



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA

TESIS

Que para obtener el título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

MARGARITA RAMOS GALVAN

Revisó y dirigió tesis:

J. H. Ruiz

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

CAPITULO I	INTRODUCCION	1
CAPITULO II	DEFINICION DE ODONCIA	2
CAPITULO III	ANATOMIA DE LOS MAXILARES	3
	a).- Maxilar superior	3
	b).- Maxilar inferior	10
	c).- Nervio trigémino	16
CAPITULO IV	HISTORIA CLINICA	19
	a).- Datos personales	19
	b).- Estudio de aparatos y sistemas ...	19
	c).- Estudio de los sintomas	21
	d).- Estudio radiológico	23
CAPITULO V	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	24
CAPITULO VI	TECNICAS DE ANESTESIA LOCAL	28
	a).- Bloqueo del nervio dentario inf. .	28
	b).- Bloqueo del nervio lingual	31
	c).- Bloqueo del nervio bucal largo ...	32
	d).- Bloqueo del nervio mentoniano	32
	e).- Inyección del nervio alveolar superior posterior	35
	f).- Inyección del nervio alveolar superior medio	35
	g).- Bloqueo del nervio alveolar superior anterior	37
	h).- Inyección del nervio palatino mayor anterior	37

	1).- Bloqueo del nervio nasopalatino ...	39
CAPITULO VII	ACCIDENTES DE LA ANESTESIA	41
	a).- Síncope	41
	b).- Shock	42
	c).- Parálisis facial ,.....	43
CAPITULO VIII	INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA	46
	a).- Forceps para extracciones dentarias anteriores superiores	46
	b).- Forceps para extracciones inferiores	48
	c).- Instrumental para tejidos blandos	50
CAPITULO IX	EXTRACCION DENTARIA	53
CAPITULO X	ACCIDENTES DE LA EXTRACCION	58
	INMEDIATOS	
	a).- Fractura del diente	58
	b).- Fractura y luxación de los dientes vecinos	59
	c).- Fractura del maxilar	60
	d).- Fractura total del maxilar inferior	62
	e).- Lesión del seno maxilar	62
	f).- Penetración de un molar en el seno maxilar	66
	g).- Luxación del maxilar inferior	66
	h).- Lesión de las partes blandas vecinas	67
	i).- Lesión de los troncos nerviosos ..	67

MEDIATOS

j).- Hemorragia69

k).- Hematomas71

l).- Alveolitis72

CONCLUSIONES73

BIBLIOGRAFIA74 -

INTRODUCCION

La práctica de la exodoncia es muy necesaria, ya que así lo requiere el trabajo habitual, ya que existirán casos en que la pieza dentaria ya no sea posible restaurarlo debido a diferentes causas como : Patología pulpar, procesos cariosos, procesos parodontales, etc.

En estos casos es necesario llevar a cabo la extracción, para lo cual es necesario tener amplios conocimientos sobre la materia; así como sus complicaciones y los accidentes que se pudieran suscitar al estar realizando la extracción.

Para que no ocurra esta serie de complicaciones, es necesario, como se mencionó anteriormente tener conocimiento de lo que se va a realizar. Así como el estudio del paciente elaborando cuidadosamente su historia clínica, anotando todo lo necesario con respecto a sus enfermedades así como sus antecedentes personales patológicos y no patológicos, etc.

También será necesario un estudio radiográfico de la pieza por extraer, además de todo lo mencionado, es necesario poseer todo el instrumental que se requiera así como los medicamentos necesarios para poder atender al paciente en una forma adecuada y evitar de esta manera cualquier complicación de la exodoncia o si se incurre en ella, poder llevarla al éxito.

DEFINICION DE EXODONCIA

Es una rama de la odontología que se encarga de la extracción de los dientes que han perdido su función ya sea por procesos cariosos, patología local, procesos parodontales, tratamientos ortodóncicos, protésicos y también tratamientos endodónticos que no han tenido éxito.

EXTRACCION DENTAL : Es el acto quirúrgico que se encarga de la extracción o desalojo de su alveólo de una pieza dentaria. Es una intervención que puede poner en peligro la salud del paciente.

Para llevar a cabo una extracción debemos de poner cuidado necesario para lograr éxito.

Se debe llevar a cabo la asepsia y anticepsia que son necesarias para realizar este acto quirúrgico, también se debe hacer un estudio del paciente para evitar accidentes durante la extracción.

ANATOMIA DE LOS MAXILARES

MAXILAR SUPERIOR

Este hueso forma la mayor parte de la cara, tiene -- forma cuadrangular, siendo algo aplanada de afuera, adentro esta compuesta por : 2 caras, 4 bordes, 4 ángulos, y una - cavidad o seno maxilar.

Cara Interna : En el límite de su cuarta parte infe - rior destaca un saliente horizontal de forma cuadrangular llamado apófisis palatina, esta apófisis más o menos plana tiene una cara superior lisa, que forma parte del piso de - las fosas nasales, y otra inferior rugosa, con muchos peque - ños orificios vasculares que forma gran parte de la bóveda palatina.

El borde externo de la apófisis esta unido al resto - del maxilar, en tanto que su borde interno, muy rugoso se - adelgaza hacia atrás y se articula con el mismo borde de - la apófisis palatina del maxilar opuesto. Este borde, hacia su parte anterior, se termina a favor de una prolongación - que constituye un especie de semiespina, la cual al artícu - larse con la del otro maxilar, forma la espina nasal ante - rior.

El borde anterior de la apófisis palatina, forma parte del orificio anterior de las fosas nasales, su borde poste - rior se articula con la parte horizontal del palatino.

A nivel del borde interno por detrás de la espina -- nasal anterior existe un surco, que con el del otro maxilar origina el conducto palatino anterior, por él pasan el ner - vio esfenopalatino interno y una rama de la arteria esfe--

nopalatina.

La apófisis palatina divide la cara interna del maxilar en dos porciones, la inferior forma parte de la bóveda palatina, la superior es más amplia en ella se articula la rama vertical del palatino, se encuentra más adelante el orificio del seno maxilar. Por delante del orificio del seno existe un canal nasal.

Cara Externa : En su parte anterior se observa, por encima del lugar de implantación de los incisivos, la fose-ta mirtiforme, donde se inserta el músculo mirtiforme, fose-ta que esta limitada por la giva canina.

Por detras y arriba de esta eminencia destaca un sa-liente transverso, de forma piramidal, o apófisis piramidal.

Entre el agujero suborbitario y la giva canina, existe una depresión llamada fosa canina.

De la pared inferior del canal suborbitario salen unos pequeños conductos que van a terminar en los alvéolos destinados a canino e incisivos.

Por último, la cara posterior de la apófisis piramidal es convexa, corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática. Exhibe diversos canales y orificios, denominados agujeros dentarios posteriores, por donde pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares, destinadas a los gruesos molares.

De los tres bordes de la apófisis piramidal, el inferior es cóncavo, vuelto hacia abajo y forma la parte superior de la hendidura vestibulocigomática; El anterior forma la parte interna e inferior del borde de la órbita, mien --

MAXILAR SUPERIOR

(Cara Externa)

- 1.- Canal lagrimal
- 2.- Orificio suborbitario
- 3.- Giva canina
- 4.- Borde alveolar



tras que el posterior se corresponde con el ala mayor del esfenoides, formandose entre ambos la hendidura esfenomaxilar.

Bordes : Borde Anterior, que presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior, más arriba muestra una escotadura que, con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales y más arriba aún, el borde anterior de la rama o apófisis --- ascendente.

Borde Posterior : Es grueso, redondeado y constituye la tuberosidad del maxilar. Su parte superior forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y en su porción más alta presenta rugosidades para articular la apófisis orbitaria del palatino.

En su parte baja, se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoides, esta articulación está provista de un canal que forma el conducto palatino posterior.

Borde Superior : Forma el limite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino.

Borde Inferior: Llamado también borde alveolar, presenta una serie de cavidades cónicas o alveolos dentarios donde se alojan las raices de los dientes.

Los alveolos son sencillos en la parte anterior y en la parte posterior llevan dos o más cavidades secundarias su vértice perforado deja paso a su correspondiente paque-

te vasculo-nervioso del diente y los diversos alveolos se hallan separados por tabiques óseos, que constituyen las apófisis interdientarias.

Angulos : Presenta cuatro ángulos, dos superiores y dos inferiores.

Del ángulo anterosuperior se destaca la apófisis ascendente del maxilar superior. Su extremidad superior se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal, la cara interna de esta apófisis ascendente forma parte de la pared externa de las fosas nasales, mientras su cara externa, presenta una cresta vertical, llamada cresta lagrimal anterior, por delante de la cresta se inserta el músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior, por detrás de la cresta forma la parte anterior del canal lagrimal.

Cara Interna

- 1.- Cresta turbinal superior
- 2.- Rama ascendente
- 3.- Cresta turbinal inferior
- 4.- Maxilar superior
- 5.- Canaledura lagrimal



- 6.- Conducto palatino anterior
- 7.- Apófisis palatina

Estructura

La parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar están formados de tejido esponjoso, mientras el resto del hueso se halla constituido por tejido compacto. En el centro del hueso existe una gran cavidad, llamada seno maxilar en forma de pirámide cuadrangular, de base interna y vértice externo --

Osificación

Se origina el maxilar superior mediante cinco centros de osificación, que aparecen al final del segundo mes de vida fetal y son los siguientes:

- 1o El externo o malar
- 2o El orbitonasal
- 3o El anteroinferior o nasal
- 4o El interno inferior o palatino
- 5o El que forma la pieza incisiva, situado entre los centros nasales y delante del palatino.

MAXILAR INFERIOR O MANDIBULA

Es un hueso impar, que consta de un cuerpo y dos ramas.

Cuerpo : Tiene forma de herradura, cuya concavidad se halla vuelta hacia atras. Se distinguen en él dos caras y dos bordes.

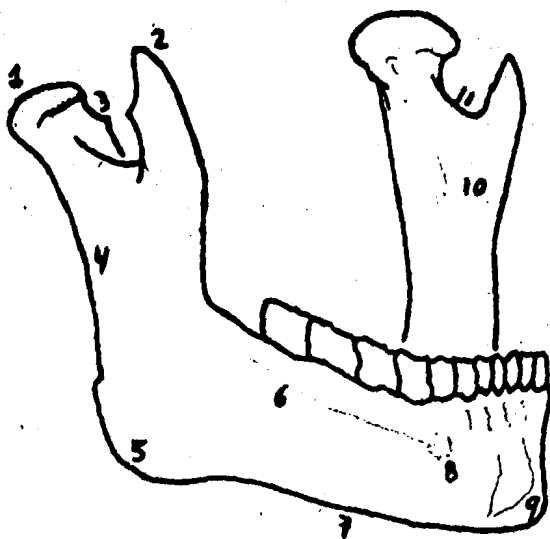
Cara Anterior : Lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de la soldadura de las dos mitades de hueso, y conocida con el nombre de sínfisis mentoniana, su parte inferior, más saliente, se denomina eminencia mentoniana. Hacia afuera y hacia atras de la cresta se encuentra el agujero mentoniano, por donde salen el nervio y los vasos mentonianos. Más atrás se observa una línea saliente dirigida hacia y hacia adelante, que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso; se llama línea oblicua externa del maxilar y sobre ella se insertan los músculos triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

Cara Posterior : Presenta cerca de la línea media cuatro tubérculos llamados apófisis geni, de los cuales los dos superiores, sirven de inserción a los músculos geniglosos, mientras sobre los dos inferiores se insertan los geniohioides.

Partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra la línea oblicua interna milohioidea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante, terminando en el borde inferior de esta cara; Sirve de inserción al músculo milo-

MANDIBULA

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1.- C6ndilo | 8.- Agujero mentoniano |
| 2.- Ap6fisis coronoides | 9.- S6nfisis mentoniana |
| 3.- Cuello del c6ndilo | 10.- Espina de Spix |
| 4.- Rama ascendente | 11.- Escotadura signoidea |
| 5.- Angulo de la mandibula | |
| 6.- L6nea oblicua externa | |
| 7.- Borde inferior | |



hioideo. Inmediatamente por fuera de las apófisis geni y -- por encima de la línea oblicua, se observa una foseta su -- blingual, que aloja la glándula sublingual. Más afuera por -- debajo de dicha línea y en la proximidad del borde infe -- rior, hay otra foseta más grande llamada foseta submaxilar que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

Bordes : El borde inferior es romo y redondeado, lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media, en ella se inserta el músculo di -- gástrico.

El borde superior o borde alveolar, presenta una serie de cavidades, de las cuales, las anteriores son simples, las posteriores están compuestas de varias cavidades y todas -- ellas se hallan separadas entre sí por puentes óseos o apó fisis interdientarias donde se insertan los ligamentos co -- ronarios de los dientes.

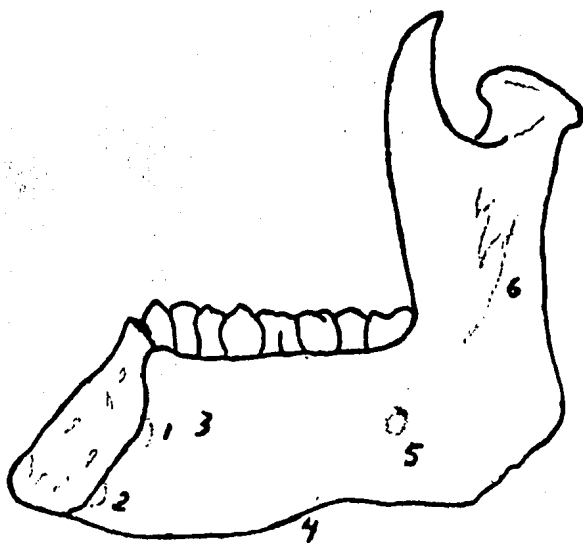
Ramas : Es una izquierda y una derecha, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, el plano definido por cada una de ellas es vertical y su eje mayor está di -- rigido oblicuamente hacia arriba y hacia atrás, poseen dos caras y cuatro bordes.

Cara Externa : En su parte inferior se inserta el -- músculo macetero.

Cara Interna : En la parte media de ésta cara, se en -- cuentra el orificio superior del conducto dentario, por él se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores -- un saliente triangular o espina de Spix sobre el cual se -- inserta el ligamento esfenomaxilar, forma el borde antero --

CARA INTERNA

- 1.- Apófisis geni superior
- 2.- Apófisis geni inferior
- 3.- Fosa sublingual
- 4.- Cuerpo de la mandíbula
- 5.- Fosa submaxilar
- 6.- Surco milohioideo



inferior de aquel orificio. Tanto este borde como el posterior se continúan hacia abajo y adelante, hasta el cuerpo del hueso, formando el canal milohioideo, donde se alojan los nervios y los vasos milohioideos.

Bordes : El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática.

El borde posterior, recibe el nombre de borde parotídeo por sus relaciones con la glándula parótida.

El borde superior, posee una escotadura amplia, llamada escotadura sigmoides, y una apófisis coronoides, así como un cóndilo.

El borde inferior de la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior, forma el ángulo del maxilar inferior, o gónion.

Estructura

Está formado por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido compacto. Este tejido, se adelgaza considerablemente al nivel del cóndilo, se halla recorrido interiormente el maxilar inferior por el conducto dentario inferior, el cual comienza en el orificio situado detrás de la espina de Spix y se dirige hacia abajo y adelante a lo largo de las raíces dentarias, llegando hasta el nivel del segundo premolar, donde se divide en un conducto externo, que va a terminar al agujero mentoniano, y otro interno que se prolonga hasta el incisivo medio.

Osificación

Al final del primer mes de vida fetal se forma el -- cartílago de Meckel, a expensas del cual se originarán las dos mitades del maxilar inferior, que son independientes al principio. En dicho cartílago aparecen entre los 30 y 40 - días de la vida fetal seis centros de osificación que --- son :

- 1o El centro inferior, en el borde maxilar
- 2o El centro incisivo, a los lados de la línea media
- 3o El centro suplementario del agujero mentoniano
- 4o El centro condíleo, para el cóndilo
- 5o El centro coronóideo, para la apófisis coronoides
- 6o El centro de la espina de Spix

Desarrollados a expensas de dichos centros, los dos -- semimaxilares se sueldan definitivamente constituyéndose - la sínfisis mentoniana, al tercer mes de la vida extraute - rina.

NERVIO TRIGEMINO

El nervio trigémino es un nervio mixto integrado por una porción motora de menor tamaño y una porción sensitiva de mayor tamaño, ésta posee un ganglio grande en forma de media luna, llamado ganglio semilunar o ganglio de Gasser que ocupa la impresión trigeminal en el piso de la fosa cerebral media.

Del ganglio de Gasser se desprenden las tres grandes ramas de este nervio que son : Nervio Oftálmico, nervio maxilar superior y nervio mandibular.

Nervio Oftálmico

Es enteramente sensitivo, se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenoidal, y una vez en ella se divide en tres ramas que son :

1.-Nervio lagrimal.-Que, dá ramas a la conjuntiva ocular e inerva una pequeña zona de la piel en el ángulo externo del ojo y la glándula lagrimal.

2.-Nervio Nasociliar.-Sigue un trayecto hacia la línea media y va a inervar la mucosa de la porción anterosuperior de las fosas nasales, la piel del dorso de la nariz y la del ángulo interno del ojo.

3.-Nervio Frontal.-Corre inmediatamente por debajo del techo de la órbita, dividiéndose luego en frontal externo y frontal interno, que inervan la piel del párpado superior y de la región frontal hasta el cuero cabelludo.

Nervio Maxilar Superior

Es puramente sensitivo, atraviesa el agujero redondo mayor para luego penetrar en la fosa pterigomaxilar en -

donde se divide en ramas que son ;

1.-Nervio orbitario : Entra en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y se dirige hacia adelante pegado a la pared externa de ésta, para luego dar dos ramas que inervan la piel de la porción anterior de la sien y las cercanías del ángulo externo del ojo.

2.-Las ramas nasales posteriores : Inervan la porción posteroinferior de la mucosa de las fosas nasales, una de estas ramas : El nervio nasopalatino, se dirige hacia adelante y abajo, en el septum para luego, a través del agujero incisivo dividirse e inervar la porción anterior del paladar duro y la región adyacente de la encía.

3.-Nervio palatino anterior : Atraviesa el conducto palatino posterior, dando ramos a la mucosa del paladar duro y la porción palatina de la encía.

4.-Nervio infraorbitario : Es continuación directa del nervio maxilar superior. Después de atravesar la hendidura esfenomaxilar corre en el piso de la órbita formando los nervios alveolares del maxilar y de la encía, para luego salir a través del agujero infraorbitario y dar ramas a la piel situada entre la hendidura palpebral.

Nervio mandibular

Es un nervio mixto con predominancia sensitiva. Sale del cráneo a través del agujero oval y llega a la fosa infratemporal donde da sus primeras ramas motoras para los músculos masticadores y una rama sensitiva. El nervio bucal que sigue un trayecto hacia abajo por la cara externa del músculo buccinador, al cual atraviesa con numerosas ramas

que van a inervar la encía, comprendida entre el segundo molar y el segundo premolar, luego el nervio maxilar inferior se divide en las siguientes ramas sensitivas:

1.- Nervio Auriculotemporal : Está en un principio localizado por dentro del cuello del cóndilo de la mandíbula y luego se dirige inmediatamente hacia arriba para seguir por adelante del conducto auditivo externo y parte de la concha.

2.- Nervio Lingual : Al principio se dirige hacia abajo entre la rama del maxilar inferior y el músculo pterigoideo interno, para luego después de doblarse en un arco convexo hacia abajo y atrás penetrar en la lengua desde abajo a inervar su porción corporal.

3.- Nervio Dentario Inferior : Corre a principio pasado detrás del nervio lingual y luego se introduce en el orificio del conducto dentario inferior para seguir en el conducto del mismo nombre y dar ramas a la dentadura y encía de la mandíbula.

4.- Nervio Mentoniano : Es una rama colateral, sale a través del agujero mentoniano, para inervar la piel del labio inferior y del canino a la línea media de cada lado respectivamente, así como del mentón.

HISTORIA CLINICA

La elaboración de la historia clinica es un proceso - ordenado y cronológico, en el que se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al -- Cirujano Dentista conocerlo mejor, ya que es un factor muy importante en el diagnóstico odontológico.

Para hacer la descripción correcta de las enfermedad es necesario adoptar una terminología satisfactoria y saber expresar en pocas palabras lo que se desee asentar.

DATOS PERSONALES

Nombre -----

Dirección -----

Teléfono -----

Edad -----

Estado civil -----

Ocupación -----

Lugar de nacimiento -----

Examen bucal -----

Diagnóstico -----

Tratamiento -----

ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS

Aparato Cardio-Vascular -----

Aparato Renal -----

Sistema Nervioso -----

Aparato Digestivo -----

Aparato Respiratorio -----

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER

Menstruación Embarazo Lactancia Menopausia

Propensión hemorrágica -----

Pruebas de laboratorio -----

Estudio Radiológico -----

Estado General -----

Indicada la Extracción Dentaria -----

Analgesia indicada -----

Técnica Empleada -----

Prescripciones operatorias -----

ESTUDIO DE LOS SINTOMAS

Datos generales del paciente: Se anotará en la hoja clínica el nombre del paciente, edad, sexo, estado civil --- ocupación, lugar de nacimiento.

Examen bucal : Cuando revisemos una boca no sólo hay que prestar atención a las piezas dentarias, ya que sólo son una parte del aparato masticatorio, hay que revisar --- minuciosamente cada una de las partes componentes de la misma.

Labios y mucosa labial.-Se procede a comenzar por el examen visual y táctil de los labios para descubrir variaciones del color, consistencia, morfología y función, debemos buscar alguna queratosis o ulceración en el borde bermes --- llón de la mucosa de los labios.

En pacientes de edad avanzada principalmente en los hombres, debe investigarse la presencia de úlceras, costras o induraciones. La palpación bimanual de la piel y mucosas debe extenderse a los pliegues mucobucuales, tanto en superior, como en el labio inferior.

Lengua y piso de la boca.- Son a menudo esenciales --- los exámenes visual y manual de la lengua y piso de la boca, ya que pueden ser estos tejidos asiento para una gran variedad de enfermedades graves. La palpación en piso de boca es para que nos permita saber si existe una lesión de las glándulas salivales principales, sus conductos, y los --- gánglios linfáticos submaxilares, así como en los tejidos de sostén y revestimiento de estas regiones. El piso de la boca es asiento frecuente de lesiones hiperqueratósicas -

carcinoma, rnula, sialolitiasis y muy rara vez de neoplasias originada en una glándula salival. Para la lengua existen predilección por las zonas anatómicas como el borde externo, dorso, punta o superficie ventral, en el borde posteroexterno de la lengua la úlcera traumática, el carcinoma epidermoide o las infecciones granulomatosas específicas.

Paladar y orofaringe. - Observar y palpar las arrugas palatinas, papilas incisivas, contorno del paladar blando.

Hay que buscar pequeños nódulos de tejido linfático - vasos inyectados, eritema, torus palatino, úlceras, vesículas.

Articulación Temporomandibular. - Se anotará cualquier anomalía de la articulación como anquilosis, luxación, fractura.

Diagnóstico Dental : Se anotará si es necesario la extracción.

Estudio de Aparatos Y Sistemas

Aparato Cardio-Vascular .- Se le pregunta al paciente si tiene algún síntoma o enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, arritmias, taquicardia, bradicardia, soplos si ha sufrido una embolia, y confirmar si está siendo controlada por su médico.

Aparato Renal. - Necesitamos saber si existe poliuria ya que puede ser un síntoma de diabetes, nicturia, hematuria oliguria, glucosuria, dificultad al orinar, color, olor, nefritis, hinchazón de tobillos y párpados.

Sistema Nervioso .- Necesitamos saber si es un paciente apprehensivo, conviene tratarlo con sedantes o tran-

quilizantes: Si es un paciente epiléptico, tensión emocional depresiones.

Aparato Digestivo.- Preguntarle al paciente si tiene - falta de apetito, eructos, gastritis, diarreas, hemorragias gástricas, pérdida de peso reciente, úlceras, estreñimiento.

Aparato Respiratorio.- Si tiene epistaxis, hemorragia por boca resfriados frecuentes, flemas con sangre, accesos - frecuentes de tos, fatiga, disnea, asma.

Pruebas de Laboratorio.- Biometría hemática, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, -- V.D.R.L., general de orina, química sanguínea.

Estudio Radiológico.- Interpretación radiográfica -- tipo de radiografías : Periapicales, de aleta mordible, -- oclusales, extraorales.

Estado General.- Anotar si el estado general del pa - ciente es satisfactorio o no lo es.

Indicada la Extracción Dentaria.- Se deberá anotar sí o no, según se vea su indicación o contraindicación.

Analgesia Indicada.- El tipo de bloqueador se emple - ará de acuerdo a la concentración del vasoconstrictor que contiene.

Técnica Empleada.- Se refiere al tipo de bloqueo que se utilizará: Local, suprapariética o infiltrativa, troncu - lar y mentoniana.

Prescripciones Operatorias.- Se refiere a los medi -- camentos utilizados o recomendados, tanto en el pre como -- en el posoperatorio

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION

INDICACIONES

La extracción esta indicada siempre y cuando ya no sea posible reconstruir el órgano dentario, debido a diferentes causas que se nombran a continuación.

1.- Dientes destruidos por caries de cuarto grado que no pueden ser tratados.

2.- Cuando la caries es muy extensa y afecta casi la totalidad de la corona clinica.

3.- La patología pulpar, ya sea aguda o crónica, que no sea compatible con tratamiento, puede ser causa de extracción.

4.- Enfermedad periodontal : Como guía aproximada, la pérdida de cerca de la mitad de la profundidad normal del hueso alveolar o de extensión de las bolsas a la bifurcación de las raíces de los dientes posteriores o la movilidad manifiesta de los dientes significa que las extracciones son la única solución práctica para la mayoría de los pacientes.

5.- Traumatismos : Los efectos de traumatismo sobre dientes o alveolo a veces aún más allá de cualquier posible reparación. Muchos dientes en la línea de fractura del maxilar se extraen, para tratar el hueso fracturado y así mismo prevenir infección del hueso.

6.- Tratamientos Ortodónticos : La extracción de algunos dientes a veces es el método más eficaz para tratar

la maloclusión.

7.- Por Razones Protésicas: Cuando tiene que adaptarse una dentadura parcial, puede ser necesario extraer dientes en caso de que obstaculicen la adaptación de la dentadura o denigren el aspecto del paciente.

8.- Los dientes temporales retenidos deben ser extraídos cuando hay un sucesor permanente que va a hacer erupción en una buena posición.

9.- Accidentes de erupción de los terceros molares : Los accidentes de erupción indican eliminación exodóntica del diente causante (pericoronitis, accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales).

10.- Anomalías de sitio : Los dientes que permanezcan retenidos en los maxilares deben ser extraídos. También en aquellos casos en que la ortodoncia no logra éxito o el diente retenido produzca molestias.

11.- Dientes supernumerarios : Estos pueden obstaculizar la erupción de los dientes normales o hacer erupción en un lugar inadecuado.

12.- Preparación para radioterapia : Antes de la radioterapia de neoplasias orales, la extracción de los dientes, suele ser una parte esencial de la preparación de la boca. La extracción después de la radioterapia comúnmente se acompañan de osteomielitis y alteración en la cicatrización.

CONTRAINDICACIONES

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

1.- En la infección aguda con celulitis no controlada ésta se debe controlar para que no se extienda aún más.

2.- En la pericoronitis aguda hay que tener mayor cuidado debido a la flora bacteriana mixta que se localiza en la zona.

3.- La estomatitis infecciosa aguda es complicada por la exodoncia.

4.- La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará con exacerbación del tumor y falta de cicatrización de la herida local.

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

6.- La diabetes no controlada, se caracteriza por infección de la herida y no hay cicatrización normal.

7.- Las cardiopatías como : Arteriopatía coronaria - hipertensión y descompensación cardíaca, pueden complicar la exodoncia.

8.- Las discrasias sanguíneas que incluyen anemias simples y graves, enfermedades hemorrágicas como hemofilia y las leucemias.

9.- Las enfermedades debilitantes de cualquier tipo

hacen que los pacientes estén bajo alto riesgo, si existen traumatismos.

10.- La enfermedad de Addison

11.- La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción.

12.- La nefritis que requiere tratamiento puede -- crear un problema al preparar al paciente para exodoncia.

13.- La senilidad es una contraindicación relativa -- que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica dependiente a la cirugía.

TECNICA DE ANESTESIA LOCAL

Es indispensable describir la anestesia de varios -- nervios, para poder realizar procedimientos quirúrgicos y operatorios dentro de la cavidad bucal. El propósito principal en el uso de la anestesia local, es el de colocar entre el estímulo doloroso en la periferia y el área receptiva del cerebro un bloqueo o barrera que impedirá la conducción de la transmisión de los impulsos dolorosos de la periferia a las áreas receptoras del cerebro.

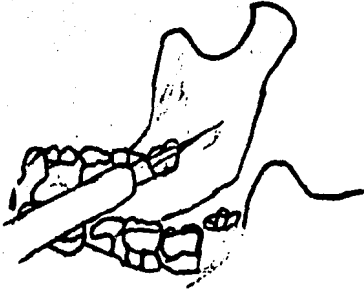
El agente anestésico local por sus efectos en la membrana nerviosa, bloquea la conducción de los impulsos nerviosos y produce un estado de anestesia. El anestésico puede aplicarse mediante diferentes técnicas como : Infiltración, regional o troncular.

BLOQUEO DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR

El nervio que inerva los dientes de la mandíbula es el dentario inferior, el cual es sólo una de las grandes -- ramas del nervio maxilar inferior.

El nervio dentario inferior puede ser anestesiado a la entrada de la mandíbula, en el agujero del dentario inferior.

Se le pide al paciente que abra la boca muy ampliamente, y el cirujano dentista palpa el borde anterior de la rama ascendente, medial a esta marca se halla el rafé pte --



Bloqueo del nervio dentario inferior



Bloqueo del nervio bucal largo

rigomandibular, una banda fibrosa de tejido formada por la inserción del músculo buccinador y el músculo superior constrictor de la faringe.

El agujero dentario inferior se encuentra en un punto medio entre los bordes posterior y anterior de la rama -- ascendente, a una altura aproximada de las superficies -- oclusales de los dientes inferiores. La aguja de la jeringa se dirige hacia este punto en una dirección que corresponde a una línea imaginaria que va del rafé pterigomandibular hacia el espacio interproximal entre el primero y segundo premolar del lado opuesto, la aguja se inserta dentro del rafé pterigomandibular y se continúa por esta trayectoria hasta que se alcanza la cara interna de la mandíbula y se coloca la punta de la aguja en la zona del agujero dentario inferior, se retira la aguja aproximadamente a un mm. del hueso, se lleva a cabo la aspiración jalando el émbolo de la jeringa, en caso que no se observe la presencia de sangre, la solución anestésica se inyectará lentamente dentro de la zona.

Cuando la solución anestésica ha sido depositada, la aguja se retira lentamente de la zona.

Las complicaciones de esta técnica pueden ocurrir ya sea debido a la técnica defectuosa o a variaciones de la anatomía normal; si la aguja toca el hueso, tan pronto como se halla colocado en el rafé pterigomandibular, deberá retirarse y dirigirse de nuevo en una dirección oblicua interna más posterior. Si la aguja se coloca demasiado posterior, la solución será depositada posterior a la rama de la

mandíbula, introduciéndola a la glándula parótida, esto puede provocar una parálisis facial, debido al involucramiento de las ramas del nervio facial al entrar a través de la glándula parótida; para eliminar esta posibilidad, siempre se deberá hacer contacto con el hueso, con la punta de la aguja antes de que se deposite la solución anestésica.

BLOQUEO DEL NERVIO LINGUAL

La técnica para el bloqueo del nervio lingual es similar a la del bloqueo del nervio dentario inferior. Después que la superficie medial de la mandíbula se ha alcanzado, la jeringa se posiciona a una situación paralela a la superficie media de la mandíbula; la jeringa se retira 1 o 2 mm., esto colocará a la punta de la aguja en el lugar aproximado del nervio lingual, el anestésico se depositará lentamente después de haberse realizado la aspiración.

Los síntomas del bloqueo lingual adecuado consisten en entumecimiento del borde lateral de la lengua del lado bloqueado. El nervio lingual frecuentemente se anestesia durante el bloqueo con éxito del nervio dentario inferior debido a su proximidad del mismo.

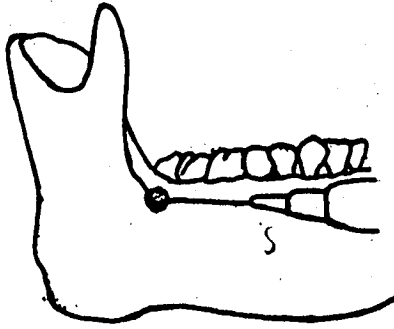
BLOQUEO DEL NERVIO BUCAL LARGO

La encía bucal distal desde el primer premolar hasta el tercer molar está inervada por el nervio bucal largo, el cual también deberá ser bloqueado si se quiere completar una anestesia total. Esto puede hacerse fácilmente colocando unas pocas gotas de la solución anestésica local en el tejido a lo largo del tercer molar, esto proporcionará una buena anestesia a la encía a lo largo del trayecto bucal del tercer molar hasta el segundo premolar, esto es esencial en los casos de extracción dental en los cuales se quiere la anestesia de la encía bucal.

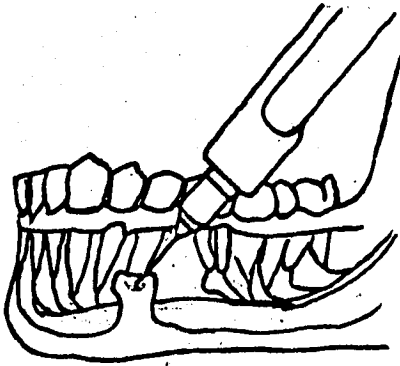
BLOQUEO DEL NERVIO MENTONIANO

El objeto del bloqueo es el de inferir con la conducción nerviosa a lo largo del nervio mentoniano, colocando la solución de anestesia dentro del agujero mentoniano, esto dará la anestesia del incisivo central, lateral, canino y del primer premolar, así como de la encía, el labio y el área de la barba.

La mejilla del paciente se retrae con el dedo índice y el pulgar, y se le pide al paciente que muerda, la aguja se dirige hacia la punta del segundo premolar, en la posición aproximada del agujero mentoniano, se empuja la aguja hasta que tope con hueso, el agujero mentoniano se busca moviendo la aguja hacia adentro y hacia afuera hasta que



Inyección del nervio bucal largo



Bloqueo del nervio mentoniano

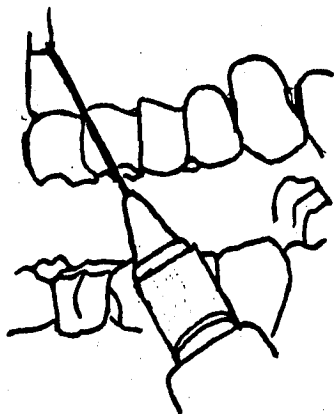
se encuentre el agujero mentoniano. Este bloqueo es útil -- cuando el trismus impide la total abertura de la boca haciendo imposible que se lleve a cabo el bloqueo total del nervio dentario inferior.

**INYECCION DEL NERVIO
ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR**

Esta rama nerviosa proporciona inervación al seno maxilar y a los molares, excepto la raíz mesio bucal del primer molar, y la encía bucal alrededor de los molares. Puede ser bloqueada al pasar alrededor de la tuberosidad del maxilar y antes de que entre al maxilar para inervar a los molares. Se le pide al paciente abra la boca al máximo y la mejilla se retrae con el dedo índice, a medida que el paciente cierra su boca parcialmente, la aguja se inserta suavemente en el fondo del saco vestibular adyacente al área de la tuberosidad y se dirige distal y mesialmente. La solución anestésica se deposita después que se ha intentado la aspiración. Si se desea llevar a cabo cualquier tipo de cirugía, se deberá bloquear la encía palatina.

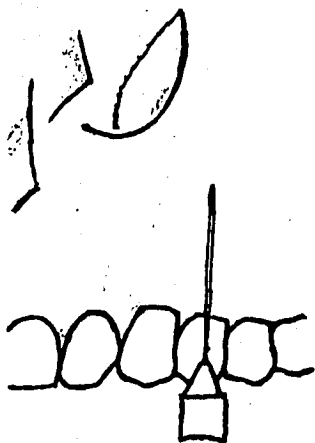
**INYECCION DEL NERVIO
ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO**

Este nervio inerva los premolares y la raíz mesio bucal del primer molar. La inyección se aplica sobre la punta del primer premolar. Esta inyección es suficiente para llevar a cabo procedimientos operatorios; sin embargo, se deberá anestesiarse la mucosa palatina para llevar a cabo cualquier tipo de cirugía.



Inyección en el nervio
alveolar superior
posterior.

Bloqueo del nervio
alveolar superior medio.



BLOQUEO DEL NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR

Este nervio inerva a los incisivos y a los caninos, la inyección se aplica ligeramente mesial al ápice del canino

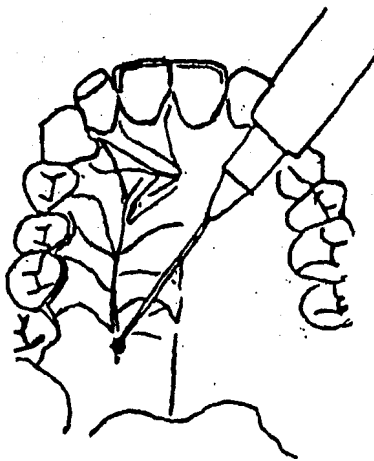
Si se desea anestésiar los seis dientes anteriores - entonces se deberán aplicar inyecciones bilaterales. Si solamente se aplica una inyección para anestésiar el nervio alveolar superior anterior, y si se va a llevar a cabo -- anestesia del incisivo central, entonces se deberá aplicar una inyección sobre el ápice de ese incisivo central, de - tal manera que las fibras adyacentes del otro lado también se anestésien. La mucosa palatina también deberá ser anes - tésiada si se va a llevar a cabo cualquier procedimiento quirúrgico.

INYECCION DEL NERVIO PALATINO MAYOR ANTERIOR

Este nervio inerva a la mucosa del paladar duro sobre los molares y los premolares, se deberá anestésiar solamente que se desee llevar a cabo procedimientos quirúrgicos que involucre a la mucosa palatina. Se bloquea mediante el depósito de unas pocas gotas de anestésico local en la zona del agujero palatino mayor, este agujero se localiza sobre el segundo molar aproximadamente a 1.5 cm. hacia la - línea media del paladar.



Inyección del nervio alveolar superior anterior

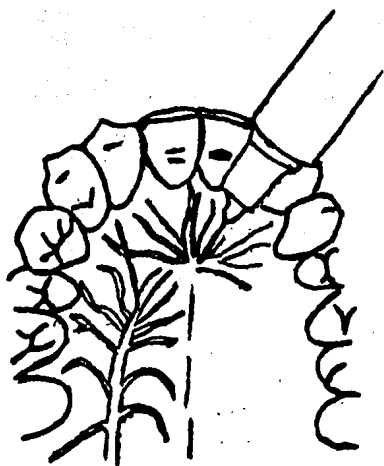


Inyección del nervio palatino mayor

BLOQUEO DEL NERVIO NASOPALATINO

Inerva la mucosa del paladar sobre los incisivos y caninos, su bloqueo se lleva a cabo colocando unas pocas - gotas del anestésico dentro del agujero nasopalatino, que se localiza identificando la papila incisiva, atrás de los incisivos centrales y pasando la aguja a través de ésta - hasta el agujero nasopalatino. .

Con una anestesia adecuada se logra el bloqueo de la mucosa palatina sobre los seis dientes anteriores.



Bloqueo del nervio nasopalatino y distribución del mismo.

ACCIDENTES DE LA ANESTESIA

SINCOPE

El síncope es la forma más precoz del shock y generalmente es pasajero. Los signos del síncope son :

Coloración gris cenicienta de la piel

transpiración fría

pulso débil

sensación de vértigo con nauseas

desvanecimiento

Cuando un paciente presenta signos de desmayo, debe bajarse inmediatamente el respaldo del sillón, de modo que la cabeza este más baja que los pies; deben aflojarse las ropas ajustadas, los estímulos reflejos deben asegurarse aplicando agua fría a la cara y por medio de inhalación de amoníaco.

Si el cirujano no se ha dado cuenta de los síntomas para impedir el síncope, y se encuentra con que el paciente ha perdido súbitamente el conocimiento, que las pupilas están dilatadas y que tiene movimientos convulsivos de las extremidades como resultado de la anoxia cerebral, se deben hacer las indicaciones antes mencionadas.

Se le debe administrar oxígeno puro, drogas vasopresoras como neosinefrina, epinefrina, o estimulantes como cafeína, bensoato de sodio, pueden ser necesarios si la posición del paciente no vuelve a la normalidad.

Se debe mantener al paciente en posición supina hasta su recuperación total, y se debe controlar el pulso y la

frecuencia cardiaca, tomándose la presión sanguínea periódicamente, cuando el paciente haya perdido el conocimiento después de la inyección anestésica local, es aconsejable ponerle desde el comienzo en la posición típica reclinada de shock.

SHOCK

El shock es una deficiencia circulatoria de origen cardiaco, que se caracteriza por la disminución de la potencia cardiaca, presenta varios estados :

1.- Shock primario resultante de reflejos y causas emocionales; es el síncope.

2.- Si el shock primario no es rápido, se produce una reacción y el paciente vuelve a la normalidad.

3.- Shock secundario; durante este la piel se vuelve pálida, fría y viscosa por el sudor; las mucosas también están pálidas, los labios, uñas, las puntas de los dedos de las manos y pies, y los lóbulos de las orejas adquieren un color gris azulado, la cara está contraída y sin expresión los ojos hundidos y fijos, midriasis, pulso débil, rápido a menudo intermitente, respiraciones rápidas, superficiales e irregulares.

Todos estos signos son evidencia de la disminución del volumen circulatorio y pronto se vuelven irreversibles si no se lleva a cabo una terapéutica adecuada. El shock secundario no mejora espontáneamente como el síncope y shock primario.

TRATAMIENTO

Lo mejor es prevenirlo. Hay que procurar descanso y alivio absoluto de dolor o angustia, administrando algún analgésico o narcótico. Si no hay venas accesibles, la vía sublingual tiene gran valor para la administración de estas sustancias. Mantener la temperatura del cuerpo mediante una temperatura adecuada en el cuarto y cubriendo al paciente con sábanas. Se debe conservar la circulación sanguínea en las partes vitales, se mantiene la cabeza más baja que los pies.

En todos los casos de shock, hay que tomar el pulso y la presión sanguínea a intervalos frecuentes, ya que estos son los indicadores más seguros de la severidad del shock.

Se debe mantener adecuada oxigenación administrando oxígeno al 100 por 100, una adecuada oxigenación mantiene el metabolismo del cuerpo y el calor corporal.

PARALISIS DE BELL O PARALISIS FACIAL

Se le da este nombre a la parálisis que engloba todas las ramas periféricas del nervio en el lado afectado, generalmente es unilateral, ésta no es una complicación de la cirugía sin embargo la inyección de un anestésico local más allá de los límites habituales puede alcanzar una de sus ramas o varias, produciendo una parálisis transitoria que desaparece cuando el anestésico se neutraliza.

Los signos y síntomas son : Imposibilidad de cerrar el ojo, arrugar la frente y elevar los labios, cuando se in-

tenta cerrar los párpados, los globos oculares se dan vuelta hacia arriba, de manera que la pupila queda cubierta y sólo se ve la parte blanca del ojo. Este es el signo de Bell si el nervio facial es afectado durante su trayecto con la cuerda del tímpano, habrá pérdida del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua del lado afectado.

En muchos casos hay en la zona retroauricular, dolor que se puede irradiar hacia los dientes y que se interpreta mal como dolor de muelas. Como ese dolor puede anticiparse a los síntomas neurológicos, el dentista, después de hacer la extracción notará que a las 24 o 48 horas aparece la parálisis facial. Muchas veces no hay síntomas prodrómicos y la parálisis aparece de golpe; en la parálisis de Bell verdadera la inflamación aguda localizada en el nervio facial o en su vaina, el edema comprime el nervio en su estrecho conducto y lo paraliza.

TRATAMIENTO

El tratamiento se puede dividir en tres fases de acuerdo con el tiempo.

Parálisis de Bell aguda inmediata; cuanto más precoz es el tratamiento, tanto mejor el resultado, después de 10 días el daño es irreparable.

Se comienza con tratamiento esteroide, cortizona 100mg cuatro veces al día, durante los primeros tres días; si la mejoría es visible, la dosis se reducirá a 300 mg por día en cuatro tomas, durante tres días y a continuación se va disminuyendo, si la respuesta es pobre se aumenta la dosis a 500-600 mg. al día, durante tres días, dosis por lo gene -

ral suficiente que se va reduciendo día a día y finaliza -
al décimo (para niños la dosis depende del peso corporal)

Hay que tener presentes las contraindicaciones de ésta terapéutica;Úlcera,diabetes,tuberculosis.Durante la fase aguda,ya que no puede cerrar el ojo,debe protegérsele -
con gotas,pomadas.

Si hay dolor,se deben administrar analgésicos por un día o dos ya que es el primer síntoma que desaparece al -
ingerir los esteroides.

De diez días a seis semanas,si la parálisis persiste o no ha sido bien tratada se utilizarán vitaminas,estimulación galvánica,masaje,además de los esteroides.Después -
de las 6 semanas si no hay todavía signos de recuperación se procede a la descompresión quirúrgica del nervio en su canal.Si hay mejoría se sigue con la terapéutica de sostén como medida de orden psicológico.

Después de 12 meses,si la mejoría es leve o nula y no hay gran deformación facial,el paciente se conforma con --
dicha deformación para vivir.Si la asimetría es grande,hay varias operaciones plásticas y neuroquirúrgicas para mejorar esta situación.

INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA

FORCEPS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS ANTERIORES SUPERIORES

El forceps No 99A de Kells se diseñó para las piezas centrales, laterales, caninos, inclusive premolares. De preferencia se usa para el canino.

Los bocados proporcionan un contacto firme alrededor de casi toda la periferia del diente en el borde gingival de este o más arriba de él. Este forceps está diseñado de modo que la fuerza se dirige a lo largo del eje exacto del instrumento por lo cual la adaptación es perfecta.

El No 99C de Kells es para las mismas aplicaciones -- mencionadas que el 99A, sólo que éste tiene los mangos rectos.

El No 150 Cryer universal, es un forceps para los centrales, laterales, premolares, inclusive para raíces superiores.

El No 62 universal, se pueden hacer extracciones de -- incisivos y premolares y piezas temporales superiores.

El No 32 Paraly en forma de bayoneta es para premolares primero y segundo y para algunos molares que estén muy móviles.

El No 18R esta indicado para la extracción de los primeros y segundos molares superiores derechos, tiene uno de los bocados acanalados cóncavo y ancho para que se adapte a la raíz palatina y en el otro tiene un surco o muesca para que se adapte a la bifurcación de las raíces vestibulares. Este se recomienda cuando las coronas esten casi completas porque se adapta casi a nivel del cuello.

El forceps No 88R y 88L estan indicados para los primeros y segundos molares superiores, el R para el lado de derecho y el L para el lado izquierdo; los bocados terminan en picos en forma de cuerno que son tres, a esto debe su nombre tricornio. El pico afilado separa la membrana mucosa y el periostio y entra a la bifurcación de las raíces vestibulares, mientras el bocado que tiene dos picos levanta la membrana y el periostio al prensar la raíz palatina.

El forceps No 210 de SS. White y el 210S de Shinkel son forceps universales para terceros molares superiores de ambos lados.

La raigenera No 69 de Thomes es para cualquier tipo de resto radicular de preferencia de calibre pequeño, ya sea superior o inferior; es la que tiene los bocados más finos de todas las raigeneras y su forma se adapta a cualquier lugar.

FORCEPS PARA EXTRACCIONES INFERIORES

El forceps No 151 Cryer fue diseñado para extraer los dientes anteriores, desde el central hasta los premolares de ambos lados.

El forceps No 151A Cryer universal se emplea para -- primeros y segundos premolares inferiores y algunas veces para molares inferiores.

El forceps No 17 universal se utiliza para primeros y segundos molares inferiores izquierdos y derechos, los bocados terminan en una canaladura con surco en medio, terminados en dos muescas o picos que se van a adaptar a la bifurcación de las raíces que regularmente tienen.

El forceps No 23 conocido también como cuerno de vaca se emplea para primeros y segundos molares derechos e izquierdos; casi siempre se utiliza cuando las coronas clínicas están destruidas.

El forceps No 222 es universal para terceros molares inferiores izquierdos y derechos.

El forcep No 37 es la raigonera inferior; también se utiliza para la extracción de piezas temporales inferiores

Además de todos los forceps mencionados también se utilizan los elevadores.

Los elevadores son instrumentos que se utilizan para la luxación de dientes y raíces; los que vamos a utilizar - por su menor grado de traumatismo son los que van a tener un mango periforme y una punta activa que esta afilada y puntiaguda.

Los botadores se emplean como palanca y como cuña.

El elevador No 301 es un elevador recto de la marca S.S. White.

El elevador No 3 es recto de media caña.

Los elevadores Nos 27 y 28 son elevadores de bandera para el lado izquierdo y derecho respectivamente.

Los elevadores 302 y 303, son elevadores apicales izquierdo y derecho, que se utilizan en restos apicales.

El LX4 consta de charola, pinza de curación, espejo y jeringa carpule.

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS

Bisturí : Se utiliza para hacer colgajos o cualquier tipo de incisiones en encía principalmente.

Pinzas para incisión : Con ésta se puede ayudar el cirujano dentista para tomar la fibromucosa sin lesionarla o las pinzas de diente de ratón con tres pequeños dientes que se engranan y permiten sostener el colgajo.

Retractor de tejido : Con éste retractor se mantienen separadas las mejillas y el colgajo del tejido, en la extracción de los terceros molares impactados superiores e inferiores permitiendo el uso de los elevadores con el retractor en posición correcta.

Agujas para suturar y porta agujas : La sutura es una parte muy importante en la intervención de la cirugía del tercer molar incluido, semiincluido o cualquier exodoncia por colgajo, apicectomia o exodoncias. Las agujas deben ser sencillas y curvas.

Para poder utilizar las agujas finas y curvas debemos valernos del uso de un porta agujas que es una pinza que toma la aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en sus movimientos.

Tijeras : Tienen escaso uso en nuestra especialidad y las hay de diferentes formas. Las tijeras puntiagudas son

muy adecuadas para quitar puntos de sutura, las tijeras -- largas facilitan la visión del campo operatorio.

Limas para hueso : Se utilizan para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis, prostodoncia total o para alisar o regularizar bordes de los -- procesos y eliminar puntas óseas.

Legras : Sirve para separar del hueso la cubierta mucoperióstica. En las inserciones intraorales, para el des -- prendimiento de la cubierta mucoperióstica del plano óseo subyacente, por ejemplo en el paladar, en la apófisis alveolar, se debe practicar el corte hasta que llegue a la cortical, luego con una legra se separa del hueso la cubierta mucoperióstica, esto es en el caso de colgajos.

Elevadores del perióstico : El MD-2, ideado por el Dr. Sterling V. Mead, es un instrumento recto de extremo doble con una punta de forma de lanza y la otra en forma de cuchara; este elevador puede emplearse en cualquier parte de la boca para comenzar y terminar la operación de separar el colgajo del tejido gingival y del perióstico antes de la extracción de los dientes.

El No 22, ideado por el Dr. Harry M Seldin, es un ins -- trumento largo de mango plano, con una cucharilla en cada extremo para levantar y separar un colgajo de tejido del perióstico.

Curetas : Se usan para remover el tejido patológico blando, para la extirpación de quistes, para sacar materias extrañas, espículas de hueso; todas son de doble tamaño y la forma de las cucharillas, los mangos y los ángulos de las hojas son diferentes.

Las curetas pequeñas pueden usarse para extraer ápices pequeños o fragmentos radiculares cuando pueden tomarse con una cureta.

Fresas quirúrgicas : Son de mucha utilidad y su empleo exige ciertos requisitos; debe usarse una fresa nueva en cada intervención y reemplazarla repetidas veces para que el corte sea perfecto, el instrumento debe accionar -- bajo un chorro de suero fisiológico para evitar calentamiento de hueso que puede causar necrosis acompañado de -- dolor, tumefacción, alveólitis posoperatoria.

EXTRACCION DENTARIA

Para llevar a cabo una extracción correcta se necesita tener un conocimiento profundo de la anatomía dentaria que esta sujeta a muchas variaciones, por tal motivo es imprescindible un estudio radiográfico previo a cualquier extracción, en la exodoncia lo que se pretende es la sección de la unión dentoalveolar venciendo la resistencia del hueso. Para esto, es necesario efectuar movimientos de luxación a la pieza por extraer con el forceps. Entre estos movimientos estan los de rotación, los de oscilación, lateralidad y tracción.

Los primeros son rotaciones del diente alrededor de su eje longitudinal, mientras que los segundos son movimientos de balanceo en dirección bucolingual, lateralidad como el que se utiliza en molares y tracción, es el último movimiento de la extracción, que es desalojarlo totalmente de su alveólo.

El incisivo central superior tiene una raíz recta y cónica y es ovalada, se extrae mediante movimientos de rotación.

El incisivo lateral superior, presenta una raíz fina y oval, frecuentemente el ápice esta curvado hacia distal se puede extraer con movimientos oscilantes, sustituidos ligeramente por rotación en dirección mesial, al mismo que se tira del diente liberándolo de su alveólo.

El canino, tiene una raíz larga y fuerte, triangular en un corte transversal y generalmente el ápice esta curvado

en dirección distolabial; durante su extracción es fácil - fracturar la cara vestibular del alveólo, ya que a éste nivel la lámina es muy delgada; si el diente está muy firmemente anclado a su alveólo, puede levantarse un colgajo y eliminarse parte del hueso de la cara vestibular. El canino se extrae mediante movimientos de rotación, si es que tiene la raíz recta y cónica, terminando por desalojarla de su alveólo.

El primer premolar superior suele tener una raíz bifida con unos ápices muy finos, para efectuar su extracción se deben realizar delicados movimientos oscilantes, pero nunca de rotación. Si se llegan a fracturar los ápices del primer premolar superior, se pueden extraer con un elevador muy fino, la extracción será más sencilla si los ápices se han movilizado ligeramente antes de fracturarse. La punta del botador se introduce en el espacio periodóntico y se va movilizando el ápice con movimientos suaves, hasta que se extrae de su alveólo.

El segundo premolar tiene una raíz corta y cónica; la exodoncia se inicia con movimientos oscilantes, continuando con otros de rotación; para evitar que, debido a la estrecha relación de esta pieza con el seno maxilar, pueda provocarse una comunicación entre este y el alveólo dentario.

La extracción dentaria de los primeros y segundos molares superiores es muy parecida, de las tres raíces de cada uno de ellos, la palatina es más fuerte y más divergente con relación a las dos vestibulares. En la zona bucal el hueso es delgado; el que rodea al alveólo es un hueso muy

esponjoso y cede fácilmente.

Por lo general, los ápices están muy próximos al seno maxilar, en esta zona las comunicaciones orosinusales son más frecuentes. La extracción se lleva a cabo mediante la aplicación de movimientos de balanceo, principalmente en dirección bucal, debido a su resistencia ósea menor. La pieza dentaria se extrae del alveólo en dirección bucal según un movimiento que siga la curvatura de la raíz palatina.

En caso que el molar este muy firmemente unido a su alveólo o si la corona esta muy destruida, y no sea posible tomarla con el forceps debidamente, será necesario seccionar la pieza y extraer las raíces individualmente.

Se inicia la sección de la pared pulpar con la fresa en dirección mesio distal, después de seccionar la raíz palatina se separan las raíces bucales, y el último puente de dentina puede romperse con una ligera torsión del elevador.

La raíz distobucal se extrae mediante movimientos de palanca del botador, utilizando como punto de apoyo la raíz mesiobucal siguiendo una trayectoria curvilínea. Se deberá luxar la raíz hacia abajo y afuera, ya que si ésta se encuentra demasiado cerca del seno maxilar, con una ligera presión que apliquemos se introducirá en el seno.

La raíz palatina generalmente puede extraerse con un forceps de raíces, es menos arriesgado que utilizar el botador que puede introducirla en el seno.

Desde el punto de vista anatómico, el tercer molar superior está situado en la tuberosidad rodeado de hueso es-

ponjoso. Si tiene tres o más raíces se puede extraer de modo semejante que el mencionado para el primer molar y segundo molar superior, pero frecuentemente presenta una sola raíz cónica, encurvada distalmente, en estos casos la extracción se llevará a cabo luxando la pieza distalmente.

Los incisivos inferiores poseen una raíz muy fina, y para evitar fracturas se debe luxar con delicadeza, efectuando pequeños movimientos de balanceo y una vez movilizada la pieza, deben sustituirse por movimientos rotatorios.

El canino inferior tiene una raíz muy fuerte rodeada de una estrecha banda ósea, su extracción es semejante a los incisivos inferiores.

El primer premolar inferior tiene una raíz fuerte, ovalada; en la cara bucal el hueso es más grueso que en el caso de los incisivos y caninos. La extracción de esta pieza se ve ligeramente dificultada debido al espesor del reborde óseo marginal. Se requieren movimientos de balanceo y posteriormente de rotación para su extracción.

El segundo premolar inferior tiene una raíz cónica y muy corta, se puede extraer con escasos movimientos de balanceo.

Los molares inferiores tienen raíces fuertes, algo aplanadas en sentido mesio distal, estas piezas están articuladas muy firmemente, la extracción se hará en dirección bucal.

Los molares inferiores muy destruidos se extraen con más facilidad, empleando el forceps No 23 o llamado también

cuerno de vaca.

Cuando una pieza no puede extraerse con el forceps, se llevará a cabo mediante la odontosección. Con la fresa se realiza un surco profundo, en la zona interradicular, de esta manera se separan las raíces.

La sección se inicia en la cámara pulpar, dirigiendo la fresa hacia los bordes bucal y lingual.

En el surco formado se introduce un elevador de Barry extrayendo primero la raíz distal, ya que suele ser la que ofrece menos resistencia, además de presentar una curva -- apical más adecuada con la relación al movimiento que se imprime al elevador. En seguida se coloca el elevador en el alveólo de la raíz distal y se extrae la raíz mesial, para lo cual suele ser necesario perforar el septo interradicular con la punta del elevador; se hace girar el mango cuidadosamente para dar a la raíz un movimiento ascendente de salida.

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION

Frecuentemente los accidentes son el resultado del uso inadecuado de los instrumentos, aplicación de fuerza excesiva y la falta de visualización adecuada antes de actuar. Los accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples y de distinta categoría : Unos interesan al diente objeto de la extracción o a los dientes vecinos otros, al hueso y a las partes blandas que lo rodean.

Los accidentes pueden ser : Mediatos e inmediatos

INMEDIATOS

FRACTURA DEL DIENTE

Es el accidente más frecuente de la exodoncia, las causas de este accidente son múltiples. La fractura es un accidente evitable en una gran proporción de los casos; el estudio radiográfico del órgano dentario a extraerse, impone la técnica a seguir. Sólo en las extracciones efectuadas a ciegas puede tener explicación la fractura.

Los órganos dentarios, debilitados por los procesos de caries o con anomalías radiculares, no pueden resistir el esfuerzo aplicado sobre su corona y se fracturan en el punto de menor resistencia.

La causa principal de este accidente se debe al estudio clínico incompleto, así como del radiográfico del diente a extraerse y equivocada técnica quirúrgica.

Conducta a seguir en un caso de fractura. Producida la fractura, nuestros cuidados deben dirigirse a extraer la

porción radicular que queda en el alvéolo. Si la extracción fue intentada sin el examen radiográfico previo, después de la fractura se tomará una radiografía que nos indique la posición, forma y disposición radicular.

Tratamiento de la fractura : Se prepara el campo operatorio eliminando los trozos óseos y dentarios que lo cubren, cohibir la hemorragia de las partes blandas, es decir aclarar la visión del muñon radicular fracturado, para así poder llevar a cabo la extracción. Los fragmentos se retiran con pinzas de algodón, se lava la región con un chorro de agua o suero fisiológico, se seca con gasa y se practica la hemostasis con adrenalina o métodos eléctricos. Una vez terminada la hemorragia, se practica la extracción de las raíces.

FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS

La presión ejercida sobre la pinza de extracciones o sobre los elevadores puede ser transmitida a los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona o luxando el diente cuando lo faciliten disposiciones radiculares (raíces fusionadas).

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA

Suele ocurrir que las pinzas o los elevadores se fracturen en el acto quirúrgico, cuando se aplica excesiva fuerza sobre ellos. De esta manera pueden herirse las partes blandas u óseas vecinas.

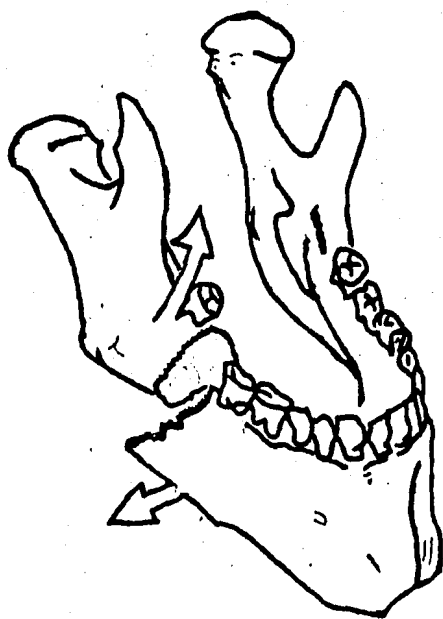
FRACTURA DEL MAXILAR

Fractura del borde alveolar : Este accidente suele -
ocurrir frecuentemente, de la variedad de la fractura de --
pende la importancia del accidente. La fractura del borde -
alveolar no tiene mayor trascendencia; el trozo de hueso se
elimina con el órgano dentario o queda relegado en el al -
véolo. En el primer caso no hay conducta especial a seguir
en el segundo, debe eliminarse el trozo fracturado, de lo --
contrario, el secuestro origina los procesos inflamatorios
consiguientes: Osteítis, abscesos, que no terminan hasta la
extirpación del hueso.

El mecanismo de la fractura del borde alveolar, reside
en la fuerza que la pirámide radicular ejerce al pretender
abandonar el alvéolo, por un espacio menor que el mayor --
diámetro de la raíz. En otras ocasiones, la fuerza aplicada
sobre la tabla externa es mayor que su límite de elastici-
dad, el hueso se quiebra, siguiendo líneas variadas; en gene-
ral es la tabla externa, un trozo de la cual se extrae con
el diente.

Fractura de la tuberosidad : En la extracción del --
tercer molar superior y por el uso de elevadores aplicados
con fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar superior -
puede desprenderse acompañando al molar; en tales circuns -
tancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comuni -
cación bucosinusal.

Fractura del maxilar inferior, al intentar extraer el tercer molar.



FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR

No es un accidente frecuente, en general es a nivel del tercer molar donde se produce la fractura y se debe a la aplicación incorrecta y fuerza exagerada en el intento de extraer un molar retenido, con raíces con cementosis y dilaceradas. La disminución de la resistencia ósea, debida al gran alvéolo del molar, actúa como una causa predisponente para la fractura del maxilar.

Las afecciones generales y los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, la diabetes predisponen a los maxilares, como a otros huesos, para la fractura; es suficiente un esfuerzo, a veces mínimo para producir la fractura del hueso.

Perforación de las tablas vestibular o palatina :

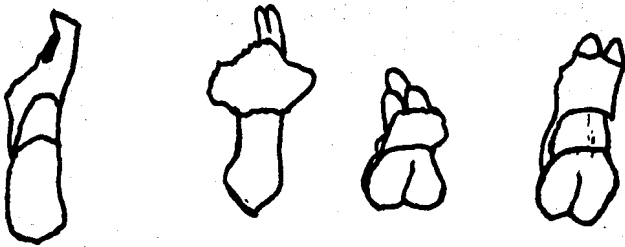
Cuando se lleva a cabo la extracción de un premolar o molar superior, una raíz vestibular o palatina puede atravesar las tablas óseas, la raíz se halla, en un momento dado, debajo de la fibromucosa, entre ésta y el hueso, en cualquiera de las dos caras, vestibulo o paladar. La búsqueda y extracción de tales raíces, por vía alveolar, es generalmente complicada. Resulta más sencillo practicar una pequeña incisión en el vestibulo o en el paladar y previa separación de los colgajos, por esta vía se extraen las raíces.

LESION DEL SENOS MAXILAR

Perforación del piso del seno : Durante la práctica

Accidente de la extracción dentaria.

**Fracturas del borde alveolar, que se eliminaron
junto con los dientes.**



de la extracción de los molares y premolares superiores - puede abrirse el piso del seno, esta perforación puede ser accidental o instrumental. Si la perforación es accidental y por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al llevar a cabo la extracción queda instalada la comunicación, inmediatamente se advierte el accidente, por - que el agua del enjuagatorio, pasa al seno y sale por la -- nariz.

En otros casos, los instrumentos de exodoncia, cuchari-llas, elevadores, pueden perforar el piso sinusal adelgazado desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por este proce-dimiento una comunicación.

Tratamiento de la comunicación operatoria : En la ma-yoría de los casos, cuando la perforación obedece a razones anatómicas o es realizada por instrumentos, el coágulo se - encarga de obturar la comunicación, en tales casos basta -- una torunda de gasa que favorezca la hemostasis o un punto de sutura que acercando los bordes, establece mejores con-diciones para la contención del coágulo.

Penetración de una raíz en el seno maxilar : Una raíz de un molar superior, al emigrar del alvéolo empujada por - las maniobras que pretenden extraerla, puede comportarse de distintas maneras en relación con el seno maxilar.

La raíz penetra en el antro, desgarrando la mucosa si-nusal y se sitúa en el piso de la cavidad. La raíz se des - liza entre la mucosa del seno y el piso óseo, quedando cu - bierta por la mucosa.

Extracción de la raíz en el seno maxilar : Un previo examen radiográfico, nos indicará la ubicación exacta de la raíz.

La vía de elección para la búsqueda de la raíz, siempre es la vestibular. Se procede de la siguiente manera; se trazan dos incisiones convergentes desde el surco vestibular al borde libre, se desprende el colgajo y expuesto el hueso, se calcula por el examen radiográfico la altura a que se encuentra el piso del seno y por lo tanto la raíz que se quiere extraer. Se realiza la osteotomía de la tabla externa, para poder llegar al interior del antro.

Abierto el seno y proyectando la luz hacia el interior de su cavidad se busca la raíz, una vez que se encuentra, se toma con una pinza larga o con una pinza de disección o bien se elimina con una cucharilla para hueso.

Para obturar la perforación vestibular operatoria se procede a cubrir la boca del alvéolo con tejido gingival y se disminuye la altura del borde óseo alveolar y se desprende el colgajo palatino. Se puede alargar el telón vestibular, practicando a bisturí la sección del periostio, con lo cual se logra alargar el colgajo para que llene su propósito.

PENETRACION DE UN MOLAR EN EL SENO MAXILAR

Es un accidente poco frecuente, es la introducción total de un molar, generalmente el tercero, en el seno maxilar.

La extracción del molar se realiza con una técnica semejante a la de la operación de Caldwell-Luc.

En el intento de extracción de un diente de la arcada con más frecuencia un tercer molar superior o inferior retenido, puede fugarse al piso de la boca o a lugares vecinos.

LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR

Consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoidea, es un accidente raro, se produce en ocasión de las extracciones de los terceros molares inferiores, en operaciones largas y fatigantes. Puede ser unilateral o bilateral. El maxilar luxado puede volver a ser ubicado en su sitio de la siguiente manera: Se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria del maxilar inferior; los dedos restantes sostienen el maxilar, se imprimen fuertemente a este hueso dos movimientos de cuya combinación se obtiene la restitución de las normales relaciones del maxilar, un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás, una vez reducida la luxación puede continuarse la operación.

LESION DE LAS PARTES BLANDAS-VECINAS

Es posible que ocurra este accidente, aunque no es muy frecuente, al actuar con brusquedad se pueden producir desgarros de mucosa gingival, lengua, carrillos, labios.

Algunas veces pueden deslizarse los instrumentos de la mano del operador y herir la encía o las partes blandas vecinas.

Después de terminar la extracción, las partes desgarradas serán cuidadosamente unidas por medio de puntos de sutura. En el curso de extracciones laboriosas del tercer molar inferior es frecuente que ocurran heridas de los labios, por pellizcamientos con las pinzas, lesiones traumáticas de la comisura que se continúan con herpes ubicados en esa región.

LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS

Una extracción dentaria puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos. Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior y mentoniano.

El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento o desgarró del nervio, éstas lesiones se traducen por neuritis, neuralgias o anestias en zonas diversas. Frecuentemente ocurre en las extracciones del maxilar inferior, por intervenciones sobre el tercer molar o premolares.

En las extracciones del tercer molar y especialmente

en el del tercer molar retenido, la lesión sobre el nervio dentario tiene lugar por aplastamiento del conducto, que se realiza al girar el tercer molar retenido. Cuando se realizan extracciones de los premolares inferiores la raíz ó los instrumentos de exodoncia pueden lesionar el paquete mentoniano a nivel del agujero homónimo ó por detrás del mismo, provocando neuritis ó anestecia de éste paquete.

MEDIATOS

HEMORRAGIA

Puede presentarse en dos formas: Inmediata o mediata -

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

Las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, focos de osteítis, pólipos gingivales, lesiones gingivales ocasionadas por paradentosis, gingivitis, herida y desgarros de la encía esquirilas o trozos óseos que permanecen entre los labios - de la herida gingival. En ocasiones, es un grueso tronco -- óseo arterial el que sangra, o la hemorragia se debe a los múltiples vasos capilares lesionados por la operación.

El tratamiento de esta hemorragia inmediata se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante (pólipo, osteítis, granuloma, trozo de hueso).

La extirpación se hace con cucharillas filosas cuando el foco es intradéseo o con galvanocauterio (al rojo blanco) cuando el foco es gingival.

Un taponamiento y compresión del alvéolo sangrante - dará cuenta de la hemorragia.

El taponamiento es un método preciso. Se realiza con - un trozo de gasa, puede emplearse seca o impregnada de me - dicamentos hemostáticos, como el agua oxigenada, adrenalina sueros, tromboplastina.

El tapón se coloca dentro del alvéolo que sangra, permitiendo que su extremo libre cubra el alvéolo.

Si la hemorragia se produce varias horas después de realizada la extracción, se practica un enjuagatorio con una solución de agua oxigenada tibia con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar de la operación, del coágulo que flota sobre la herida, se seca cuidadosamente la región sospechada de hemorragia con una torunda de gasa. Si el vaso sangrante es gingival y está a nuestro alcance, puede practicarse su hemostasis aplicando un punto de galvanocauterio (rojo-blanco), cuando la hemorragia es profunda se coloca un taponamiento en la cavidad con una tira de gasa con medicamentos, sobre este tapón se realiza la compresión con otra gasa, todo lo cual mantiene el paciente bajo su mordida.

El método ideal, para el tratamiento de estas hemorragias es el siguiente: Inspección de la zona sangrante para localizar la región de la hemorragia; Se realiza una anestesia local, cuyo efecto vasoconstrictor blanqueará el campo y se practica una sutura, sobre los bordes de la herida tratando de tomar con ella, el vaso que sangra. El cese de la hemorragia es inmediato, después de realizada la sutura.

En caso de persistencia de la hemorragia, a pesar de los tratamientos locales llevados a cabo se recurrirá a medicamentos generales, tales como la transfusión sanguínea las inyecciones de sustancias que aceleren la coagulación devolviendo al tejido algunos de los elementos que le

faltan.

HEMATOMAS

Es frecuente producir hematomas al llevar a cabo una extracción. Consiste en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares, o a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado la operación bucal.

El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina; este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina, así toma primeramente un color rojo vinoso, que se hace más tarde violeta, amarillo violeta y amarillo. El cambio de color de la piel dura varios días y termina al octavo o noveno, pero la colección sanguínea en sí puede infectarse produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa - reacción ganglionar. Su tratamiento consiste en colocar bolsa de hielo para disminuir el dolor y la tensión, también se administraran antibioticos; si el hematoma llega a abscedarse será necesario abrir quirúrgicamente el foco con bisturí, electrocauterio o separando los labios de la herida operatoria, por entre los cuales emergerá el pus; un trozo de gasa yodoformada mantendrá libre la vía de drenaje.

ALVEOLITIS

Es una complicación muy problemática, su etiología es desconocida, pero los siguientes factores aumentan la frecuencia de esta secuela de la extracción: Traumatismo -- infección, aporte vascular del hueso circundante y enfermedad generalizada.

El alvéolo seco se desarrolla durante el tercer o -- cuarto día posoperatorio y se caracteriza por dolor grave y continuo y olor necrótico. El alvéolo séptico es una superficie ósea denudada; el hueso denudado es antinatural -- por lo que se produce la reparación. El hueso denudado se -- acompaña de dolor grave, que sólo puede controlarse por -- aplicación local de analgésicos potentes y empleo de analgésicos o narcóticos por vía bucal o parenteral.

Detrás de esta superficie denudada y traumatizada se establece un mecanismo para corregir fisiológicamente el -- defecto. Todo hueso denudado se vuelve necrótico y debe -- extirparse antes de poder ser reemplazado por hueso normal.

Cuando se desarrolla alvéolo seco el tratamiento debe ser paleativo; el alvéolo se irriga delicadamente con solución salina normal y tibia para eliminar todos los dese -- chos, después se seca cuidadosamente el alvéolo y se coloca una pasta de wonder-pak. El apósito puede cambiarse según sea necesario, hasta que ceda el dolor y el tejido de -- granulación haya cubierto las paredes del alvéolo.

CONCLUSIONES

Al leer el presente trabajo nos damos cuenta lo necesario que es llevar a cabo todos los procedimientos para poder realizar una extracción con éxito.

Si cada vez que realicemos una extracción, lo hacemos cuidadosamente y aplicando los conocimientos previos adquiridos, así como las técnicas quirúrgicas adecuadas se nos facilitará realizar el tratamiento necesario para cualquier accidente de la extracción que pudiera ocurrir.

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

CIRUGIA BUCAL

ARCHER W. HARRY

TOMO II

ARGENTINA ED. MUNDI 1978

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

KRUGER O GUSTAVO

MEXICO INTERAMERICANA 1980

CIRUGIA BUCAL

RIES CENTENO A GUILLERMO

8ava EDICION

MEXICO EL ATENEO 1979

CIRUGIA BUCAL PRACTICA

WAITE E DANIEL

MEXICO CONTINENTAL 1982

CIRUGIA BUCAL

COSTICH

PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA BUCAL

BATRES LEDON EDMUNDO

MEXICO ED. CONTINENTAL 1980

CIRUGIA Y PATOLOGIAS ODONTOLOGICAS

R.A. CAWSON

MEXICO EL MANUAL MODERNO 1978

NUCLEO DE EXODONCIA

S.U.A.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**FARMACOLOGIA ANALGESIA TECNICAS DE ESTERILIZACION
Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL.**

DUNN J MARTIN

BOOTH P DONALD

CLANCY MARIE

MEXICO EL MANUAL MODERNO 1980

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA

QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO

TOMO I

MEXICO PORRUA 1983