



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Generalidades de la Exodoncia

TESIS

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

Guillermo Padilla Ortega



México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION:

I. - HISTORIA CLINICA.

II. - EXODONCIA.

III- INDICACIONES DE LA EXODONCIA Y CONTRAINDICACIONES DE -
LA MISMA.

IV- ANESTESIA.

V. - INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EXODONCIA.

VI- TIEMPO DE LA EXTRACCION CON FORCEPS.

VII- POSICION DEL PACIENTE Y OPERADOR.

VIII- SINDESMOTOMIA, DEBRIDACION O LEVANTAMIENTO DE COLGAJO.

IX. - ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA COMPLICACIONES Y -
TRATAMIENTO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Aunque la Exodoncia no está clasificada dentro de la práctica Odontológica conservadora del organo dentario, es importante que el profesional le de crédito a esta disciplina y que no la considere una maniobra poco meritoria ya que esta puede ser el inicio o complemento de cualquier tratamiento electivo.

La importancia de esta Especialidad de la Odontologia, o bien la importancia que se ha dado, es muy poca y quizá hasta raquitica ya que la información existente es muy breve puede sentirse limitado en su investigación.

Pienso que el valor que hay que cederle a esta disciplina es mucho mayor que el que hasta hoy se le ha dado puesto que si, ponemos en consideración la situación económica y social de nuestro país; donde los mecanismos primitivos son obsoletos, y el alto índice de caries entre la población necesitada de cada vez mayor; y degenera en la imposibilidad y el dolor. Las alternativas existentes ya no son suficientes para ejercer una Odontologia conservadora, recurrimos a el único medio curativo: La Exodoncia.

Lo que ha continuación presento, es un resumen de los conocimientos que a través de mi formación profesional, he podido asimilar, y que con gusto - ahora recuerdo, y recordaré siempre que esté en ejercicio de mis funciones en bien y para bien de mis pacientes.

I. - HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es un examen físico y sistematizado que se realiza al paciente antes de entrar en tratamiento.

El Dentista necesita aplicar una técnica eficaz para ese tratamiento, ya que algunas enfermedades y ciertas reacciones del paciente pueden estar directamente relacionados con la Anestesia, la Terapéutica Dental ó bien ambas. Un examen adecuado puede presumir la mayor parte de estas complicaciones.

El propósito de este examen es determinar la capacidad física y emotiva del paciente a fin de determinar el procedimiento dental específico que puede tolerar.

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 EDAD _____ SEXO _____ DIRECCION _____
 TELEFONO _____ OCUPACION _____
 EDO. CIVIL _____ LUGAR DE NAC. _____
 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS _____
 ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS _____
 PADECIMIENTO ACTUAL _____
 EXPLORACION FISICA _____

INVESTIGACION DE APARATOS Y SISTEMAS

A) DIGESTIVO _____
 B) RESPIRATORIO _____
 C) CIRCULATORIO _____
 D) URINARIO _____
 E) HEMATICO Y LINFATICO _____

La función del médico es establecer un diagnóstico para tratar el problema existente.

Cuando el dentista tiene alguna duda acerca del estado del paciente, es necesario consultar al Médico General.

El Dentista debe estar preparado para justificar cualquier procedimiento empleado salvo en tratamiento de urgencia, en un enfermo de alto riesgo.

II. - EXODONCIA

La palabra Exodoncia proviene de 2 raíces griegas:

EXOS-FUERA
DONTOS-DIENTE

que significa en términos Odontológicos trasladar hacia afuera de su alveolo y de la cavidad bucal al diente.

EXTRACCION DENTAL

Es el acto quirúrgico que se realiza para la aducción de un diente, el cual queda regido a principios quirúrgicos siempre actuales.

III. - INDICACIONES DE LA EXODONCIA Y CONTRAINDICACIONES DE LA MISMA.

INDICACIONES DE LA EXODONCIA:

A) CAUSAS LOCALES:

1. - Dientes cariados cuya función no es restaurable por procedimientos de Clínica Operatoria.
2. - Dientes fracturados, luxados ó uniluxados (por lesiones traumáticas, destrucción osea y como consecuencia molestias al morder.
3. - Dientes afectados por diabetes y parodontopatias no suceptibles.
4. - Dientes que han perdido su antagonista, por cuya causa son expulsados de su alveolo lesionando la encía de su antagonista.
5. - Dientes ectoicticos cuyo alineamiento ortodontico no es posible.
6. - Dientes que deben tratarse Endodonticamente, y cuya morfología modular no permite tratamiento.
7. - Dientes primarios persistentes es decir que cuando el diente secundario correspondiente no se encuentre en posición correcta para su erupción.
8. - Dientes retenidos o incluidos, ya sean terceros molares, caninos y premolares inferiores principalmente.

9. - Dientes sanos pero aislados en distintas regiones de la boca que constituyen impedimento para la restauración protésica.
- 10 - Raíces y fragmentos dentarios.
- 11- Dientes que estan en línea de fractura osea.
- 12- Dientes que traumatizan tejidos blandos y que no hay procedimiento para evitarlo.
- 13- Dientes situados en zonas patológicas tales como quistes.

B). - INDICACIONES DE LA EXODONCIA POR PARODONTOPATIAS.

1. - Cuando la destruccion alveolar es tan grande que el paciente no puede tolerar una masticación normal.
2. - Cuando dientes multiradiculares han perdido tejido alveolar en su bifuración.
3. - Cuando los dientes han perdido gran parte de su tejido de soporte.
4. - Cuando el caso merezca pronóstico reservado, como un paciente de edad avanzada ó enfermos con perdida de resistencia orgánica.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL.

Entre estos tenemos las de tipo local, permanentes y transitorias; por - cardiopatías, discrasias sanguíneas, anemia intestivas, leucemia, hemofilia, deabetes, ciertos padecimientos nerviosos, alergias o cuando el paciente está débil por enfermedades prolongadas.

En cada uno de estos casos se puede efectuar la extracción con la cooperación del médico especialista, si indica este el tratamiento conveniente, pero en algunos casos la contraindicación será absoluta.

IV. - ANESTESIA

El vocablo anestesia deriva del griego y significa "Sin Sensibilidad" perdiéndose las modalidades de la sensación y la conciencia.

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

ANESTESIA LOCAL, - Es la superación por métodos terapéuticos, de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal manteniéndose intacta la conciencia del paciente.

Para la aplicación de la anestesia local el C. D. tomara en cuenta los siguientes pasos que son de gran importancia para una buena administración de estos.

- 1.)- Esterilización con mertiolate de la zona por anestesiar.
- 2.)- Aplicación tópica de anestesia.
- 3.)- Se usará aguja nueva y del menor calibre posible.
- 4.)- La aguja se inserta con sumo cuidado.
- 5.)- La solución anestésica se introduce lentamente esta puede ir acompañada por un vaso constrictor a la menor concentración.
- 6.)- Esperar de 3 a 5 Mtn. con el fin de que el anestésico haga el efecto deseado.

DIFERENTES TECNICAS DE BLOQUEO A EMPLEARSE:

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

1. - BLOQUEO SUPRAPERIOSTICO

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

El bloqueo se obtiene inyectando la solución anestésica a través de la membrana osea, ó sea en el fondo del surco vestibular depositando la solución sobre encima de los ápices dentarios . El anestésico penetra hasta las fibras nerviosas bloqueando la transmisión del dolor.

2. - BLOQUEO INFRA ORBITARIO

Consiste en bloquear el nervio infraorbitario rama del maxilar.

Este bloqueo se usa cuando vamos anestesiando los incisivos superiores, caninos y premolares.

Para efectuar este bloqueo tomaremos como referencia el agujero infraorbitario el cual lo localizamos por palpación a un centímetro afuera del ala de la raíz y a nivel de la pupila.

La punción se hace en el pliegue de la mucosa a nivel del segundo premolar o entre los incisivos centrales y laterales, se introduce la aguja a nivel del agujero infraorbitario.

3. - BLOQUEO DEL NERVIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR

Con dicho bloqueo se consigue la analgesia de los molares superiores.

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

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

4. - BLOQUEO DEL NERVI NASOPALATINO

Este nervio va a dar sensibilidad a la parte anterior del paladar. Esta indicada para anestesiarse de Canino a Canino Superior y se emplea en Extracciones y en ocasiones como anestesia complementaria para Operatoria -- Dental cuando la inyección Supraperióstica resulta insuficiente.

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

5. - BLOQUEO MANDIBULAR.

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

Con el dedo índice se localiza la fosa retromolar y se colocará la uña sobre la línea milohioidea en lugar donde se efectuará la punción será en el vertice - del triángulo pterigo mandibular la aguja se introduce paralela al plano oclusal de los dientes del maxilar inferior, en dirección a la rama del maxilar y al dedo índice del cuerpo de la jeringa descansará sobre los premolares del lado opuesto.

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

6. - BLOQUEO MENTONIANO

Los nervios mentonianos e incisivos son ramas terminales de porción dental del nervio alveolar inferior.

Cuando se anestesian estos nervios se logra un bloqueo parcial de la mandíbula, y lo podemos utilizar cuando necesitamos tener anestesia de premolar, canino e incisivos de un lado, cuando el bloqueo completo resulta innecesario o está -- contraindicado.

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

7. - BLOQUEO BUCAL

El nervio anestesiado en este tipo de bloqueo es el bucinador (Bucal), y por lo regular se usa como complemento la anestesia de las Extracciones de molares - en la preparación de cavidades, cuando estas se extienden por debajo del margen gingival.

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

8. - BLOQUEO LINGUAL

El nervio anestesiado en dicho bloqueo será el lingual.

Este bloqueo se emplea como anestesia complementaria en la extracción de premolares, caninos, incisivos de la mandíbula cuando la inyección mentoniana y a veces la mandibular no producen anestesia de los tejidos blandos de la superficie lingual de la mandíbula.

El lugar de la punción se hará en el mucoperiostico a nivel del tercio medio - de la raíz del diente que se debe anestésicar dejando en este sitio la solución anestésica lentamente.

MICROMOTOR O AIRROTOR Y FRESAS QUIRURGICAS

Para recortar hueso y no el diente cuando es necesario exponer la raíz ó diente impactados.

ESCOPLO. - Es una barra metálica con uno de los extremos cortados en bicel y afilado, trabaja por medio de presión manual con golpes de un pequeño martillo, se utiliza: para eliminar hueso ó fracturar el diente para su fácil extracción.

PINZAS PARA EXTRACCION O FORCEPS

Su elección es muy importante:

En primer lugar, el Forceps debe adaptarse bien a la mano del operador.

Segundo, el instrumento debe tener la curvatura adecuada para tomar al diente en su contorno cervical, sin que los labios, ni los dientes adyacentes y antagónicos dificulten su movimiento en arco.

Tercero, el Forceps debe ser lo suficientemente ligero para que el operador pueda sentir a través del mismo la resistencia del hueso y advertir cuando éste y las raíces dentarias se luxen.

El Forceps para extracciones es un instrumento basado en principios de palanca de tercer grado ó de palanca de primer grado con la cual se toma el diente al extraer.

Consta de dos partes: Pasiva y Activa.

La parte Pasiva. - Es el mango de la pinza sus ramas son paralelas y según los dientes modelos, están labrados en una cara externa para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador. Las ramas de la pinza se adaptan a la palma de la mano derecha.

El dedo pulgar se coloca entre ambas ramas, actuando como gafa para vigilar y regular el movimiento y la fuerza a ejercer.

La Activa. - se adapta a la corona anatómica del diente, sus caras extremas son lisas, y las internas, además de ser cóncavas, presentan estrias con el fin de impedir su deslizamiento.

Los bordes de las pinzas siguen las modalidades del cuello dentario.

ELEVADORES O BOTADORES

Son instrumentos que basados en principios de física tienen aplicación en odontología, con el objetivo de movilizar o extraer dientes ó raíces dentarias.

Como palanca deben ser consideradas en el elevador tres factores además de la palanca propiamente dicha:

Punto de apoyo, Potencia y Resistencia.

El Botador consta de tres partes:

Mango. - Adaptable a la mano de Operador y está dispuesto con respecto al tallo formando una "T".

Tallo. - Une al mango con la hoja, está constituido de acero lo suficientemente resistente como para cumplir con su cometido.

Hoja. - De diferentes formas según la aplicación que se le dé son dos las formas generales de presentación, de las cuales dependen su manera de actuar. Hoja en línea con tallo (elevadores rectos) ó forman con el ángulo del grado variable (elevadores curvos).

VI. - TIEMPO DE LA EXTRACCION CON FORCEPS.

Es el acto de extraer un diente de alveolo y requiere de varios tiempos que son: PRENSION, LUXACION, Y TRACCION.

1. - PRESION. - Es la aplicación fundamentalmente del forceps al diente en el primer tiempo de la extracción aquí depende el éxito de los siguientes tiempos. Se hace la presión hasta el cuello anatómico en donde se apoya el forceps.

2. - LUXACION. - Es el segundo tiempo por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y a su vez dilata el alveolo, este tiempo se realiza según dos mecanismos:

A). - MOVIMIENTO DE LATERALIDAD.

B). - MOVIMIENTO DE ROTACION.

A). - MOVIMIENTO DE LATERALIDAD. - Dirigido de adentro hacia afuera, aquí actúan dos fuerzas:

1. - Impulsa al diente en dirección de su ápice.
2. - Mueve al diente en dirección de la tabla ósea.

B). - MOVIMIENTO DE ROTACION. - Realizado según el eje mayor del diente, (la rotación solo se efectúa en dientes monoradiculares).

3. - TRACCION. - Es el movimiento que desplaza finalmente al diente de su alveolo, y se lleva a cabo cuando los movimientos preliminares han dilatado el alveolo y roto los ligamentos.

La fuerza aplicada a esto se realiza inversa a la dirección del diente.

DIFERENTES TIPOS DE FORCEPS Y SU UTILIDAD

A). - Para la extracción de dientes y raíces superiores derechas e izquierdas, anteriores y posteriores.

FORCEPS. - # 65. - Tiene forma de "balloneta" con bocados rectos largos y angostos, se utiliza para la extracción de raíces, fragmentos dentarios, dientes anteriores y premolares.

FORCEPS # 69. - Con forma de "ese itálica" sus bocados son largos, angostos tienen forma de ángulo y tienen la misma utilidad que el anterior.

FORCEPS # 150. - Dicho forceps se utiliza para la extracción de dientes superiores anteriores, y de premolar a premolar. Se caracteriza por sus bocados rectos y angostos, concavos en su parte interna, iguales y estriados.

FORCEPS # 18 R. - Nos sirve para la extracción de primero y segundo molar derecho, sus características presentan en los bocados una bifurcación en forma de ángulo diedro para la aprensión de las raíces vestibulares tanto mesial como distal. El otro bocado lo presenta concavo y estriado que sirve para aprensar la raíz palatina.

FORCEPS # 18 L. - Cuya utilidad será para la extracción de primer y segundo molar Superior Izquierdo presenta iguales características e indicaciones que el anterior.

FORCEPS # 88 R2. - Lo llamamos "tricornio" y nos ayuda en la extracción de primer y segundo molar superior derecho, sobre todo cuando la corona clínica esta muy destruida tiene forma de balloneta con un bocado en forma de asta de cuerno el cual penetra en las raíces vestibulares tanto mesial como distal. El otro bocado presenta dos astas separadas en su parte media y son más cortos que el anterior los cuales penetran en la raíz palatina.

FORCEPS # 88 L2. - Tricornio se utiliza para la extracción de primer y segundo molar superior izquierdo con características e indicaciones que el anterior.

FORCEPS # 210. - Nos ayuda para la extracción de terceros molares superiores derechos e izquierdos y como características los bocados presentan forma de ángulo y balloneta, también son anchos y cortos, y a su vez son concavos, estrechos e iguales.

FORCEPS PARA DIENTES SUPERIORES

Anteriores, posteriores, derechos e izquierdos.

FORCEPS # 151. - Es para la extracción de dientes anteriores inferiores de segundo premolar derecho al segundo del lado contrario, presentan bocados largos y en forma de angulo, los bocados tienen forma concava y estriada también se utiliza para la extracción de raíces inferiores.

FORCEPS # 17 R. - Sirve para extraer primer y segundo molar inferior del lado derecho, sus caras internas presentan una bifurcación de las raíces mesial y distal.

FORCEPS # 17 L. - Para la extracción de primer y segundo molar izquierdo de características y utilidad semejante al anterior.

FORCEPS # 23. - Conosido como "Cuerño de Vaca" sirve para la extracción de primeros y segundos molares inferiores de ambos lados y se usa cuando las coronas estén muy destruidas, sus bocados tienen forma de estas y son iguales.

FORCEPS # 222. - Sirve para la extracción de tercer molar inferior de ambos lados sus bocados son cortos en forma de angulo, concavos en su cara interna, estriados e iguales.

VII. - POSICION DEL PACIENTE Y OPERADOR

Es importante la posición del Cirujano Dentista porque tiene que hacer fuerza considerable, cuando se extraen los dientes superiores con forceps se usa una mano para resguardar el instrumento, y con la mano contraria se hace presión de la cabeza del paciente sobre el cabezal del sillón.

POSICION DEL PACIENTE

El paciente debe estar cómodamente sentado en el sillón dental. Su espalda apoyada en el respaldo del sillón y su cabeza colocada cómodamente en el cabezal, descansa sobre el occipital. La altura a que debe colocarse el sillón varía según se realicen las operaciones en el maxilar superior o en la parte inferior.

POSICION PARA OPERAR EN LA ARCADA SUPERIOR

El respaldo del sillón debe colocarse en un ángulo de 45° , la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, de modo que la arcada superior forme un ángulo de 90° con el eje del tronco. El maxilar del paciente debe encontrarse a la altura de los hombros del operador, de esta manera la visión será más perfecta las maniobras más sencillas y el esfuerzo y el trabajo realizados más útiles.

POSICION PARA OPERAR EN LA ARCADA INFERIOR LADO IZQUIERDO

El respaldo del sillón formará un ángulo recto con el asiento. La cabeza estará en el mismo eje del tronco. La iluminación y visión sobre el maxilar es más perfecta. La cabeza del paciente a la altura de los codos del operador.

POSICION PARA OPERAR EN LA ARCADA INFERIOR LADO DERECHO

El sillón inclinado hacia atrás (45°) para permitir las maniobras que el operador ha de realizar estando detrás del paciente, por lo tanto debe colocarse el sillón en su posición inferior.

POSICION DEL OPERADOR

Para la extracción de todos los dientes del maxilar superior, el operador debe colocarse a la derecha del sillón dental, y ligeramente delante del paciente, dándole el frente.

Para operar en la arcada inferior, del lado izquierdo, se situará a la derecha y delante, y un poco más cerca del eje medio del paciente, para poder dominar el campo operatorio y no interferir con la iluminación necesaria. Para la extracción de todos los dientes de la arcada inferior, del lado derecho, el operador se situará detrás del paciente, debiendo dominar el campo operatorio, inclinando su cuerpo para arriba de la cabeza del enfermo.

POSICION DE LAS MANOS DEL OPERADOR PARA LA EXTRACCION
DE LOS DIENTES SUPERIORES DEL LADO DERECHO

Se coloca el pulgar de la mano izquierda en el lado del carrillo del bocado vestibular, y el índice en el lado palatino arriba del bocado palatino, que contiene el diente por ser extraído.

PARA EXTRAER LOS DIENTES SUPERIORES DEL LADO IZQUIERDO
LAS MANOS DEL DENTISTA ESTARAN EN LA SIGUIENTE POSICION

Se coloca el índice por vestibular y por palatino el pulgar y los demás dedos nos servirán para apartar los tejidos blandos presentes. Se utiliza la misma técnica para los dientes anteriores superiores.

Para extraer los dientes inferiores el maxilar inferior necesita ser fijado y sostenido fuertemente, entre otras razones, para evitar su luxación o disminuir la tensa presión que es necesaria en algunas extracciones.

POSICION DE LAS MANOS DEL DENTISTA EN LA EXTRACCION
DE DIENTES INFERIORES DEL LADO IZQUIERDO

El dedo índice, ubicándose en el surco separa y protege el carrillo y el labio inferior; el mediano, por dentro de la arcada dentaria, separa y protege la lengua; el pulgar sostiene fuertemente la mandíbula y los dedos restantes colaboran en esta función, apoyándose con la cara dorsal de los mismos en el mentón.

POSICION PARA EL LADO DERECHO DE LOS DIENTES INFERIORES

El brazo izquierdo rodea la cabeza del paciente, el índice separa la lengua, el dedo medio en el surco vestibular separa carrillo y labio, y los dedos restantes sirven de apoyo a la mandíbula.

En la extracción de los dientes anteriores se toma la mandíbula colocando el pulgar debajo del mentón y los dedos restantes apoyados sobre la arcada dentaria.

VIII. - SINDESMOTOMIA, DEBRIDACION O LEVANTAMIENTO DE - COLGAJO.

SENDESMO. - Del griego send-lazo o ligadura.

TOMO. - Cortar.

Es decir, la sección o disección de los ligamentos. Es la operación que se hace antes de realizar la extracción.

La sindesmotomía es muy importante ya que vamos a desprender la mucosa del periostio y de sus adherencias a la cresta alveolar, además de facilitar la extracción por la sección de los ligamentos, la sección del ligamento circular y de la inserción lingual, evita desgarramiento de la mucosa, habrá más visibilidad, habrá menos traumatismo a la mucosa, y después de la extracción podrá ajustarse y alisarse el delgado borde lingual o borde alveolar y a la vez para conseguir que el alveolo cicatrice rápidamente.

La debridación la podemos realizar ya sea con las pinzas de curación las cuales pasan al rededor del diente y se va desprendiendo la mucosa. También se puede hacer con bisturí, elevadores recto o de bandera.

IX. - ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA, COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO

Durante la extracción se pueden presentar diferentes tipos de accidentes de origen mecánico, esto puede deberse a la poca habilidad del operador o al poco cuidado al usar los instrumentos, así como las malas condiciones en que se encuentren estos.

Los accidentes más comunes son:

1. - Fractura de la pieza por extraer.
2. - Luxación de dientes contiguos.
3. - Penetración de raíces al seno maxilar.
4. - Desgarre de la mucosa y desprendimiento de la encía.
5. - Fractura de la tuberosidad.
6. - Luxación de la mandíbula.
7. - Fractura del instrumento usado.
8. - Hematomas.
9. - Alveolitis.
10. - Hemorragias.

1. - FRACTURA DE LA PIEZA POR EXTRAER

Este accidente es muy frecuente cuando la pieza por extraer se encuentra muy destruida por el proceso carioso. Se fractura con frecuencia cuando se ejercen los movimientos de luxación, fracturándose toda la corona o parte de ella.

2. - LUXACION DE DIENTES CONTIGUOS

Por lo regular es debido muchas veces al mal empleo de los instrumentos, elevadoro forceps. En particular el elevadoro se apoya en piezas contiguas provocando el desalojamiento del diente sano o simplemente su luxación.

La cual consiste en la ruptura de los ligamentos parodontales, y se presenta generalmente cuando la pieza contigua se encuentra debilitada por caries, obturaciones o la raíz de la pieza son pequeñas.

3. - PENETRACION DE LAS RAICES AL SENO MAXILAR

En especial esto sucede en premolares y primer molar superior, por la relación de estas piezas con el seno maxilar y que muchas veces sus raíces se encuentran alojadas en el seno maxilar, o que la laminilla osea es muy frágil, y se debe a que las maniobras del dentista llegan a fracturar la raíz quedando esta dentro del seno maxilar.

La posición de la raíz dentro del seno maxilar varia según su relación con este.

A). - La raíz puede penetrar en el seno maxilar desgarrando mucosa y queda alojada en la cavidad.

B). - La raíz puede quedar atrapada entre la mucosa y el piso oseo.

C). - La raíz puede alojarse debajo del seno en una cavidad patológica.

El tratamiento consiste en una intervención quirúrgica.

4. - DESGARRE DE LA MUCOSA Y DESPRENDIMIENTO DE LA ENCIA

Este tipo de accidente: se debe principalmente al cirujano dentista, pues muchas veces este no debrida correctamente la pieza dentaria y al efectuar la extracción desgarrar la mucosa, la encia puede ser desprendida generalmente cuando se debrida indebidamente con el botador.

5. - FRACTURA DE LA TUBEROCIDAD

Dicha fractura se ve por lo general cuando se hacen extracciones de terceros molares incluidos, pues se les aplica demasiada fuerza a los elevadores y se hacen movimientos muy bruscos, la fractura puede abarcar toda la tuberosidad o parte de ella.

6. - LUXACION DE LA MANDIBULA

Es la salida del condilo, mandibular de su cavidad glenoidea. Este accidente se produce cuando el paciente abre mucho la boca y tambien se produce cuando se llevan a cabo extracciones de terceros molares inferiores y el apoyo a la mandibula no es el adecuado. La luxación puede ser: unilateral o Bilateral. La mandibula luxada puede ser ubicada en su sitio colocando los dedos sobre el borde externo e inferior, de la mandibula y se incluirá con esto tres movimientos.
Hacia abajo, hacia atras y hacia arriba.

7. - FRACTURA DEL INSTRUMENTO USADO

No es excepcional que las pinzas de curación, escavadores, exploradores, elevadores se fracturen en el acto quirurgico cuando exesivas fuerzas se aplican sobre ellos y también pueden asi abrirse las partes blandas u o-seas vecinas al extraer los dientes, se impone una nueva intervención si no es realizada la extracción de estos instrumentos fracturados en el acto de la extracción.

8. - HEMATOMAS.

Es la acumulación de sangre la cual sigue planos musculares a favor de la menor resistencia que le opone a su paso los tejidos vecinos desde el lugar donde se ha practicado una operación bucal.

Características: Aumento de volumen a nivel del sitio operado, cambio de color de la piel vecina siguiendo variaciones de transformación sanguínea y descomposición del P.H., tomando primero un color rojo venoso, después violáceo y amarillo, este cambio de color de la piel dura varios días. Y la colección sanguínea puede efectuarse y producir dolor local, rubor - fiebre intensa y reacción ganglionar.

Tratamiento: Lo podemos llevar a cabo poniendo una bolsa de hielo, el cual elimina el dolor y actúa como anti-inflamatorio.

9. - ALVEOLITIS, ALVEOLO SECO U OSTEITIS ALVEOLAR.

La alveolitis es un estado infeccioso que se caracteriza por la intensidad del dolor y el olor fétido que lo acompaña.

Así como también se debe a la desintegración del coágulo, el aspecto del alveolo es grisáceo al principio, después se desprende y deja a este desnudo de tejido cicatrizal.

Los síntomas suelen comensar en el segundo a tercer día después de la extracción y durar entre diez o quince días.

La alveolitis se origina por diferentes causas:

A). - Infección pre-existente (infección que quedó del absceso radicular).

B). - Traumatismo del hueso durante la extracción.

C). - Escasa hemorragia como resultado del efecto hemostático de la epinefrina inyectada con el anestésico local.

CH). - Infección introducida después de la infección.

D). - Pérdida del coágulo por enjuagues o succiones.

E). - Destrucción por mala alimentación y la deficiencia de las vitaminas C, D, CA, y fosfatos que impiden la cicatrización normal.

La Alveolitis puede presentarse de tres formas que son :

A). - Formando parte de inflamaciones oseas como: Osteitis, periodon - titis oseas etc.

B). - Alveolitis seca, el alveolo se encuentra abierto, sin cuagulo y las paredes oseas estan expuestas.

C). - Cuando una inflamación predomina el alveolo se encuentra sangran - te y muy sensible.

TRATAMIENTO. - Previa anestesia del campo herido despues con cuchilla retiramos el tejido de granulacion (falso cuagulo), esquirilas y cuer - pos extraños existentes.

Una vez estando limpio el alveolo procedemos al lavado con solución salina (suero fisiológico), y ya limpio procedemos a raspar ligeramente las - paredes del alveolo para producir un ligero sangrado, posteriormente la - varemos el alveolo protegiendo lo con una gasa mientras preparamos un - apósito quirúrgico, que consiste en una pequeña tira de gasa impregnada - ya sea con wonder pack, oxido de zinq ó alvogil el cual dejaremos por es - pacio de 24 a 48 hrs.

Despues de este tiempo se retira el apósito, esta curación se volvera - a repetir y tendra que permanecer en el alveolo de 48 a 72 hrs.

Despues de este tiempo lo retiramos hasta conseguir tejido de cicatriza - ción .

Aunado a lo anterior tenemos que reforzar la terapeutica con antibioticos y antiflamatorios.

10. - HEMORRAGIAS

Un factor importante en los problemas subsecuentes en exodoncia son - los estados hemorrágicos a los que se les debe dar un manejo y solución adecuada. Existen en el mercado un gran número de productos químicos y farmacológicos para su resolución.

Sin embargo en todo problema quirúrgico la hemostacia es el corolario - final.

HEMORRAGIA. - Es la extrabazón de la sangre y salida de sus elementos a consecuencia de los traumatismos de las paredes de un bazo a cambio de presiones bruscas en bazos de paredes alteradas y modificación sanguíneas que causan extrabazón.

Las causas más comunes de hemorragia en exodoncia son:

1. - Laceración de tejido blando y encía.
2. - Retención del tejido granulomatoso que debe removerse por medio de curetaje.
3. - Suturas demasiado tensas que rompen los bordes de la encía, o que se desprenden fácilmente.
4. - Desintegración del cuagulo debido a una infección.
5. - Traumatismos del alveolo por un curetaje excesivo.
6. - Succión del cuagulo por el paciente.
7. - Uso inmoderado de colutorios después de la extracción.

DIFERENTES TIPOS DE HEMORRAGIA

HEMORRAGIA ARTERIAL. - Originada por trauma de una arteria la cual produce un chorro intermitente de sangre de color rojo vino.

HEMORRAGIA VENOSA. - El sangrado es continuo y tiene un color rojo-oscuro.

HEMORRAGIA CAPILAR. - Manifestada por escurrimiento continuo de sangre.

TRATAMIENTO LOCAL. - Se retira el cuagulo de la boca para examinar el sitio de la hemorragia, se explora el alveolo y se limpia con torundas de algodón con suero fisiológico, se retiran las esquirlas y una vez limpio se taponea el alveolo con trocitos de gel-foam. En seguida procedemos al colocar para protegerlo con una torunda de gasa o algodón y así concluimos con la terapéutica.

V. - INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EXODONCIA

Para la exodoncia se debe contar en la mesa de trabajo con un armamentario completo para llenar varias necesidades que se llegasen a presentar. En términos generales dos clases distintas de instrumentos se emplean en exodoncia, los destinados a extraer el diente pinzas para extracciones y elevadores (también llamados botadores).

ESPEJO. - No importa su diseño pero de preferencia debe ser grande para tener mejor visualización durante la exploración o de aumento según la elección del Odontólogo.

PINZAS DE CURACION. - Diseño de acuerdo al operador.

JERINGA. - Metálica (carpule), la más usada en Odontología, agujas desechables de diferentes calibres y longitudes.

BISTURI. - De una sola pieza de hojas intercambiables, son más versátiles y de mayor uso.

TIJERAS. - Curvas para disección y rectos para cortar puntos.

PINZAS DE DISECCION. - Sirven para tomar y preparar los tejidos para su sutura.

PINZAS DE MOSQUITO. - Rectas y Curvas para la hemostacia inclusive se emplean para sutura.

LEGRAS, PERIOSTOMOS. - Espatula de puntos romas para separar la fibra mucosa.

X. - INDICACIONES POSTOPERATORIAS

Después de la extracción de uno o más dientes, se requiere de un tratamiento local para prevenir la infección o controlarla si está ya presente, por tal motivo es necesario que a cada paciente se le den instrucciones al pie de la letra y así prevenir las complicaciones postoperatorias.

Las instrucciones que se le dan al paciente son las siguientes:

1. - Para evitar una hemorragia, debe morder con firmeza, sobre el lugar de la extracción un rollo de gasa o de algodón durante media hora.
2. - Que no utilice enjuagatorios hasta seis horas de realizada la extracción.
3. - Si hay una pequeña hemorragia, que mantenga un buche de solución fisiológica caliente en la boca, hasta que se enfrie a la temperatura del cuerpo, repitiendo lo anterior varias veces.
4. - En caso de dolor tomará el analgésico que se le mando en su receta.
5. - En caso de que exista inflamación en la zona donde se efectuó la extracción se aplicará intermitentemente una bolsa con hielo o toallas empapadas con agua helada, ya que el frío disminuye el flujo sanguíneo de la zona de aplicación inhibiéndose así la leucocitosis en la parte afectada y evitando la presión sobre los tejidos, disminuyendo la inflamación en la zona.
6. - Al día siguiente hará lo anterior pero con agua caliente pues de esta forma se estimula la circulación, tratando así de evitar la rigidez y tumefacción.
7. - La higiene bucal es muy importante para acelerar la cicatrización, eliminar el mal olor y el gusto desagradable que se siente. Se ordena enjuagarse con el agua antiséptica cuatro veces al día y el cepillado con dentrífico.
8. - Durante unos días se evitará comer alimentos con grasa así como irritantes, y alimentos difíciles de masticar para no lesionar la zona afectada.

De seguir las indicaciones anteriores, se obtendrá un postoperatorio sin ninguna complicación.

CONCLUSIONES

Expuesto todo lo anterior se deduce que el cirujano dentista debiera realizar la exodoncia consiente de las complicaciones que se le pueden presentar tratando este de evitarlas y en caso de que sean inevitables el cirujano-dentista deberá tener todo lo necesario en el consultorio dental para poder-resolver dicha complicación.

Como en todo tratamiento dental y principalmente la exodoncia el cirujano dentista tiene el deber de elaborar una evaluación clínica del paciente - para que conozca la capacidad física y mental que tiene el paciente para resistir el tratamiento dental.

Con un examen detallado de los dientes por extraer el cirujano dentista-sabrá si la extracción dentaria esta indicada o no, además podrá determinar que técnica es la que va a emplear para dicha extracción.

Es necesario que la esterilización del instrumental empleado y la asepsia de la zona que se va a trabajar sea la adecuada para evitar problemas -posteriores.

De lo anterior tenemos que el conjunto que hace la evaluación clínica, - el examen detallado de los dientes por extraer las reglas existentes de asepsia y la aplicación correcta de las técnicas de exodoncia llevaran al cirujano dentista a efectuar el tratamiento a cualquier diente en las condiciones más-óptimas y disminuyendo de esta manera las molestias y traumatismos innecesarios al paciente.

Como es ya sabido la finalidad del cirujano dentista es apresurar el mayor número de piezas dentarias en un paciente y esto lo va a lograr haciéndole ver la importancia que tiene el estado de salud de su boca y concencerle de que es necesario que acuda al consultorio dental periódicamente para-poder de esta forma evitar futuras extracciones dentales.

BIBLIOGRAFIA

1. - CIRUGIA BUCAL
PICHLER HANS
EDITORIAL LABOR
MEXICO.
2. - ANESTESIA ODONTOLÓGICA
MIELS BJORN Y JESS HAYDEN JR.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
3. - CIRUGIA BUCAL
ARCHER HARRY W
EDITORIAL MUNDI.
4. - CIRUGIA BUCAL
RIES CENTENO GUILLERMO A
EL ATENEO
BUENOS AIRES, ARGENTINA.
5. - MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA
LABORATORIOS WINHTROP
LABORATORIOS ASTRA.
6. - CIRUGIA BUCAL
THOMA KURT HERMAN
UTEHA
MEXICO.
7. - ANESTESIA Y ANALGESIA
CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA
EDITORIAL INTERAMERICANA.