajo se describe el caso de un perro infectado con el virus de la rabia, que permaneció en su estado de salud normal durante un período de tiempo considerablemente largo, lo que permitió la realización de una serie de experimentos que demostraron que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo.

Los resultados obtenidos en estos experimentos demuestran que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo, lo que permite la realización de una serie de experimentos que demostraron que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo.

Los resultados obtenidos en estos experimentos demuestran que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo, lo que permite la realización de una serie de experimentos que demostraron que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo.

RESUMEN

En el presente trabajo se describe el caso de un perro infectado con el virus de la rabia, que permaneció en su estado de salud normal durante un período de tiempo considerablemente largo, lo que permitió la realización de una serie de experimentos que demostraron que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo. En un edificio latino atribuido a la familia de la familia, que se encuentra en la biblioteca de la biblioteca de Roma, se ven algunas cosas sobre tratamientos curativos de uno de los cuales se encuentra el virus de la rabia de su filial (fig. no. 20.3).

Se ha observado que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo, lo que permite la realización de una serie de experimentos que demostraron que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo. Los resultados obtenidos en estos experimentos demuestran que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo, lo que permite la realización de una serie de experimentos que demostraron que el virus de la rabia puede permanecer en el sistema nervioso central del animal infectado durante un período de tiempo considerablemente largo.

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

... y el dolor de la vida, el dolor de la muerte, el dolor de la eternidad, el dolor de la eternidad...

Brevemente se lo expone, pero con
debe tenerse el cuidado de no ser
de un lado, y de otro, y de otro,
y la conciencia debe estar en su
lugar, en su lugar, en su lugar.

Para comprender mejor el
esta en el progreso y en el desarrollo
en el mundo, y en el mundo, y en el mundo,
deberos ver fuertemente el poder
honorable en realidad, en el mundo,
resistencia y el desarrollo, en el mundo,
la edad media.

Recordemos que en la edad media, cuando se
toda con menosprecio a sus esfuerzos y a su
te, el fuerte y el sano se olvidaban de
esto era una prueba de debilidad de carácter,
del mundo, pero con el desarrollo de
los primeros siglos de nuestra era, se
reald y el dolor se olvidaban de sus
necesidad y el dolor se olvidaban de sus
necesidad y el dolor se olvidaban de sus
necesidad y el dolor se olvidaban de sus



En la edad media se consideraba a la limpieza como una prueba de blaqueza carnal, de amor al lujo y de aficiones mundanas. No había cuartos de baño en las casas, ni alcantarillas en las calles, se comía con las manos y cuchillo pues no existían, las sobras se tiraban al suelo para que las comieran los animales domésticos. De allí las prodigiosas epidemias y pestes que asolaban las poblaciones durante largos años.

La única contribución cultural de la edad media, fue la fundación de las universidades y el comienzo de la educación intelectual.

El origen de los barberos cirujanos se halla en dos edictos de la iglesia, uno de los cuales establecía en 1092 que los monjes y sacerdotes debían ir afeitados y no barbudos como hasta entonces, en consecuencia se hizo aprender el oficio de barberos a gente que vivía en los monasterios para servir a los clérigos, los barberos cuidaron desde entonces de los menesteres quirúrgicos, haciendo sangrías, habriendo abscesos, corrigiendo y entablado fracturas, cortando brazos y piernas, y eran también dentistas extrayendo dientes y muelas.

Por el hecho de estar mezclada la medicina con las creencias teológicas de la época tenemos que en el siglo XVI, cuando el belga Andrés Vesalio, demostró cual era la verdadera anatomía del cuerpo humano, se levantó contra él un clamor unánime de protesta por haberse atrevido a discrepar con lo que Galeno y la autoridad consagrada había dicho sobre el tema.

Y cuando un siglo después el inglés Guillermo Harvey demostró la circulación de la sangre por las arterias y venas, su teoría se puso en tela de juicio, por que Galeno y Aristóteles habían dicho que era de manera diferente.

Por ello no es de extrañar que desde la caída del imperio romano hasta el siglo XIV no hubiera en Occidente progreso científico digno de mención, durante el renacimiento hubo un cierto progreso en la medicina, pero casi ninguno en odontología.

1. En el caso de un individuo que se ha sometido a un
 ensayo de extracción de un diente, el diente extraído
 debe ser examinado cuidadosamente. Véase el
 Vocablo "Dado el diente extraído". Véase
 Figuras 10, 11.



Figura No. 11. De arriba a abajo: (a) Vista
 del seno más grande, que es el seno coronario, que
 cubre los vasos sanguíneos que se encuentran
 en la corona respectiva. Por cada 400 milímetros cúbicos
 necesitan ser nocidos a 20 milímetros cúbicos de

el general en la extracción de un diente
 en el caso de un individuo que se ha sometido a un
 ensayo de extracción de un diente. Véase el
 vocablo "Dado el diente extraído". (Fig. No. 10).
 Los individuos que se someten a esta
 profesión, se ven afectados por un tipo de
 repente la extracción de un diente, que se
 desarrollan en ella, y que se ven afectados por
 ellos entre otros.



El 15 de mayo de 1914, el gobierno de los Estados Unidos declaró la guerra a Alemania, y el 18 de mayo, el presidente Wilson declaró la guerra a Austria-Hungría. El 6 de junio de 1914, el presidente Wilson declaró la guerra a Turquía. El 11 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Bulgaria. El 13 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Hungría. El 15 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Rumania. El 17 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Serbia. El 19 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Grecia. El 21 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Rumania. El 23 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Hungría. El 25 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Bulgaria. El 27 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Hungría. El 29 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Hungría. El 31 de noviembre de 1918, el presidente Wilson declaró la guerra a Hungría.

En un momento en que el mundo estaba en un estado de confusión política a consecuencia de la revolución rusa y en el año XV, el rey de Francia protestó contra el hecho de que los franceses fueran obligados a extrañar la patria por haberse comprometido en una guerra.

A principios de mayo en el estado de Nueva York, un hombre de nombre James en Alemania, Francia y España, se comprometió a servir a los ejércitos de los ejércitos, y se comprometió a servir a los ejércitos en el estado de Nueva York, y se comprometió a servir a los ejércitos en la guerra civil, y se comprometió a servir a los ejércitos en la guerra civil. Practicaban el arte de la guerra, y se comprometían a servir a los ejércitos, y se comprometían a servir a los ejércitos. Esa era la guerra que se estaba librando, y se comprometían a servir a los ejércitos, y se comprometían a servir a los ejércitos.

Así en el año XV, el mundo estaba en un estado de confusión política a consecuencia de la revolución rusa y en el año XV, el rey de Francia protestó contra el hecho de que los franceses fueran obligados a extrañar la patria por haberse comprometido en una guerra. Practicaban el arte de la guerra, y se comprometían a servir a los ejércitos, y se comprometían a servir a los ejércitos.



С. 192, 193, 194.

Восстановление, при котором не было бы ни одной из этих функций, не представляло бы для нас ни малейшего интереса. Мы считаем, что в настоящее время мы должны сосредоточиться на изучении того, что произошло в последние несколько лет, и на том, как мы можем использовать этот опыт в будущем.

Вопрос о том, как мы можем использовать этот опыт в будущем, является одним из самых важных. Мы должны помнить, что мы не можем позволить себе повторить те же ошибки, которые мы совершили в прошлом. Мы должны научиться извлекать уроки из своего опыта и использовать их для улучшения своей работы.

Вопрос о том, как мы можем использовать этот опыт в будущем, является одним из самых важных. Мы должны помнить, что мы не можем позволить себе повторить те же ошибки, которые мы совершили в прошлом. Мы должны научиться извлекать уроки из своего опыта и использовать их для улучшения своей работы.

EDAD MODERNA.

En el siglo XVI las ciencias comenzaron a ser enseñadas en la escuela, lo cual tuvo suma importancia para su desarrollo. En este período hay especialmente la invención de la imprenta por el alemán Gutenberg en 1450 y va no fue necesario que una persona que viajara se allegara a un monje de los monasterios o le pidiera al escriba científico para que éste le trasladara al latín. La consecuencia fue más fácil allegar esos conocimientos al público en general.

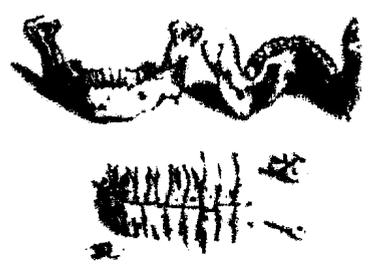
A mediados del siglo, Walther Hermann Ryff (1470-1550), presenta el primer trabajo original en alemán de "dentaria" de los reinos de conservar la boca, los dientes y las encías sanas, frescas y en buen estado " figura no.26. Menciona por primera vez el pelicano, que otro autor, Dionisio, remonta a la época de los romanos. Pero se cree que su invención se produjo alrededor del año 1550, y se le usó por espacio de dos siglos. Posteriormente dio lugar a una llave que se llamó "dentaria". Ryff también estudió la relación entre las afecciones dentales y oculares, haciendo resaltar su importancia.

Walther Ryff falleció en 1552. Escribió varias obras de medicina; fueron cirugía menor el 1542 y cirugía mayor en 1545.



Figura no.26. Este trabajo de Walther Ryff resume algunos conocimientos que escribió sobre el tratamiento dental.

Ambrosio Paré, nacido en Bourg Herment, Francia (1510-1590), el cirujano más célebre en el siglo XVI. Su primer estudio fue de barbero a los 19 años, en cinco meses estudió medicina y odontología. Fue el primero que ligo las arterias y las venas en las amputaciones. Llama la atención que los años no tuvieran más que 20 dientes. Aconseja también el uso de la fuerza de la erupción dental, al igual en el desarrollo de los dientes durante el período de erupción de la primera y segunda dentición. Vemos así que Vesalios es el precursor de los métodos quirúrgicos modernos del tercer molar. Fue el padre de la anatomía moderna que se revela en su libro De Humani Corporis Fabrica, Figura no. 27.



Luego nos encontramos con Ambrosio Paré, nacido en Bourg Herment, Francia (1510-1590), el cirujano más célebre en el siglo XVI. Su primer estudio fue de barbero a los 19 años, en cinco meses estudió medicina y odontología. Fue el primero que ligo las arterias y las venas en las amputaciones. Llama la atención que los años no tuvieran más que 20 dientes.



Figura no. 27. científico, describió la pulpa, la dentadura humana, como también la estructura de la boca y la salida de la saliva de la boca.

El mismo autor recomienda utilizar los instrumentos en las cavidades intersticiales, reconoce la importancia de tener una idea de la delicadeza de la extracción en su obra, figura no. 28, título del capítulo XXVII de su libro: Instrucciones para extraer y romper los dientes.

Título evidentemente impresionante, sobre todo cuando se piensa el pensar la triste suerte de aquellos infelices que se sometían a las atrocidades de aquellos procedimientos de factuosos y brutales. En su obra presenta algunos dibujos e ilustraciones de muchos instrumentos dentales, figura no. 28.



Figura no. 28. Los instrumentos recomendados por los cirujanos Ambrosio Paré, Malther Wyff, y Johannes Scultetus para el tratamiento odontológico y la extracción de los dientes se basaban en su experiencia personal y en sus indicaciones hechas oralmente.

En cierta parte de su obra dice: "Algunas veces cuando un diente está firmemente implantado, es preferible romper su corona en lugar de extraerlo para poder actuar por medio de cáusticos, sobre el nervio dental".

Paré empleaba el pellicano, el descarnador, el gatillo y bobra. Habla del "poussoir" que es un elevador análogo al que de cabra, y para operar hacia sentar al paciente sus abajo mantenía su cabeza entre las piernas, figura no. 29., igual que Albucasis.



1898 - 29

El extracto de la obra de Paré sobre el uso del pellicano en la extracción de los dientes, es el siguiente: "El uso del pellicano es el más seguro y el más fácil de manejar, pero el más peligroso de usar, porque si no se maneja con cuidado se puede fracasar y quitar tres dientes, dejando el malo y el bueno dentro". De esta obra se han extraído las fotografías de la mandíbula.

Referente a la técnica de la extracción de los dientes, Paré decía: "Es necesario que el extractor tenga suficiente fuerza para sacar los dientes, por cuanto se necesita mucha fuerza para el debido uso del pellicano, pues si no se maneja con cuidado se puede fracasar y quitar tres dientes, dejando el malo y el bueno dentro". De esta obra se han extraído las fotografías de la mandíbula.

Acensó no recurrir a la violencia en la extracción de los dientes y la sintomatología previa. Respecto a la técnica de la extracción de los dientes, Paré presenta correctamente: "El uso del pellicano, el más seguro", en francés antiguo (ver los detalles en el capítulo 10 de su obra Viajes a los cerros de los cerros).



32
[Illegible text]

... [Illegible text] ...

... [Illegible text] ...

... [Illegible text] ...

En ésta obra llama la atención del gobierno con la siguiente acusación: "La negligencia de los cirujanos más célebres al abandonar esta parte del arte, al cultivarla poco, ha sido la causa de que gentes sin teoría y sin experiencia se hallan apoderado de ella y la practiquen al azar, sin tener principios ni métodos."

Desde entonces, las instituciones comprendieron la importancia de esta rama del arte de curar y se hizo estudiar y dar una prueba de competencia a los que se dedicaban a la ciencia dental.

Pierre Fauchard, espíritu estudioso y atento, vio las desagastosas complicaciones que producian los charlatanes, dedicándose a combatirlos y a elevar la profesión dental a un rango más digno, ejerciéndola con dedicación y estudio, fue tal su fama que varios reyes fueron hacia él en busca de sus cuidados odontológicos.

Describe el orden de la evolución del sistema dentario y da a conocer los accidentes de la dentición. Respecto a la extracción de los dientes temporarios, cree Fauchard que no se les debe extraer salvo en casos de extrema necesidad, pues son dientes destinados a caerse solos. El mismo criterio aplica a los dientes permanentes, en que solo realiza la extracción cuando todos los medios conservadores han fracasado, cree que pueden extraerse durante el embarazo y la lactancia.

Sin embargo Fauchard tuvo en ortodencia conceptos ciertos que aún hoy se mantienen como clásicos: rechaza las extracciones prematuras como tratamiento de las anomalías y hace notar que los incisivos y caninos son las piezas dentarias más frecuentemente afectadas por los trastornos.

Clasifica las anomalías en: dientes torcidos, analineados e inclinados. Describe un método quirúrgico para el tratamiento de las anomalías dentarias y dice: "un buen pelicano en manos hábiles y diestras logra luxar extemporaneamente un diente desviado y colocarlo convenientemente". Además nos muestra una serie de procedimientos ortodónticos con hilos, resortes y alambres, pero sostiene que éstos tratamientos son largos, difíciles de ejecutar y poco prácticos, y cree que el me-

jor es su tratamiento quirúrgico. Sostiene que para ejercer — fuerza mecánica sobre uno o varios dientes es menéster tener — un punto de apoyo e ideo para ello "bandas" que se sujetan a — los dientes de "anclaje", concepto de gran importancia en or — todoncia.

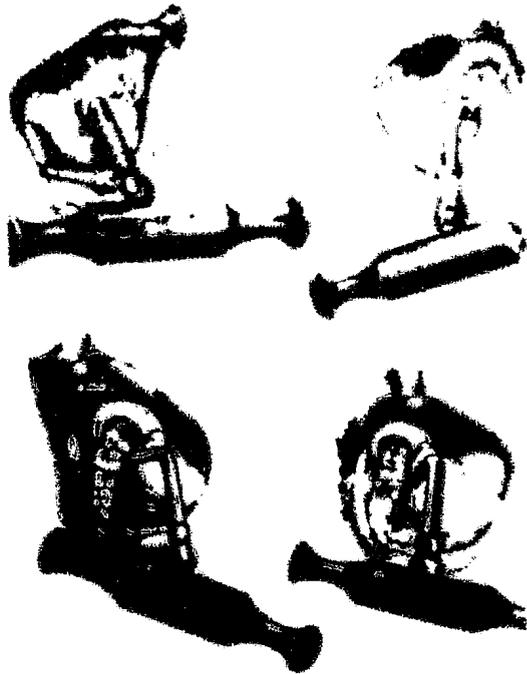
Usaba limas y fresas de mano, describe muy detalladamente como debe mentarse el paciente, como pararse el operador y las distintas posiciones del mismo de acuerdo al lugar y arcada en que se encuentre la cavidad. No usaba espejo y por ello era — muy importante colocar la cabeza del paciente en la posición — más accesible.

En caries profundas cauterizaba de preferencia, después — colocaba una pequeña torundita de algodón embebida en eugenol y luego obturaba. Cauterizaba o quemaba empleando una aguja de tejer, cuando la caries llegaba a la "cavidad del diente" — (pulpa):

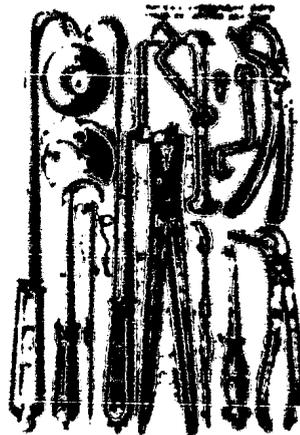
En nuestros días, al cumplirse en 1961 dos siglos de su fa — llamiento se realizaron en París, diversas ceremonias conme — morativas, alusivas al " creador de la dentisteria moderna" y — La reedición de su obra Le Chirurgien Dentiste, agotada y la — emisión de un timbre conmemorativo. Homenaje justiciero, digno de la gran tradición cultural y científica de Francia.

En 1740, Garengeot modifica la llave ideada por el herma — no Come y se conoce desde entonces con el nombre de llave de — Garengeot. Figura no.36. Algunos autores consideran que ese — instrumento ya era conocido y usado en Inglaterra con el nom — bre de llave inglesa.

Jacques Guillemeau, discípulo de Ambrosio Paré, cirujano — distinguido como su maestro, ofrece en sus "Oeuvres de Chirur — gie" buenos instrumentos odontológicos, figura no.37., así co — mo también una receta para la fabricación de dientes artificia — les y material de obturación a base de polvo y mastix. Su li — bro: "El dentista servicial vio la luz" en alemán.



36
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35



37
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

El aparato de Maury, que se ilustra en la figura 35, es un aparato de tracción que se emplea para el tratamiento de las luxaciones de los miembros superiores. Se compone de un eje horizontal que se fija a la pared y de un eje vertical que se fija al miembro lesionado. El eje horizontal tiene un gancho y placa no visible, que se fija al miembro lesionado. El eje vertical tiene un gancho y placa no visible, que se fija al miembro lesionado. El eje horizontal tiene un gancho y placa no visible, que se fija al miembro lesionado. El eje vertical tiene un gancho y placa no visible, que se fija al miembro lesionado.

F. Maury, inventa en la escuela de la Universidad de París, un aparato de tracción que se emplea para el tratamiento de las luxaciones de los miembros superiores. Se compone de un eje horizontal que se fija a la pared y de un eje vertical que se fija al miembro lesionado. El eje horizontal tiene un gancho y placa no visible, que se fija al miembro lesionado. El eje vertical tiene un gancho y placa no visible, que se fija al miembro lesionado. El eje horizontal tiene un gancho y placa no visible, que se fija al miembro lesionado. El eje vertical tiene un gancho y placa no visible, que se fija al miembro lesionado.

Hace resaltar las ventajas de ciertos ejercicios de tracción y la tolerancia de los miembros, así como la curvatura de la mano no dejarse traccionar por el enfermo, para no inducir en desagradables confusiones, al sacar un miembro por otro.

Maury introduce ciertas modificaciones a la ligadura de Garengeot, de modo que al hacer los movimientos de flexión, ninguna parte de los mordientes se apoye sobre el miembro lesionado, excepto, el extremo del gancho que encaja en el cuello del miembro.

Figura no. 35.

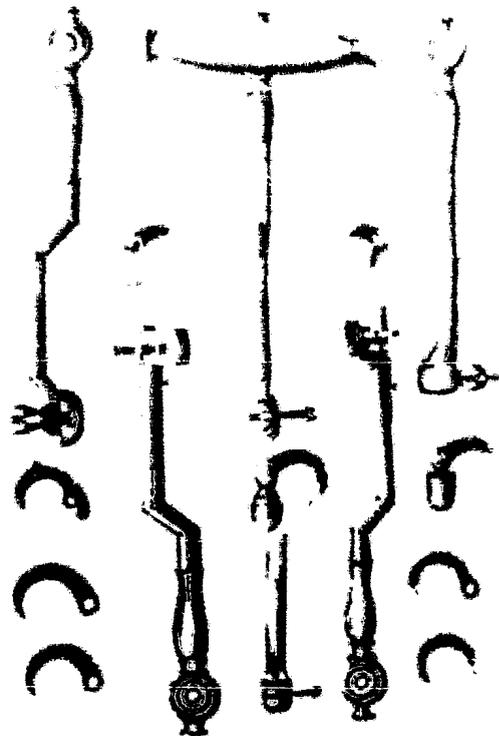


Figura no. 36. Aparato de Maury para el tratamiento de las luxaciones de los miembros superiores.

En la vorágine de la Revolución Francesa surgen en 1792 , un decreto inicitado que suprime todas las facultades y todos los colegios de cirugía y libra el ejercicio de la medicina y de la cirugía a la ignorancia y al charlatanismo. Esto dio por resultado una situación deplorable con accidentes graves para la salud dental y general de la población, la cual trató de — poner término Napoleón Bonaparte, como primer cónsul.

Merced a ésta ley, nadie podría ejercer ni la medicina , cirugía u oficial de salud, sin el título de doctor en medicina o de cirugía, luego de rendir un exámen en las seis escuelas de medicina.

Sin embargo, dicha ley ofreció la laguna de no referirse — específicamente a la profesión dental, ello trajo como consecuencia en Francia una inundación de charlatanes que se pregonaban dentistas en plazas, muelles y en todo lugar público , donde pregonaban sus curas maravillosas para captar la admiración de los espectadores. Figura no.39.

En la actualidad la odontología es ejercida en Francia por los dentistas patentados, por cirujanos dentistas del régimen de tres años de estudio ó expertos-dentistas, los cirujanos - dentistas del nuevo régimen de cinco años de estudio.

A principios del siglo XIX la odontología inglesa progresó rápidamente, tanto en importancia como en servicio. En 1800 - Robert Black publicó un trabajo sobre anatomía dental.

Joseph Fox dio conferencias a los estudiantes de medicina del hospital Guy de Londres en 1803, a las que siguieron — otras conferencias de Thomas Bell y S. J. Salter.

Ya la educación odontológica moderna había tenido comienzo en 1776 cuando James Rae, de la Sociedad de Cirujanos, dio una serie de conferencias sobre dentística " para salvar a ésta — rama de la medicina de manos ignorantes e inhábiles " .
Figura no.40 .



33
 The photograph captures a moment of interaction at what appears to be a public event or fair. The central figure, a man in a dark suit and hat, stands behind a table, possibly a booth or information desk. He is surrounded by a group of people, some of whom are looking towards him. The background is filled with more people and structures, suggesting a busy public gathering or fair.



40
 The photograph shows a man in a dark suit and hat standing in a room. He is looking towards the right side of the frame. To his left is a tall, ornate cabinet or display case filled with various items. To his right is a large, dark, draped object, possibly a piece of furniture or a display. The lighting is dramatic, with strong highlights and deep shadows.

Evrard era un habilísimo constructor de instrumentos, al huir de Francia por su participación en un movimiento revolucionario, propuso a John Tomes construir forceps que " se adaptaran exactamente a la forma del cuello de los dientes ".

Forjaba él mismo los forceps y daba forma a los mordadientes, adaptándolos a dientes naturales que conservaba en -- frascos. Cada forceps era la obra de un verdadero artífice y era la expresión de la perfección como adaptación a los dientes a que estaban destinados.

Aún en el siglo actual se buscan en Europa los forceps fabricados por Evrard, por que se les considera como los más perfectos que se hayan construídos. Figura no. 41.

En Holanda encontramos el Instituto Dental de Utrecht, como departamento de la universidad del estado, que evolucionó -- desde la casa de tres habitaciones en su fundación 1865, hasta el nuevo gran edificio inaugurado en 1910, que pocos años después ya resultaba pequeño ante la gran afluencia de estudiantes. Figura no.42.

La primera sociedad dental holandesa data de 1881. Aparece otra en 1904, y en 1914 es fundada la sociedad nacional y empieza a publicarse mensualmente una revista dental.

Tal como ocurría en todos los pueblos en esa época, de la historia, en 1904 se funda la primera escuela dental de México como rama de la escuela de medicina y era llamada consultorio dental.

En 1910 fue fundada la actual escuela de odontología separada de la escuela de medicina, por Justo Sierra, quedando -- incorporada a la Universidad Nacional de México el 9 de Mayo de 1914. El primer director de la escuela fue el doctor Ricardo Cronbe.

Durante las diferentes épocas de la historia, nos da una idea de como trabajaba el dentista, de una manera severa e inverosímil.

Hemos visto así, que la profesión odontológica ha sido fecunda, mas confiamos en que la era científica, en que dedidida mente ha entrado la odontología, después de su fatigoso camino recorrido, sirva para eliminar las últimas secuelas de su borrascoso pasado. Ella y sus estudiosos lo merecen y la humanidad doliente también.

DEFINICIONES DE LA EXTRACCION DENTAL.

EXODONCIA.- Término americano (de origen inglés), que implica el acto operatorio por el cual avuñionamos el diente - del alvéolo.

EXODONCIA.- Es la rama de la odontología que se encarga de la extracción de los dientes que han perdido su función, ya sea por caries, infecciones pulpares, infecciones del parodonto, en tratamientos ortodónticos o cuando los tratamientos endodónticos han fracasado.

EXTRACCION DENTAL.- Es el acto quirurgico que se realiza, para la extracción de un diente y el cual queda regido a principios quirúrgicos actuales.

EXTRACCION DENTAL.- Es el acto quirúrgico que se encarga de la avulsión del diente, acto que queda regido a técnicas exodónticas y de asepsia actualizadas.

SINDESMOTOMIA.

La sindesmotomía es una maniobra que tiene por objeto desprender las inserciones gingivales del diente a extraer. La sindesmotomía es una maniobra imprescindible en la extracción dentaria. Además que evita el desgarramiento de la encía, permite colocar los bocados del forceps a la altura del cuello del diente, previene complicaciones y facilita la extracción contribuyendo a lograr mejores postoperatorios.

Consta de dos tiempos:

1) Superficial, se efectúa una incisión en el fondo de la bolsa fisiológica y se contornea completamente lográndose la sección de ligamento circular de Kollíker.

2) Durante el segundo tiempo, es más profundo, se efectúa la sección del ligamento alveolo-dentario y al profundizar - - enérgicamente el sindesmotomo se logra la primera dilatación de las paredes alveolares.

Los instrumentos diseñados para esta maniobra son: sindesmotómos, tenemos los de Champret, bisturí Bard Parker, el periostotómo, con un botador recto, legra y con una hoja de la pinza de curación.

El instrumento sostenido con la mano derecha, debe introducirse por debajo de la encía, seccionando circularmente las adherencias gingivales del diente. Esta maniobra se realiza en la cara bucal y lingual o palatina de los dientes, previa sección con el bisturí del rodete gingival y de la base de las lenguetas interdientarias proximales. De los instrumentos señalados el periostotómo es el que cumple mejor los propósitos a que está destinado. Empleando el sindesmotómo, el instrumento en algunos dientes puede introducirse profundamente en el "alcance de la región apical". Así es posible disminuir bastante las adherencias del diente a su alvéolo y facilitar la extracción. La legra, es un instrumento que tiene una área de trabajo filosa en el bisel, la más común es la legra del no.7, mediante movimientos de impulsión pegado al hueso, sirve para levantar tejido mucoperióstico e inserciones musculares. Debe tenerse cuidado de no perforar la mucosa. Debemos recordar que el periostio es fundamental para la regeneración ósea, sobre todo cuando existen o hacemos grandes mutilaciones del maxilar y mandíbula.

La maniobra quirúrgica correcta se realiza con un bisturí Bard Parker de hoja no. 15 y con el periostotómo, éste último instrumento es tan útil y tiene variadas aplicaciones, como en la cirugía moderna y efectiva.

TECNICAS DE EXTRACCION EN LOS DIENTES SUPERIORES

La extracción de los dientes superiores, no sigue una -- regla, no es una operación difícil como la de remover los dientes inferiores, como los dientes superiores, ya que estos -- son más accesibles y no hay mucha movilidad del maxilar, como en el caso de la mandíbula. Los dientes superiores son ex-- traídos principalmente con los forceps pero también se puede-- lograr con otros instrumentos como el elevador recto, y la -- aplicación de estos instrumentos, está descrita bajo la téc -- nica de extracción. Se debe tomar especial cuidado cuando es -- temos operando sobre los dientes superiores para proteger, la eminencia cusplídea, senos del maxilar, y no provocar lesiones a la tuberosidad del maxilar.

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.

La extracción del incisivo central superior, cuando la -- corona esta intacta, la técnica de extracción propiamente es -- muy simple. Cuando el diente es muy atacado por caries, se en -- contraran en ciertos casos algunas dificultades, el acceso al diente es favorable y las anomalías no son frecuentes.

Posición del paciente y operador. El paciente debe estar -- confortable y sentado, su espalda apoyada en el respaldo del -- sillón y su cabeza colocada en el cabezal que descansa sobre -- el occipital, es la altura que debe colocarse, el sillón varia -- según se valla a intervenir en el maxilar ó en la mandíbula.

Para realizar la exodoncia en el maxilar, se coloca el res -- paldo del sillón en un ángulo de 45° , la cabeza ligeramente in -- clinada hacia atrás de manera que la arcada superior forme un -- ángulo de 90° en relación con el eje del tronco, la arcada su -- perior del paciente a su vez, debe encontrarse más o menos a -- la altura de los codos del operador, de ésta manera tendremos -- una visión perfecta y a la vez un punto de apoyo mejor.

La mano izquierda debe colocarse de manera que con los de -- dos índice y pulgar se mantenga firmemente el maxilar. El pul -- gar apoyado en la cara palatina del diente y el índice cru -- zado horizontalmente sobre la encaía. El labio superior, se se -- para con éste dedo, pudiendo ser ayudado por los otros tres de -- dos en ésta maniobra.

Movimientos de extracción. Cuando la aplicación del forceps ha sido completa (fig. 43A) y el diente no ha sido perdido por fuerza excesiva, los movimientos de extracción son aplicados. Comensando por mover el diente un poco hacia labial (fig.43 B) y entonces se regresa el movimiento lingualmente (Fig.43 C), siendo cierto que el diente debe estar sujetado firmemente, en los bocados del forceps para realizar estos movimientos, mientras que se permite que los bocados se deslicen sobre la superficie del diente.

Cuidado y práctica deberán ser desarrolladas a juicio en esta aplicación. Los primeros 2 movimientos siendo completados un movimiento rotatorio (fig.43 D) es hecho, por lo cual el diente es ligeramente girado de labial a distal, seguido por un movimiento rotatorio reversible de labial a mesial (fig. 43E). Después de estos movimientos cuidadosamente hechos el diente deberá perder su implantación y es liberado del alvéolo con un movimiento tráctil hacia abajo y en línea con su posición original (fig. 43F). El monto ó cantidad requerida para ejecutar estos movimientos variará con dientes diferentes, y deberá seguir reglas cuidadosamente en cada caso.

Raiz cubierta por tejido de la encía. Cuando la caries se extiende hacia el cuello del diente, perdiendo éste su corona (también por traumatismo, una extracción mal realizada), el área está cubierta por tejido de la encía (fig. 44 A), en el tejido quizá conservado, se pasan los bocados del forceps, encontrandonos con la raíz (fig. 44 B), cuando los bocados son cuidadosamente abiertos, lo suficiente para pasar por encima de la raíz (fig. 44 C), ambos dilatando la encía, mejor que cortándola. Con los bocados abiertos hacia afuera de los margenes de la raíz limitados, seguros, y ejerciendo una presión constante hacia arriba, bastará generalmente para expulsarla de su posición; en estos casos pocas veces la raíz está firmemente adherida.

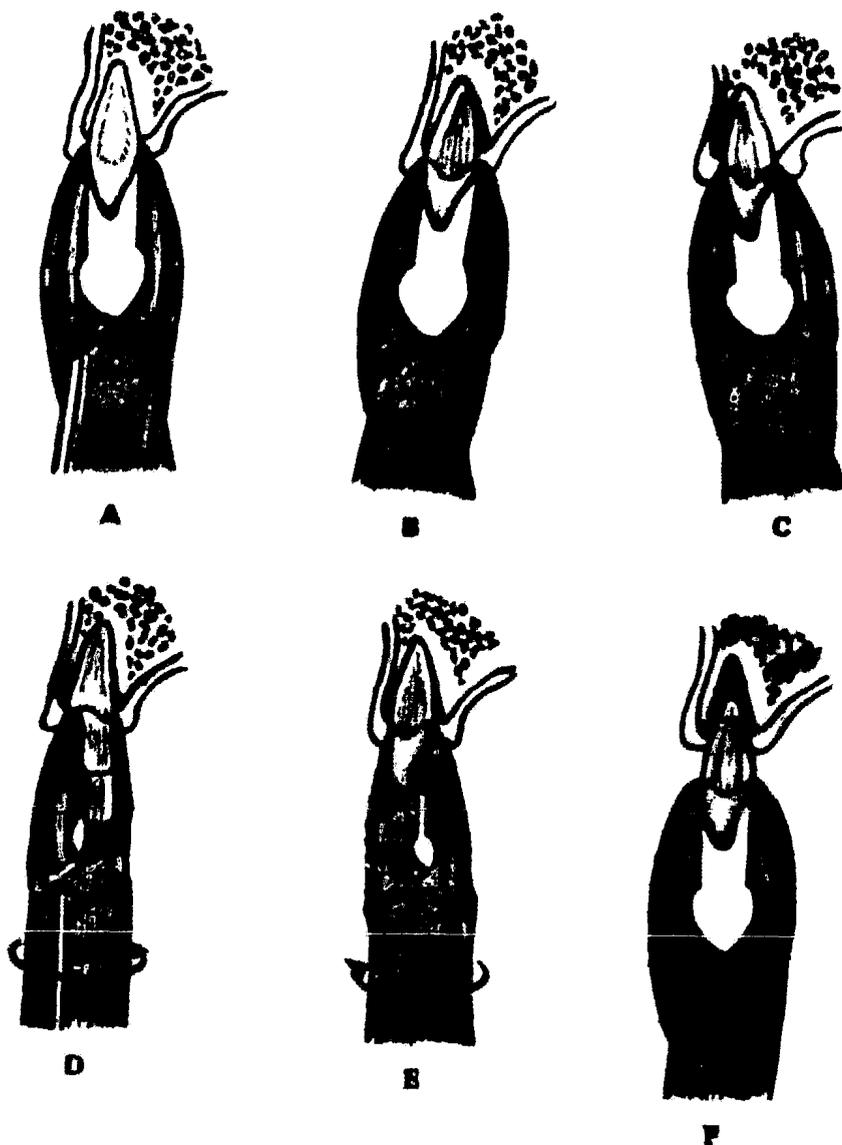


Figura.43 .- Movimientos de extracción para el incisivo-central superior. A, forceps no. 150 aplicado; B, primer movimiento para el lado labial; C, mov. reversivo al lado lingual; D, mov. rotatorio del lado labial al lado distal; E, mov. rotatorio reversible del lado labial hacia mesial; F, movs. trác-tiles en línea descendente con la posición original del diente.

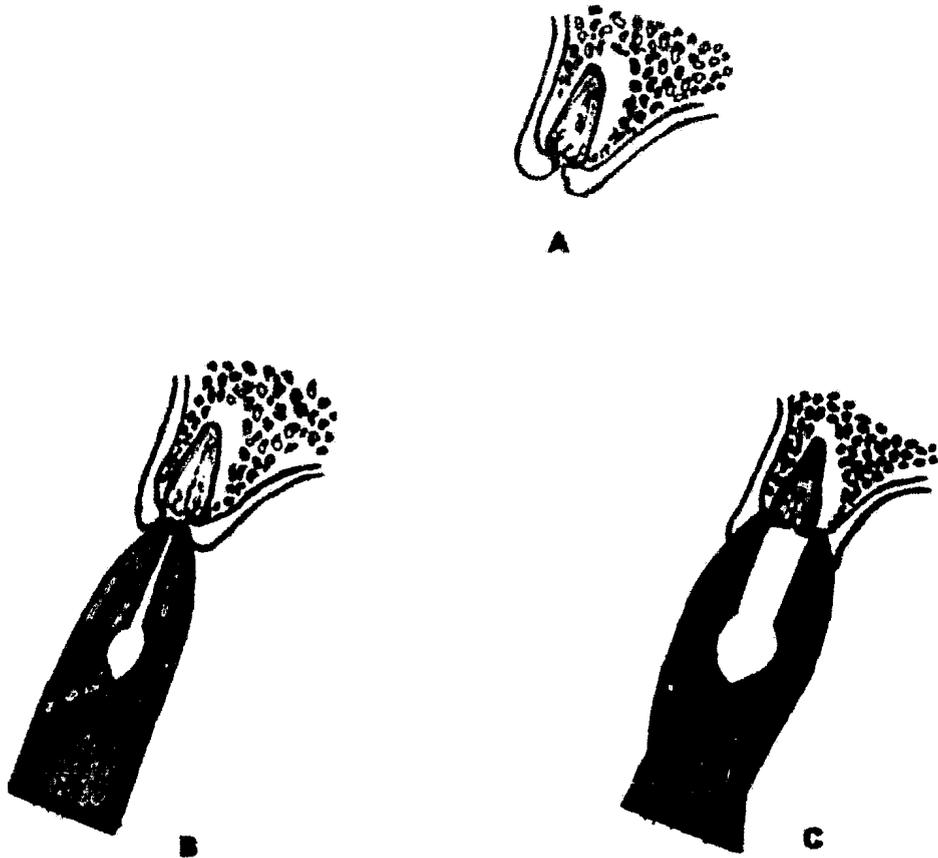


Figura no.44 .Método para el uso del forceps, donde el -
tejido de la encía cubre a la raíz. A; raíz de un incisivo cen-
tral superior cubierto por tejido de la encía. B, forceps no.
150, introducido entre el tejido de la encía, C; separando el
tejido y aplicando el forceps.

Elevador.- El uso del elevador recto, para la remoción de la raíz de éste diente, está indicado cuando la caries es extendida labialmente, pero una pared firme lingual remanente. Esta condición es muy común, el principio de la caries es cerca del margen de la encía labialmente sobre el incisivo central, es de mayor frecuencia.

La operación en éste caso es realizada, sosteniendo el mango del elevador alto en la palma de la mano y, sosteniéndolo tirantemente, pasando la cuchilla entre la pared lingual de el diente y el tejido de la encía (fig. 45).

Por éstos movimientos combinados la punta del instrumento es forzada entre la raíz y el proceso. La raíz es entonces expulsada de su alvéolo.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

La extracción de éste diente es un poco mas dificultosa — que la extracción del incisivo central superior, como el cuello del diente es mas estrecho y está expuesto a una fractura si no se obtiene un buen ajuste del forceps.

Movimientos de extracción.- Los movimientos de extracción son diferentes a aquellos aplicados al incisivo central. Los movimientos rotatorios no deberán ser probados aquí, como la raíz de éste diente es oprimida sobre sus superficies mesial y distal. Si la aplicación del forceps (fig.45 A) no ha sacado al diente de su alvéolo, el siguiente paso es dirigir el primer movimiento hacia el lado lingual (fig.46 B). Dirigiendo el forceps hacia el lado lingual, no deberá ser oprimida violentamente, como este movimiento es hecho principalmente con la intención de mandar el bocado ajustandolo sobre la cara lingual sobre el cuello del diente. Este movimiento es seguido trayendo al diente con la misma cantidad de fuerza hacia el lado labial (fig.46 C). El proceso alveolar siendo el débil sobre este lado, permite al diente ser forzado rápidamente en esta dirección, y es ganado un espacio considerado. Con estos 2 movimientos, en muchos casos el diente es liberado de sus ataduras, y, si no, serán repetidos hasta que sea perdido, cuando es traído hacia atrás a su posición original y la extracción -

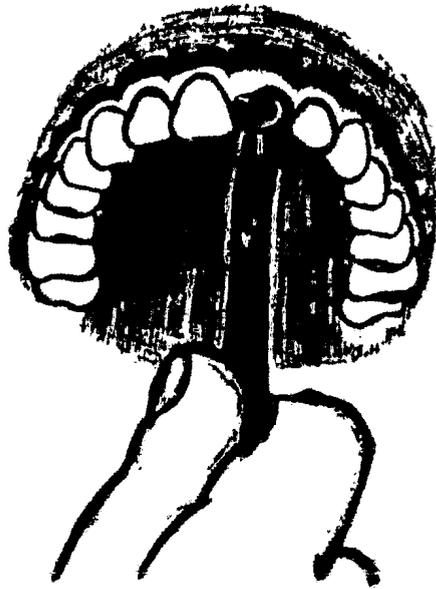


Figura. no.45. Elevador aplicado a la superficie lingual de una raíz del incisivo central superior.

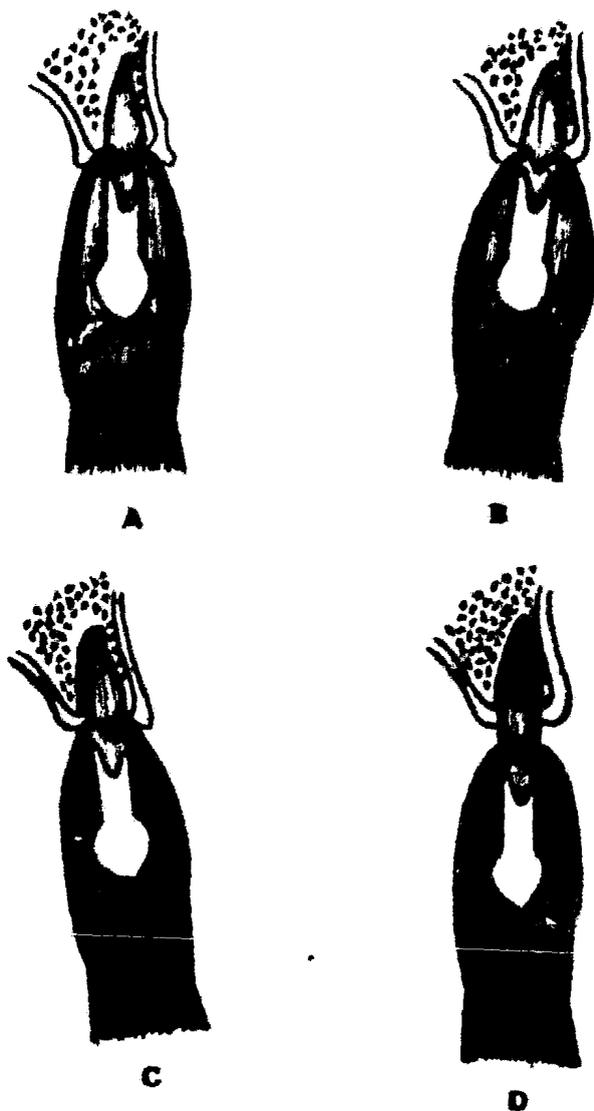


Figura no. 46. Movimientos para la extracción del incisivo lateral superior. A, aplicación del forceps no. 150, B; -- primer movimiento hacia el lado lingual. C, movimiento reversible hacia el lado labial, D ; movimiento tractil hacia abajo en posición original del diente.

completada por un movimiento tractil inclinado, aplicado en línea con el diente, (fig. no.46 D).

El operador deberá tener en mente que el cuello de éste diente es frecuentemente estrecho, el cual necesariamente causa debilidad a éste punto, y el deberá valorar la fuerza de los movimientos de extracción por consiguiente, para que no ocurra una fractura.

CANINO SUPERIOR

La extracción del canino superior es generalmente acompañada por una resistencia considerable, dependiendo del tamaño del diente y la resistencia del proceso alveolar.

Movimientos de extracción.— Con el forceps no. 150 aplicado a éste diente (fig. no.47 A), el primer movimiento, con una fuerza decendiente por el tamaño y la fuerza de la raíz, además, la resistencia ofrecida sera, traer el diente hacia labial (fig.47 B), siendo ésta la dirección de menor resistencia, y después, revirtiendo el movimiento con una cantidad equivalente de fuerza, el diente es forzado lingualmente (fig.47 C). Estos 2 movimientos, cuidadosamente ejecutados, debe permitir al cirujano juzgar imparcialmente la fuerza del diente y la resistencia que debe ser vencida. Con los conocimientos hasta ahora obtenidos, estos movimientos son repetidos con una presión aumentada en cada dirección (fig.47 D, E) — hasta que los ligamentos del diente se hayan roto, cuando es traído a su posición original y removido de su alvéolo con un movimiento de tracción hacia abajo en línea con su posición original (fig.47 F).

Si la técnica descrita anteriormente falla, para aflojar el diente de sus ligaduras se puede sospechar condiciones anormales.

Cuando ésta condición existe, la adhesión de la raíz a el proceso es muy firme, la adhesión deberá ser rota por un movimiento rotatorio ligero del diente del lado labial hacia el mesial, pero se deberá tener en mente que, como la raíz está aplanada en su diámetro mesio-distal, el movimiento rotatorio en reversa no deberá ser intentado, pues se puede causar una

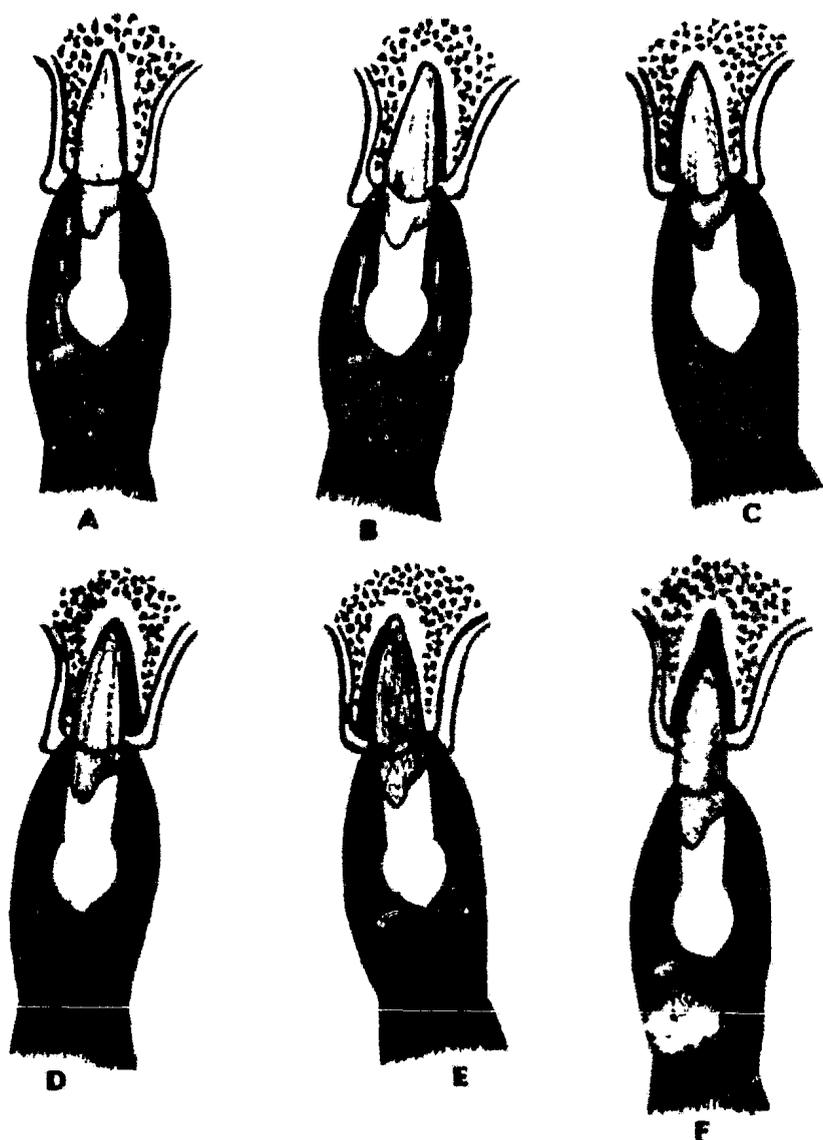


Figura no.47 . Movimientos de extracción del canino superior. A, aplicación del forceps no. 150. B, primer movimiento del lado labial; C, movimiento reversivo hacia el lado lingual; D, E, los movimientos B y C son repetidos mas frecuentemente; F, movimiento tractil hacia abajo en línea con la posición original del diente.

fractura de la raíz cerca del ápice si ésta parte está distalmente curvada, si este movimiento rotatorio ligero, combinado con otros movimientos descritos e ilustrados, fracasan para liberar al diente de sus ataduras, el operador deberá remover el margen del proceso, alrededor del diente con una fresa, procediendo antes con los movimientos de extracción.¹

PRIMER Y SEGUNDO PREMOLARES SUPERIORES.

Como las operaciones para el primer y segundo premolares son casi las mismas. Las técnicas de extracción de éstos 2 dientes se darán juntas.

Movimientos de extracción.— Con el forceps no. 150 aplicado seguramente a el primer premolar superior (fig.48 A), el primer movimiento de extracción es sujetado muy cuidadosamente hacia el lado bucal (fig.48 B), el siguiente movimiento se hace al lado lingual (fig.48 C), debe ser un poco más contundente que el del lado bucal. Si el diente no ha sido aflojado por éstos movimientos, se debe lograr la ruptura de los ligamentos cuando el diente es extraído de su alvéolo por un movimiento tráctil hacia abajo en línea con su posición original - - - (fig.48 D).

Este último movimiento varía ligeramente, sin embargo, la cantidad de deflexión de la posición original es dirigida - - por la curvatura de las raíces. Si las raíces están muy divergentes, o la curvatura de los premolares está invertida, un movimiento leve desviado buco-lingualmente, durante el movimiento tráctil casi siempre permitirá a el operador extraer el diente de su alvéolo sin fracturar las puntas o extremos.

La misma técnica de extracción se aplica a el segundo premolar, como a el primero, pero no es necesario proceder con la misma precaución, ya que esta raíz del diente, está pocas veces bifurcada, y la constricción en el cuello es menor.

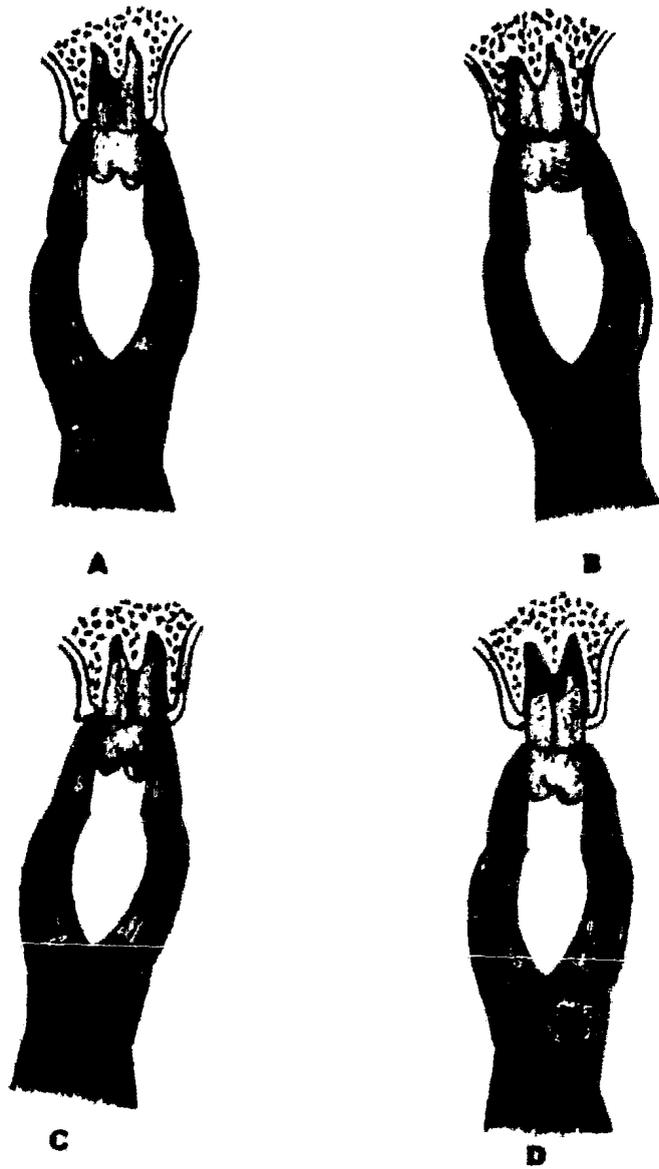


Figura no.48. Movimientos de extracción del primer y segundo premolares superiores. A, aplicación del forceps no.150. B, primer movimiento hacia el lado bucal. C, movimiento reversivo hacia el lado lingual. D, movimiento tráctil hacia abajo - en línea con la posición original del diente.

PRIMER Y SEGUNDO MOLARES SUPERIORES.

Los movimientos de extracción del primer y segundo molares superiores son similares, los cuales serán dados juntos.

Movimientos de extracción.- Habiendo sido ajustado el forceps no. 88 R, (fig.49 A), con un control firme sobre el molar y con la mano bien abajo sobre el mango del forceps, el operador dirige el primer movimiento hacia el lado bucal (fig.49 B) No se deberá tener mucha presión, sin embargo sera ejercido — firmement Habiendo realizado el primer movimiento de extracción, el siguiente movimiento es hacia el lado lingual — — — (fig. 49C), con casi la misma cantidad de fuerza. Hechos éstos movimientos repetidas veces, el molar es extraído con aumento de fuerza bucalmente (fig.49 D). Estos movimientos son lo suficientemente fuertes para aflojar al diente de sus ligamentos, pero, si no, los movimientos son repetidos con un aumento de fuerza hasta que los ligamentos sean rotos, el diente es — llevado hacia atrás en su posición original y extraído de su alvéolo con un movimiento tráctil hacia abajo (fig.49 E).

Cuando las raíces de éstos molares son divergentes, lo cual no es raro con el primer molar, se encuentra mucha resistencia, y los movimientos de extracción deberán ser ejecutados firmemente, pero no fuertemente. Si es aplicada demasiada fuerza, una ó más raíces quizá queden fracturadas, o una larga — área del proceso alveolar quizá sea extraída. El movimiento — tráctil hacia abajo no debere ser intentado hasta que el diente ha sido luxado, para permitir su salida del alvéolo. Se deberá proceder cautelosamente y con precisión, observando — — cuidadosamente el resultado de cada movimiento en orden que la fuerza sea usada en el movimiento a seguir.

Estos molares son sometidos frecuentemente a fracturas de sus cuellos, y una gran fuerza en la aplicación del movimiento tráctil o presión excesiva, sobre los bozados del forceps, mientras cualquiera de los movimientos están siendo ejecutados, deberán ser evitados.

Si es notado durante los movimientos de extracción que la tabla del proceso está siendo puesta en peligro, los movimi—

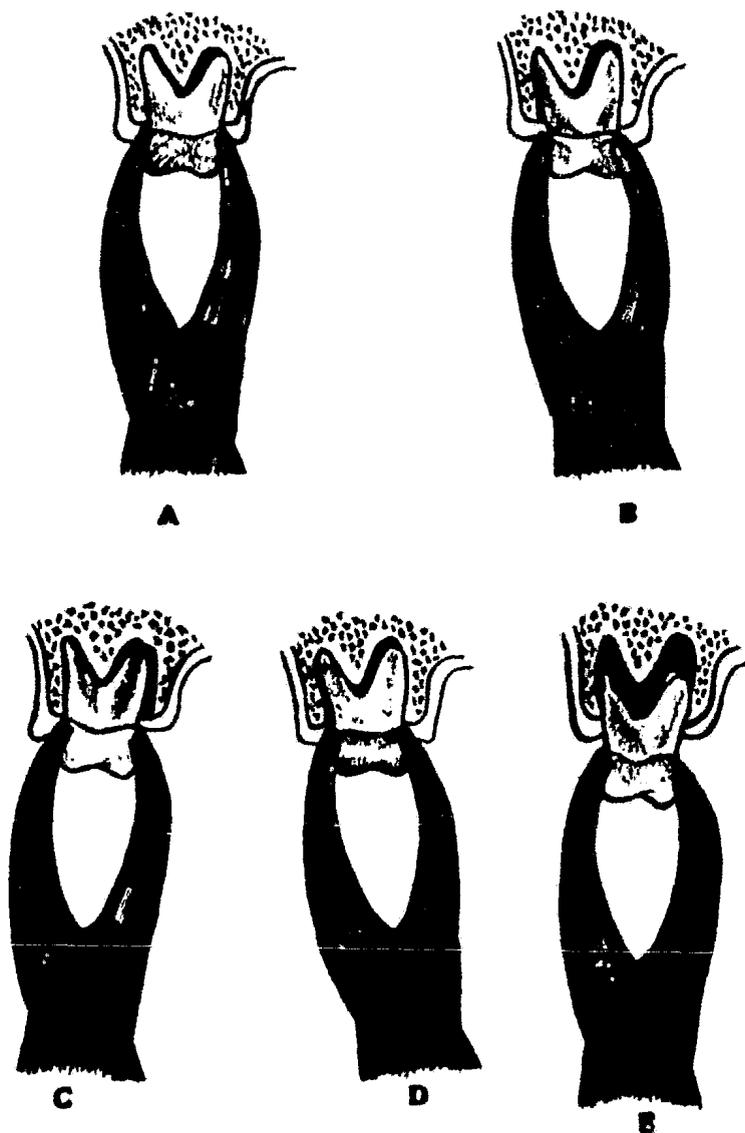


Figura no. 49. Movimientos de extracción para el primer y segundo molares superiores. A, aplicación del forceps no. 88. B, primer movimiento hacia el lado bucal. C, movimiento reversivo hacia lingual. D, movimiento repetido hacia bucal, pero más fuertemente. E, movimiento tráctil hacia abajo en línea con la posición original del molar.

entos deberán ser descontinuados y hacer una mejor aplicación del forceps.

Si es posible conservar de ésta manera la placa externa del proceso, el molar tendrá que ser extraído en secciones, que causen la pérdida de un diente adyacente.

Cuando estos molares están inclinados mesialmente, lo cual no es muy común, o están inclinados en cualquier otra dirección que la normal, se deberá tener cuidado que todos los movimientos de extracción sean hechos en línea con la inclinación del eje del molar, pero mucha fuerza a su cuello quizá haya una probable fractura.

TERCER MOLAR SUPERIOR

La extracción del tercer molar superior está indicada tan frecuentemente, como la del tercer molar inferior. Anormalidades de la corona y de la raíz de éstos dientes no son raras, ya que, varían en el tamaño y forma de su corona.

Cuando la erupción de éste diente está obstruida, la condición no causa la gran cantidad de aflicción que generalmente acompaña, una condición similar a la del tercer molar inferior.

Movimientos de extracción.— Cuando el forceps no. 210 ha sido ajustado a el tercer molar superior, y éste ajuste no ha desalojado el molar, es llevado bucalmente con un grado de fuerza, variando ésta, hasta vencer la resistencia que presenta, (fig.50 A y B). En muchos casos éste liberará al molar, cuando es llevado de su alvéolo por un movimiento tráctil hacia abajo en línea media del molar.

Cuando las raíces están considerablemente extendidas, se encontrará mayor resistencia, y en cada caso el operador deberá actuar cautelosamente, para evitar la fractura del molar o de la tuberosidad. Cuando el movimiento bucal no rompe el ligamento, el molar es llevado hacia atrás lingualmente y cuidadosamente con un movimiento oscilante, y prosigue hasta que sus ligamentos sean rotos, sacándolo de su alvéolo en la dirección de mínima resistencia.

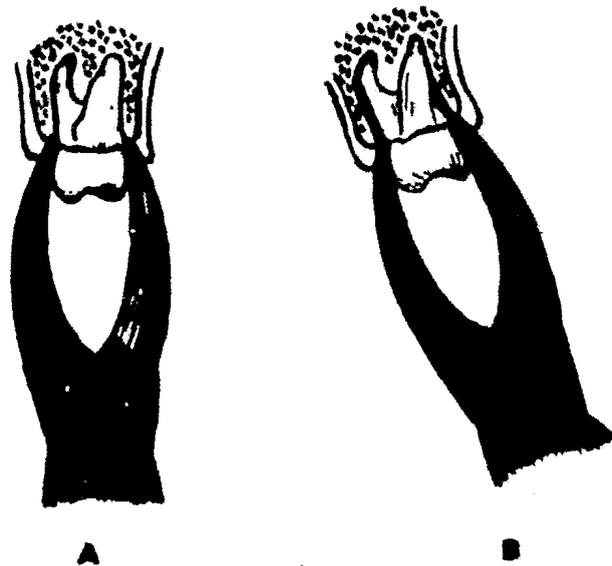


Figura no. 50 . Movimientos de extracción en el tercer molar superior. A, forceps aplicado; B, movimientos de extracción a el lado bucal.

Las dos raíces bucales de éste diente, sean en raras ocasiones divergentes. En cada caso la remoción de una pequeña área de la lámina bucal del alvéolo es inevitable. Cuando ésta condición es observada, evitando un accidente, los movimientos de extracción deberán ser descontinuados; y el alvéolo removido de su pared bucal del diente antes de completar la extracción.

La fusión de todas las raíces en una, es muy común con el tercer molar superior, y, cuando ésta condición existe, su extracción es generalmente una operación muy simple. La aplicación del forceps, con una presión suave sobre los bocados, causará generalmente que el diente abandone su alvéolo, y siempre se resbalará hacia abajo entre los bocados del forceps e inmediatamente el operador pensará que ha producido una fractura.

En cualquier operación del tercer molar superior; la turo-
sidad deberá ser considerada, y durante cualquier aplicación a
éste diente el más mínimo movimiento de la tuberosidad deberá
ser tomado en consideración. Si el operador observa, una po- —
sible fractura, será mejor no seguir la operación y remover —
una porción del proceso cerca del diente con una fresa.

En algunas bocas, el tejido de la encía es muy pesado so-
bre el lado lingual del diente, o la corona entera del diente
quizá esté situada profundamente en los tejidos suaves, y, cu-
ando ésta condición existe, se deberá tener cuidado que el te-
jido no sea lacerado durante la extracción.

TECNICAS DE EXTRACCION EN LOS DIENTES INFERIORES.

La extracción de los dientes inferiores es más complicada que para los dientes superiores. Los forceps no son usados libremente sobre los dientes inferiores y el uso juicioso del elevador es recomendable donde su aplicación sea practicable. Una operación sobre el tercer molar inferior se debe tener -- suma cuidado, ya que, es uno de los dientes más difíciles de extraer.

INCISIVOS INFERIORES.

Los incisivos inferiores son extraídos menos frecuentemente que otros dientes, excepto los caninos inferiores; y cuando su extracción está indicada, es por la reabsorción del tejido de soporte ó por caries. Ellos no son de ninguna manera inmunes al proceso carioso, y cuando uno es atacado por caries su progreso es generalmente rápido y difícil de controlar.

Los incisivos inferiores - dos centrales y dos laterales - están demasiado cercanos y son similares, en forma y ligamentos, al igual sus tejidos suaves, que la técnica de extracción aplicable a uno de ellos es similar para los demás.

Posición del paciente y del operador.- El respaldo del sillón formará un ángulo recto con el asiento incluso hasta 120°, la cabeza estará en el mismo eje del tronco. La iluminación y visión sobre la mandíbula será mejor; la cabeza del paciente a la altura de los codos del operador.

Para la extracción de las piezas dentales inferiores de lado derecho el profesional alcanza su mayor eficiencia ubicándose detrás del paciente debiendo dominar el campo operativo, inclinándose su cuerpo por arriba de la cabeza del paciente. Previamente con la palma de la mano izquierda se va hacer presión en el mentón para poner fija la articulación temporomandibular y así tener mayor margen de seguridad en las luxaciones del cóndilo de la mandíbula.

La mano derecha está destinada al manejo del instrumental. La mano izquierda debe ser su colaboradora ya sea sosteniendo el maxilar, separando los labios, lengua ó las mejillas; la cabeza con ligera presión contra el cabzal.

Movimientos de extracción.— Usando el forceps no. 151, y teniendo una aplicación adecuada (fig. no. 51 A), el primer movimiento de extracción es hecho trayendo el diente labialmente (fig. no. 51 B), seguido por un movimiento lingual — — (fig. no. 51 C), estos movimientos son repetidos hasta que el diente es aflojado de sus ligamentos, cuando es llevado de su alvéolo por un movimiento tráctil hacia arriba y en línea con su posición original (fig. no. 51 D). La misma técnica de operación es aplicable cuando se usan los forceps no. 203 y 103.

Las raíces de los incisivos son más pequeñas y frágiles — que aquellas de otros dientes de raíces solitarias, y la fuerza de los movimientos de extracción debe ser en consecuencia medida, y en caso de caries extensa los bocados del forceps — deberán ser mandados firmemente contra el proceso, aplicando — cierta fuerza, sin causar fractura.

En casos de caries gingival, el primer movimiento de extracción es hecho en dirección de la cavidad, llevando al diente lo suficiente lejos en la dirección opuesta, llevándolo — hacia el espacio ganado por el primer movimiento.

Las raíces planas impiden cualquier movimiento rotatorio, toda la fuerza lateral deberá ser ejercida en la dirección — del diámetro transversal más grande del diente, a condición de que los dientes adyacentes permitan tal procedimiento.

CANINO INFERIOR.

Los caninos inferiores son generalmente los últimos dientes que se extraen de la boca. No por que sean menos susceptibles a la caries de los incisivos inferiores, sino su evaluación para soportar dientes artificiales es óptima, entonces el operador deberá vacilar para extraerlo hasta que su extracción sea absolutamente necesaria.

Movimientos de extracción.— Si la presión efectuada en la aplicación del forceps no ha aflojado al diente, los movimientos de extracción descritos e ilustrados para el canino superior— (pag. no. 63) son usados, modificando las fuerzas de los mov., que correspondan con la resistencia que será vencida.

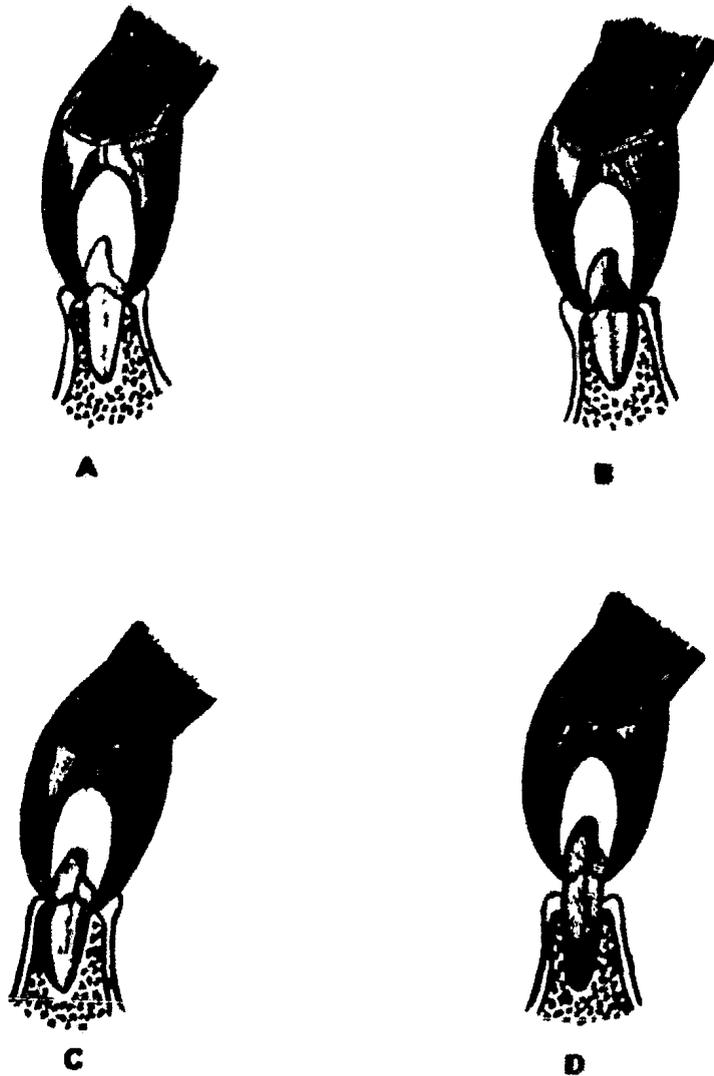


Figura no.51 . Movimientos de extracción para el incisivo inferior, A, aplicación del forceps. B, movimiento hacia el lado labial. C, movimiento inverso hacia el lado lingual; D, movimiento hacia arriba en línea con la posición original del diente.

PRIMER Y SEGUNDO PREMOLARES INFERIORES.

La técnica de extracción de el primer y segundo premolares inferiores es casi la misma en todos los detalles.

Movimientos de extracción.— Cuando el forceps no. 151 ha sido ajustado seguramente, como se muestra en la figura no. 52 A, la cual muestra la aplicación del forceps a el primer premolar inferior, y si la presión que ha sido efectuada cuando se está haciendo la aplicación no ha aflojado al diente, el primer movimiento de extracción es hecho trayendo el diente con una fuerza hacia el lado lingual (fig. no. 52 B), seguido por un movimiento con casi la misma fuerza hacia el lado bucal (fig. no. 52 C). Si éstos movimientos no aflojan al diente lo suficientemente para que sea hecho el movimiento tráctil, un movimiento rotatorio es ejecutado, girando la superficie mesial suavemente hacia bucal (fig. no. 52 D). Si es observado que el diente no produce éste movimiento, no deberá ser forzado, el movimiento deberá ser seguido por un movimiento rotatorio inverso (fig. no. 52 E). Cuando el diente es aflojado durante la ejecución de cualquiera de estos movimientos, es sacado de su alvéolo por un movimiento tráctil hacia arriba y en línea con su posición original (fig. no. 52 F). Si la resistencia del movimiento rotatorio es tal que este movimiento no puede ser ejecutado sin estar el diente bajo una presión indebida, el cirujano dentista, quizá suponga que la raíz está aplastada sobre sus superficies mesial y distal, y en ese caso los movimientos lingual y bucal deberán ser repetidos enérgicamente hasta que el diente esté lo suficientemente suelto para ser sacado de su alvéolo por un movimiento tráctil. Cuando el primer o segundo premolares inferiores están firmemente sujetos a sus tejidos de soporte, los movimientos de extracción deberán ser suaves y cuidadosos, y no se deberá hacer un movimiento tráctil hasta que el diente haya sido completamente separado, como un intento para remover al diente de su alvéolo por éstos movimientos, antes que sus ligamentos hayan sido rotos, resultará en una fractura.

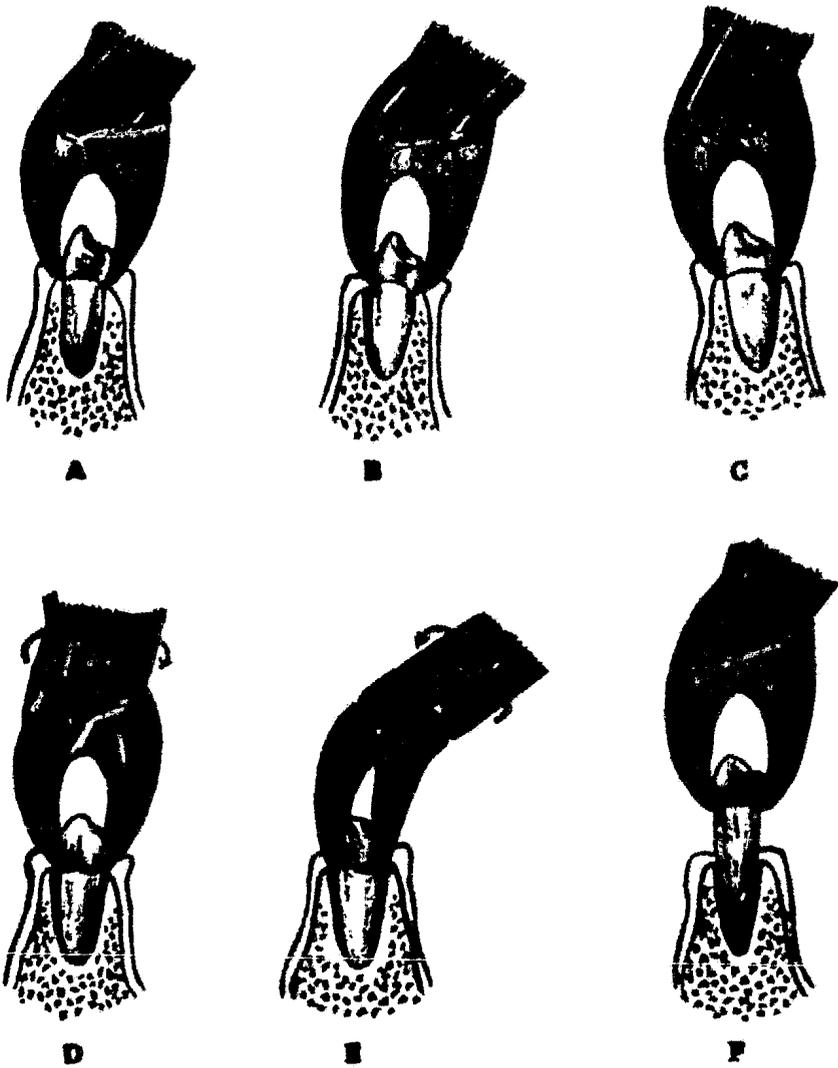


Figura no. 52. Movimientos de extracción para el primer y segundo premolares inferiores; A, aplicación del forceps. B, primer movimiento hacia el lado lingual; C, movimiento inverso hacia el lado bucal; D, movimiento rotatorio; E, movimiento — rotatorio inverso; F, movimiento tráctil hacia arriba en línea con la posición original del diente.

PRIMER Y SEGUNDO MOLARES INFERIORES.

La extracción del primer molar inferior es desafortunadamente muy común. Su erupción temprana lo somete a toda inatención y abusos de la infancia, y, como erupciona antes de que se pierda cualquiera de los dientes deseados es frecuente cometer errores en su extracción. Si este diente es atacado por caries, cada esfuerzo deberá ser hecho para salvarlo, ya que, la relación de los planos inclinados de las cúspides del primer molar permanente establece y prepara la relación del arco inferior a el arco superior. Cuando, de cualquier manera, la extracción es necesaria, la operación, en suma viene a ser generalmente difícil, que se debe a la caries tan avanzada, siempre acompañada por fracturas inevitables de su corona.

Movimientos de extracción.— Cuando el forceps ha sido ajustado a uno de estos dientes como se muestra en la fig. no.53 A ilustrando el forceps no. 17, aplicado a el primer molar inferior, el primer movimiento de extracción es ejecutado llevando al diente suavemente hacia lingual (fig. no.53 B), seguido de un movimiento bucal con la misma fuerza (fig. no. 53 C). Si éstos movimientos fallan para aflojar al diente, el movimiento lingual es repetido con mayor fuerza (fig. no. 53 D), trayendo a el diente con la misma fuerza, aumentada hacia el lado bucal (fig. no. 53 E), cuando el diente es extraído con un movimiento tráctil hacia arriba en línea con su posición original (fig. no.53 F), a condición que el diente no tenga divergentes sus raíces. Si se encuentra una continua resistencia y el proceso alveolar es extraordinariamente pesado, dicha condición es la más común de la gran resistencia, los borados son llevados más hacia abajo sobre el diente con un aumento suave presionando el mango del forceps, lo cual sirve con el doble propósito de añadir los movimientos linguo-bucal sin causar fractura, como disminuye la fuerza sobre el cuello del diente por la aplicación del forceps cerca del punto de resistencia.

Si la raíz está fusionada, éste caso es frecuente, especialmente con el segundo molar, el movimiento encajante aflojará frecuentemente a el diente lo suficiente para permitir que el movimiento tráctil sea aplicado. Si de cualquier manera

el último movimiento de extracción no afloja al diente lo suficiente para la aplicación del movimiento tráctil, los movimientos de extracción previamente descritos deberán ser continuados, hasta que el movimiento tráctil final sea posible.

Cuando las dos raíces de éstos dientes diverge hacia una extensión que la distancia entre ellas es mayor en el tercio apical que en el tercio gingival, dicha condición es muy prevalente con el primer molar y no común con el segundo, hay siempre peligro de aflojar uno ó más dientes adyacentes cuando se esté removiendo el molar de su alvéolo. El diente adyacente — deberá ser cuidadosamente observado durante la ejecución del movimiento tráctil, especialmente si el exámen preliminar revela en efecto que no están firmemente adheridas a los tejidos de soporte. Si ambos dientes adyacentes son observados que se distribuyen por cualquier movimiento tráctil, es preferible — fracturar la corona del molar que va a ser extraído, ejecutando una fuerza forzada sobre los bocados del forceps y separando las raíces, después cada raíz es removida por separado.

Ocasionalmente el primer y segundo molares inferiores tienen una tercera raíz, la cual puede ser propiamente clasificada como una raíz supernumeraria, que una bifurcación de cualquiera de las dos raíces. Esta raíz supernumeraria es cónica en aspecto, pequeña y más bien larga comparada con su diámetro. Generalmente aumenta de su corona del molar un poco abajo del cuello, siendo localizada en la raíz distal o mesial, o quizás sobre cualquier lado bucal o lingual del molar.

La presencia de ésta raíz extra, la cual no es perceptible no es sospechada hasta que se lleva a cabo la extracción y una resistencia no usual es encontrada. Cuando su presencia — esta indicada, el principal movimiento de extracción es hecho hacia el lado opuesto. Hacia la raíz extra, y se encontrará — muy dificultosa su remoción de la raíz extra. En caso de su — fractura, las partes fracturadas con el forceps no. 69 ó con el elevador, se realiza la avulsión.

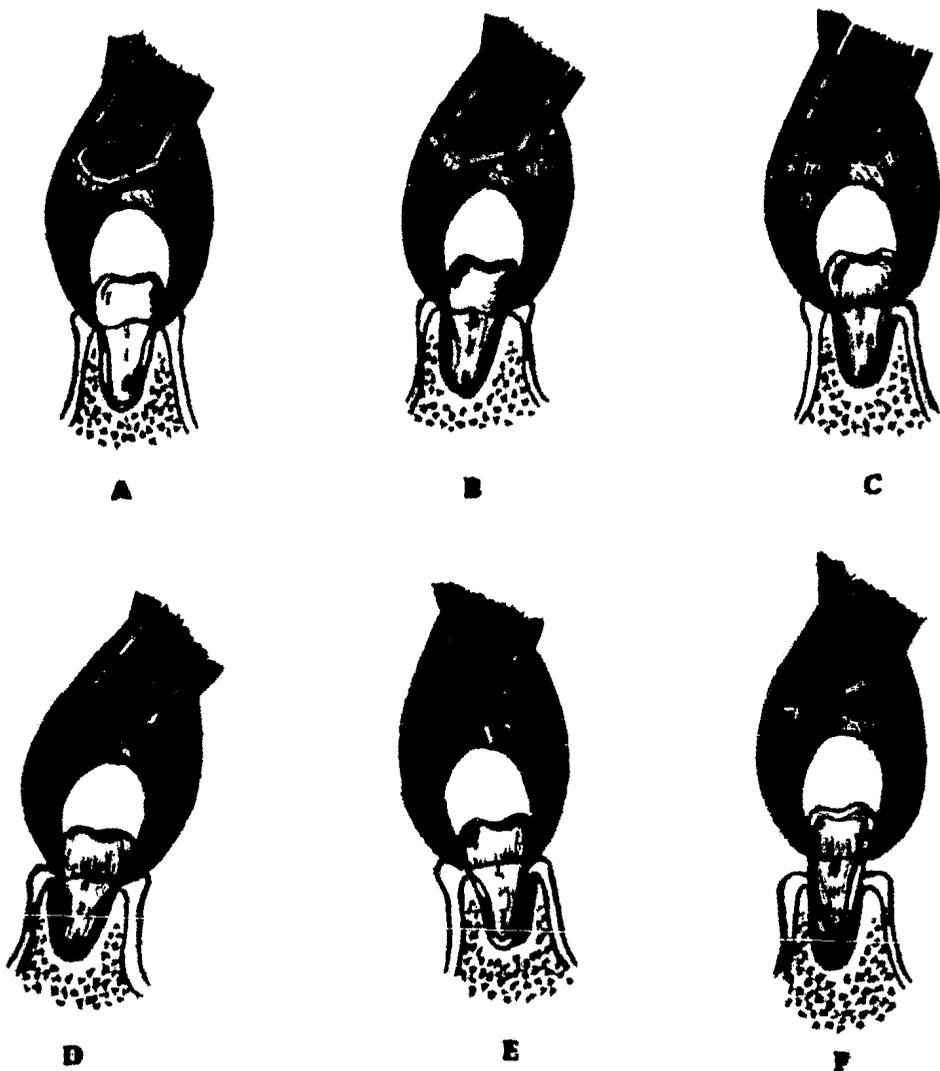


Figura no. 55 . Movimientos de extracción para el primer y segundo molares inferiores. A; forceps no. 17 aplicado a el primer molar . B; primer movimiento hacia el lado lingual. C; movimiento inverso hacia bucal. D; E; movimientos B y C repetidos más fuertemente. F, movimiento tráctil hacia arriba en línea con la posición original del diente.

TERCER MOLAR INFERIOR.

El tercer molar es extraído con mayor frecuencia que cualquier otro diente inferior. La posición del diente en la boca impide la limpieza la cual es bastante difícil en los mar- genes libres de la encía, formando una gruesa capa de placa — dentobacteriana, manteniendo alrededor de sus superficies de esmalte cualquier " escombros " que se acumula en el molar. Durante la erupción del molar, después que en la superficie — oclusal ha erupcionado del tejido suave, el desarrollo quizá — está retardado por un periodo indefinido, formando un ex- — celente receptáculo para la retención de materia extraña. Estos factores hacen que el molar reciba un cuidado profiláctico — muy imperfecto, aún en las bocas más escrupulosas.

Quando el molar ha sido atacado por caries un intento por mantenerlo en la dentición es frecuente, aunque ha sido un tema muy discutido por lo siguiente. . . si la lesión de su — superficie está avanzada lo suficiente para afectar la pulpa, un tratamiento endodóntico es una incertidumbre, si la caries ha progresado lo suficiente para hacer que el cascarón del molar impere, tal procedimiento es raramente conveniente a menos que esté en oclusión; debido a la pérdida de dientes anteriores a él para servir como un límite para un puente, como el fi lo de su corona y la relación del molar con los tejidos circun- dantes son tales que la adaptación de cualquier corona artificial es una imposibilidad. Los molares posteriores son además fácilmente de perderlos, los cuales abandonan el molar sin an- tagonista, es otro factor que frecuentemente lo hace un órgano inútil.

En suma las condiciones patológicas que son frecuentes pa- ra hacer la extracción de éste molar, es su mal posición de — tal caracter que, durante la masticación ordinaria, el carillo y otras partes de la boca están sujetas a algunos daños trau- máticos por su relación peculiar con ellos. Las condiciones — agravantes causadas por la impactación de éste molar son dema- siado comunes. (en el presente trabajo no se hablará de éstas condiciones, ya que están integradas dentro de cirugía bucal).

Valor máximo del elevador.- Una variación mayor de forma y para sus tejidos circundantes son presentados en el tercer molar inferior que en cualquier otro molar. Las raíces varían de una sola raíz fusionada a dos raíces formadas, quizá se encuentren bifurcadas, por ello forman 3 ó 4 raíces diferentes, y en la relación de las raíces de éste diente a la mandíbula son combinadas, lo someten a variaciones casi ilimitadas en relación y forma.

En la extracción de los terceros molares, no otro instrumento para el acceso a la aplicación primaria que sea efectiva que un elevador, cuando éste instrumento está aplicado correctamente. Si el molar al cual la aplicación ha sido hecha no puede ser liberado de su alvéolo con el elevador, dará una idea al operador de la forma de realizar la avulsión, cuidando la relación con la mandíbula, la resistencia de sus ligamentos, y los tejidos circundantes. El elevador es empleado adelante del forceps en casi todos los casos cuando se está operando sobre éste molar, y depende mucho sobre el uso apropiado de éste instrumento, que el operador deberá familiarizarse con su uso, para que su aplicación sea lo más efectiva posible.

El elevador seleccionado deberá ser de tal asignación que materialmente ayudará en el desalojo del molar con la menor destrucción posible de los tejidos y sin causar fractura.

Forceps.- Se pueden utilizar los mismos que para el segundo y primer molares inferiores que son los números 17, 23 y 69 pero para la avulsión de éste molar se considera uno especial que es el forceps no. 222. Su uso es limitado, y la experiencia ha permitido descartarlo como mayor seguridad y una operación más efectiva puede ser obtenida con el elevador. Cuando aplicando el forceps, las partes sujetas a ésta operación son tapadas por el tamaño del instrumento, que el efecto de la fuerza de aplicación no puede ser observada, por eso causarían serios daños cuando se está usando, mientras el elevador solamente tiene un mango y las partes que se están operando pueden ser observadas a través de la operación.

Cuando es encontrada resistencia, la aplicación repetida con el forceps no puede ser hecha como con el elevador. Cuando hay un impedimento de la corona del tercer molar sobre el segundo molar, el filo del forceps no puede ser empleado, el elevador puede ser rápidamente insertado en el espacio interproximal. En suma a ésto la boca no puede ser abierta lo suficiente, el elevador al ser un instrumento más pequeño se aplica. Es por lo tanto aconsejable que el operador se familiarice con algún instrumento que sea de aplicación más generalizada y cuyo uso sea más efectivo y seguro.

Movimientos de extracción con el elevador.- El primer movimiento de extracción es para dirigirse hacia la cima del cuchillo del elevador distalmente, la cual es hecha girandolo hacia arriba del final del mango en esa dirección, y la resistencia anormal es encontrada, el molar como regla general, está parcialmente o completamente sacado de su alvéolo con un simple giro del instrumento, si de cualquier manera, este movimiento falla para aflojar el molar, el movimiento será invertido, y el movimiento del borde profundo del cuchillo del elevador es dirigido mesialmente, si existe resistencia estos movimientos son repetidos.

Movimientos de extracción con el forceps.- Después que el molar ha sido aflojado parcialmente con el elevador, y un ajuste ha sido realizado perfectamente con el forceps no. 222, el primer movimiento de extracción es traer el molar suavemente hacia el lado lingual, después de lo cual es dirigido posteriormente hacia la inclinación distal de las raíces, y entonces hacia arriba y fuera del alvéolo, si cualquier resistencia es experimentada mientras el molar es llevado fuera de su alvéolo, la sensibilidad aguda del cirujano dentista deberá indicarle la dirección y resistencia menor, se deberá tener cuidado de no ejecutar una fractura durante el movimiento traccional.

El molar tiene una tendencia de moverse hacia abajo de su posición original, y generalmente retornará a su posición, si las raíces están fusionadas, curvas e inclinadas distalmente. En tal caso una extracción forzada con el forceps no se deberá intentar, el elevador deberá ser reaplicado y el diente expulsado de su alvéolo.

CONDUCTA A SEGUIR DESPUES DE LA EXTRACCION.

La conducta a seguir después de la extracción dental depende de múltiples factores, entre los cuales deben citarse el estado del enfermo, la afección dentaria y periodontal que llevó a la extracción, el estado del alvéolo y el de las partes blandas vecinas. Por lo tanto, no es posible fijar una indicación general que se adapte a todos los casos particulares.

Vamos a señalar en primer término, como procedemos a los casos que pueden titularse "normales", para dar después algunas indicaciones para los casos particulares.

Terminado el acto quirúrgico de una extracción dentaria normal (paciente normal, diente sin complicaciones apicales, ausencia de lesiones de partes blandas), el paciente mantiene su boca abierta y se impide por los procedimientos habituales (gasas, que aislen el campo operatorio, eyector de saliva, aspirador de sangre) que la saliva penetre en el alvéolo o moje la herida.

Se revisa en seguida el molar extraído, para investigar la integridad de su porción radicular; se estudia la cavidad alveolar, las paredes óseas, con el objeto de comprobar fracturas de las tablas, se inspeccionan las partes blandas, las cuales pueden estar lesionadas o desgarradas. Todo en orden, procedemos a realizar una práctica que para nosotros es de óptimos resultados: el relleno de los alvéolos y la sutura de las partes blandas sobre el alvéolo después de la extracción.

Recordaremos que empleamos agujas cóncavas en el sentido de sus caras, para evitar desgarras de las partes blandas. — Utilizamos hilo nylon o seda y se practican uno o dos puntos de sutura, según la extensión del alvéolo o el tipo y tamaño de la incisión. Los puntos se retiran dos o tres días después, en menos tiempo, la herida no está aún en condiciones, si se espera más días, el hilo se puede convertir en material irritante, permitiendo hipertrofias del tejido gingival.

Los bordes gingivales que cubren al alvéolo deben aproximarse todo lo que sea posible, para proteger así el alvéolo y permitir la organización del coágulo. Si existen esquirlas, se cuestrés, bordes filosos, puntas emergentes, que traumatizan la encía y causan inflamaciones y dolores postoperatorios, tales escollos óseos deben ser eliminados con una pinza gubia. , antes de proceder a la sutura.

Realizada la sutura, se coloca un trozo de gasa sobre el alvéolo (previo retiro de las gasas que aislaban el campo operatorio) y se invita al paciente a morder sobre ella. Este trozo de gasa permanece en su sitio, veinte o treinta minutos, tiempo necesario para que se forme el coágulo. En aquellos casos que no se proceda a la sutura, se coloca una torunda de gasa, procurando que los labios de la herida invaginen en el interior del alvéolo. Recien después de transcurrir el tiempo indicado, se retira la gasa, el paciente puede enjuagarse la boca con una solución antiséptica cualquiera, evitándose el uso de los buches espectaculares que no tienen otro fin que desorganizar el coágulo o impedir su formación. Y con estas normas damos por terminada la extracción. El paciente puede permanecer descansando algunos minutos en una sala adjunta al consultorio, donde será vigilado por una enfermera.

Conducta a seguir en casos particulares. Los casos que se apartan de la normalidad a que nos hemos referido, deben ser tratados de acuerdo con las circunstancias.

En general, en los casos de complicaciones óseas o de las partes vecinas, la extracción constituye un drenaje para los procesos infecciosos, en tales casos, el alvéolo debe conservarse abierto, estando contra indicada la sutura. El drenaje alveolar estará asegurado, colocando en él una torunda de gasa seca o impregnada con medicamentos.

Tratándose de alvéolos intensamente traumatizados en el acto operatorio, éstos necesitan una cura calmante, con medicamentos especiales.

Las hemorragias postextracción también indican una conducta particular: taponando el alvéolo con substancias coagulantes.

La fisioterapia será empleada, ateniéndose a los principios dados en la técnica quirúrgica. En general, la aplicación de frío (bolsa de hielo sobre la cara, frente a la región operada) evita el dolor postoperatorio, disminuye la congestión y previene el hematoma.

Proceso normal de las heridas postextracción.— Cuando se elimina el diente se produce una abertura amplia en la continuidad del epitelio y los tejidos periodontales subyacentes — quedan expuestos. El hueso alveolar está firmemente adaptado con el controno de la raíz del diente y el diente queda suspendido en su alvéolo y unido al hueso alveolar por la membrana — periodontal compuesta por una masa densa de fibras colágenas. Al extraer el diente, las fibras periodontales unidas al cemento de la raíz quedan lesionadas y se produce una hemorragia como consecuencia de la rotura y desgarramiento de los vasos sanguíneos de la zona periodontal.

En las extracciones sin complicaciones se produce en primer lugar una hemorragia inicial a causa de la rotura de los vasos sanguíneos. La hemorragia rellena al alvéolo y la sangre se coagula sellando de una manera efectiva el defecto del hueso. El coágulo inicial se infiltra de células inflamatorias — como respuesta a la lesión. Entonces se produce la organización del coágulo formándose tejido de granulación y una disminución gradual de la reacción inflamatoria.

Las pequeñas espículas de Hueso sufren un proceso de resorción, incluso de una pequeña parte del borde gingival del alvéolo. El tejido de granulación se va transformando gradualmente en tejido conectivo fibroso y se produce una osteogénesis dentro del tejido conectivo. Este hueso inicial se deposita profundamente en el alvéolo y se compone de trabéculas — finas e irregulares. A medida que se va formando más hueso, el alvéolo se va rellenando poco a poco de tejido óseo. El nuevo hueso rellena las paredes del alvéolo. Mientras se produce la osteogénesis dentro del tejido conectivo del espacio alveolar, el epitelio gingival prolifera y eventualmente llega a cubrir toda la zona de la extracción hasta que la integridad queda —

restaurada. Existe una ligera depresión superficial en la zona de la extracción debido a la retracción inicial del coágulo . Una vez que se ha producido el reemplazo de la zona de extracción por el hueso inicial finalmente trabeculizado, se produce un remodelado gradual y el hueso se va modificando para adaptarse a la trabeculización de la vecindad. La superficie de la extracción queda alisada por el proceso remodelados, cuyo resultado final es la formación de hueso cubierto por periotio y membrana mucosa. En resumen, el proceso de curación de las heridas sin complicaciones de las extracciones dentarias - podemos resumirlo así:

- 1.- Hemorragia.
- 2.- Coágulo sanguíneo e infiltración inflamatoria.
- 3.- Organización del coágulo.
- 4.- Sustitución del tejido de granulación por tejido conectivo fibroso.
- 5.- Cubrimiento epitelial de la superficie de la herida.
- 6.- Resorción osteoclástica del hueso en la cresta del alvéolo.
- 7.- Osteogénesis en la base y en los lados del alvéolo.
- 8.- Remodelado del hueso inicial.

CONCLUSIONES.

- 1.- Al llevar un procedimiento quirúrgico como es la extracción dental, debemos tener en cuenta las estructuras cercanas como la lengua, labios, carrillos, al igual que los dientes adyacentes.
- 2.- La exodoncia brinda un gran beneficio, en la integridad del maxilar y mandíbula.
- 3.- El cuidado pre-operatorio y post-operatorio, debe culminar con el éxito de la extracción.
- 4.- Para lograr la avulsión, no es necesario una fuerza excesiva, sino hacer adecuadamente los movimientos de extracción.
- 5.- El Cirujano Dentista deberá hacer que el paciente coopere, para que exista una buena relación entre ambos y el tratamiento se lleve a cabo con buenos resultados.
- 6.- La importancia del primer molar, tiene que ser considerada, cuando se tiene que realizar la extracción.
- 7.- Eligió el Cirujano el forceps más adecuado, para realizar la avulsión.
- 8.- Los movimientos de extracción se deben vigilar y llevar a cabo juiciosamente, por el operador.
- 9.- Al tratar de comprender la historia, debemos tener en cuenta la evolución que ha sufrido.
- 10.- Debemos analizar las diversas etapas de evolución, del instrumental, que hasta nuestros días nos sirve con eficacia.
- 11.- La Odontología se practicó por charlatanes, hasta nuestros días, de nuestra cuenta corre detener la nociva-intromisión de improvisados.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- A dictionary of dental science art by/ Wilian B. Dinning/ Blakiston S.A. / Philadelphia.
- 2.- Bremmer M.D.K/ The story of dentistry.from the dawn civilization to the present/ Brooklin/ Dental Items of Interest/ 1939.
- 3.- Febres Cordero Focuon/ Origenes de la Odontología / Caracas, Venezuela S.A. / 1966.
- 4.- Salvador Lerman/ Historia de la Odontología y su ejercicio legal/ segunda edición/ Buenos Aires/ Editorial Mundi/ 1964.
- 5.- Gurt Proskauer/ Fritz M. Witt/ Historia ilustrada de la Odontología/ Traducida por Dr. G. Valenzuela/ 1962
- 6.- Bennhard Wolf Weinberger/ An introduction to the - - - history of dentistry/ C.V. Mosby company/ 1968.
- 7.- Berger Adolph/ The principales and technique of the removal of teeth/ New York, Dental Items of Interest publishing/ 1978.
- 8.- Winter George B./ Exodontia/ A practical treatise on the technic of extraction of teeth, with a chapter on anesthesia/ American Medical Book Company/ 1980.
- 9.- Dr. Edmundo Batres Ledon/ Procedimientos en cirugía bucal/ primera edición marzo de 1980/ Compañia Edit. continental S.A./ México.
- 10.- Ries Centeno Guillermo/ Cirugía Bucal con patología clínica y terapéutica/ quinta edición/ Editorial El Ateneo.
- 11.- Nucleo de Exodoncia/ C.D. José de Jesús Romero González . Eduardo Galindo Benton/ primera edición 1980/ Facultad de Odontología U.N.A.M./ Impreso y hecho en México.