



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Generalidades en Exodoncia

T E S I S

Que para obtener el Título de
Cirujano Dentista

P r e s e n t a

JUAN EDMUNDO DOMINGUEZ ANGULO



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.

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

Durante los últimos años se ha notado un gran progreso en el campo de la endodoncia al grado que la mayoría de los dientes en condiciones patológicas, pueden ser restaurados anatómica, estética y funcionalmente; pero no todos los casos que se presenten van a ser resueltos de esta manera, existen casos que la solución son de tipo extracción. Ante esta evidencia es necesario saber cuales son los que se solucionan con cirugía menor y que finalidades se pretenden, cuales son las contraindicaciones, que condiciones se requieren para hacer una extracción dental, como se realiza la extracción y que accidentes pueden presentarse. Por todo esto, he procurado investigar y presentar las técnicas de la extracción dental en sus aspectos mas detallados.

Este trabajo está enfocado básicamente a una técnica de la extracción dental, breve y precisa que no excluya detalles al parecer insignificantes pero que constituyen la base para una eficaz extracción dental que beneficie al paciente, evitandole cansancio de los músculos masticadores, traumas innecesarios de los tejidos y de esta manera evitar cualquier tipo de problema postoperatorio.

GENERALIDADES

EXODONCIA:

Es un término introducido por el Dr. Winter y esta -- formado por dos vocablos de origen griego.

E X O - fuera

D O N T O S - diente

Es una rama de la Odontología y de la cirugía bucal -- que se encarga de la extracción de los dientes que han perdido -- su función ya sea por procesos cariosos, parodontales, por trata mientos ortodonticos, protesicos y endodonticos que han fracasado.

EXTRACCION DENTAL:

Es el acto quirúrgico que se encarga de la abulación e-- extracción del diente, acto que queda regido a técnicas exodonti cas y de asepsia y antisepsia actualizados.

Puede ser previa anestesia de una o varias piezas den-- tales, y es considerado como un acto quirúrgico delicado porque-- puede poner en peligro tanto la salud como la vida del paciente, por lo que no debemos olvidar nunca el estudio previo del pacien-- te para prevenir accidentes durante la extracción y posteriores-- a la misma ademas del uso del instrumental debe ser el adecuado-- para cada case así como la técnica anestésica elegida.

I N D I C E

INTRODUCCION.-

GENERALIDADES.-

I.- ANATOMIA DE LOS MAXILARES.....	1
Osteología.....	1
Miología.....	1
Angiología.....	10
II.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION.	12
Dientes Temporales.....	12
Dientes Permanentes.....	13
III.- HISTORIA CLINICA.....	15
Datos Generales.....	15
Antecedentes Hereditarios.....	16
Región Gingival.....	16
Estudio Radiográfico.....	16
Antecedentes Personales no Patológicos.....	17
Antecedentes Personales Patológicos.....	17
Antecedentes Anestésicos y Alergicos.....	17
Antecedentes Quirúrgicos y Traumáticos.....	17
Interrogatorio de Aparatos y Sistemas.....	18
Examen de la Cavidad Oral.....	20
Examen Dental.....	22
IV.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO RADIOGRAFICO.....	23
Generalidades.....	23
V.- INSTRUMENTAL EMPLEADO EN LA EXTRACCION.....	24
Abrebocas.....	24
Pinzas.....	25
Botadores.....	26

Exploradores.....	26
Jeringas.....	27
Elevadores.....	27
Forceps.....	27

VI.- PRINCIPALES TECNICAS DE ANESTESIA EMPLEADAS EN LA-

EXTRACCION.....	29
Supraperiostica.....	29
Cigomaticas.....	33
Infraorbitaria.....	33
Mandibular.....	34
Mentoniana.....	35
Bucal.....	36
Lingual.....	36
Nasopalatina.....	37
Palatina Posterior.....	37

VII.-TECNICA OPERATORIA DE LA EXTRACCION DENTAL..... 38

Posición del Operador y el Paciente.....	39
Empleo de forceps para la extracción dental.....	39
Utilización de elevadores.....	43
Extracción de Dientes Superiores.....	44
Extracción de Dientes Inferiores.....	49
Extracción con método de toma alvéolar.....	52
Extracción con método de odontosección.....	53
Extracción con método de colgajo.....	53
Extracción de raíces expuestas.....	57
Extracción de raíces retenidas.....	57

VIII.- ACCIDENTES EN LA EXTRACCION..... 60
 Accidentes relacionados con el diente y veci -
 nes..... 60
 Accidentes relacionados con los maxilares..... 61
 Accidentes consecutivos de la extracción..... 64
IX.-POST-OPERATORIO..... 66
 Indicaciones despues de la extracción..... 66

CONCLUSIONES.-

BIBLIOGRAFIA.-

CAPITULO I

ANATOMIA DE LOS MAXILARES

ANATOMIA DE LOS MAXILARES

a).- OSTEOLOGIA

b).- MIOLOGIA

c).- ANGIOLOGIA

O S T E O L O G I A

HUESOS DE LA CARA.

Los huesos de la cara se dividen en dos porciones llamadas mandíbulas. La inferior esta integrada únicamente por el maxilar inferior; la superior esta constituida por 13 huesos: 12 de -- ellos dispuestos por pares, a un lado y a otro del plane sagital e de simetria, mientras el restante es impar y coincide con este plane.

Los huesos pares son los maxilares superiores, los malares- los unguis, los cornetes, los inferiores, los huesos propios de la nariz y los palatines. El impar es el vener.

MAXILAR SUPERIOR

Este hueso forma la mayor parte de la mandíbula superior, - su forma es mas o menos cuadrangular, aplanada de fuera adentro-

Es un hueso par, que presenta dos caras, cuatro bordes, cua- tre angulos y una cavidad llamada seno maxilar.

En la parte anterior de la cara externa, por encima del lu- gar de implantación de los incisivos, se observa la fovea nirti forme, la cual está limitada por la eminencia o giba canina. Por detras y arriba de esta eminencia está la apófisis piramidal.

La cara superior u orbital forma parte del piso de la órbi- ta y lleva un canal anterosuperior, llamado conducto suborbita - rio.

En la cara anterior se abre un agujero el suborbitario - - Entre dicho orificio y la giba canina se encuentra la fosa canina. En la cara posterior se localizan los agujeros dentarios posteriores, entre el borde posterior de la apófisis y el ala mayor del esfenoides se forma la hendidura esfenomaxilar.

La cara interna presenta hacia abajo una saliente horizontal denominada, apófisis palatina, la cual tiene una cara superior lisa que forma el piso de las fosas nasales, y otra cara inferior, que forma gran parte de la bóveda palatina. El borde interno de la apófisis se termina en una prolongación, que constituye en una especie de semiespina, la cual al articularse con la del otro maxilar, forma la espina nasal anterior o inferior.

A nivel del borde interno y por detrás de la espina existe un surco que con el otro maxilar forman, el conducto palatino anterior. Mas adelante se encuentra el orificio del Seno Maxilar.

El borde anterior presenta abajo la parte anterior de la -- apófisis palatina con la espina nasal anterior, mas arriba muestra una escotadura, que con la del otro lado forma el orificio anterior de las fosas nasales y más arriba; el borde anterior de la rama o apófisis ascendente.

El borde posterior constituye la llamada tuberosidad del -- maxilar. Su parte superior forma parte anterior de la fosa pteriomaxilar y en su posición más alta recibe a la apófisis orbitaria del palatino.

El borde superior forma el límite de la pared inferior de la órbita y articula por delante con el unguis, después con el etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino.

El maxilar presenta dos angulos superiores y dos inferiores. Delantere superior se destaca la apófisis ascendente del maxilar superior.

El seno maxilar tiene forma de piramide triangular, de base interior y vertice externa. La pared anterior se corresponde con la fosa canina, la pared superior es el lado opuesto de la cara orbitaria de la apófisis piramidal y lleva por consiguiente, el conducto suborbitario. La pared posterior se corresponde con la fosa cigomatica.

La base es en realidad, parte de la pared externa de las fosas nasales. En ella se encuentra el orificio del seno; cruza de por el cornete inferior.

MAXILAR INFERIOR

Es un hueso impar, medio y simetrico, se considera formado por un cuerpo y dos ramas.

El cuerpo tiene forma de herradura, se distinguen en el -- dos caras y dos bordes y esta constituide por dos elementos ana tomicos y funcionales distintos; la porcion basal, que se une -- sin limites visibles con la rama ascendente, y la porción alveo lar.

La cara externa del cuerpo del maxilar inferior esta divi- dida en diagonal por la prolongación del borde anterior, que -- constituye la línea oblicua externa.

En la línea media de la cara interna presenta; cuatro tu- berculosis apófisis geni. Partiendo del borde anterior de la rama vertical se encuentra la línea oblicua interna o milohichidea.- A nivel del tercer molar inferior, dicha línea corta el molar -

a nivel de su tercio apical. En esta cresta se inserta el músculo milohioideo.

El borde inferior lleva dos focetas digastricas, situadas una a cada lado de la línea media. El borde superior presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios.

La rama ascendente o montante tiene forma rectangular, con su eje mayor formando un ángulo de 100 grados con el cuerpo del maxilar inferior.

Su cara externa es rugosa, en su parte inferior y hasta la altura del tercer molar recibe la insercción del músculo masetero.

En la porción inferior de la cara interna se inserta el pterigoideo interno. En la parte anterior de esta cara se notaviblemente la apófisis coronoides, se dirige hacia abajo y -- adelante luego atras y abajo, al acercarse a la región del tercer molar se divide en dos crestas, las cuales forman un espacio triangular, conocido con el nombre de trigono retromolar.

M I O L O G I A

Los músculos de la cabeza comprenden un grupo de músculos-masticadores que se insertan por una de sus extremidades en el maxilar inferior y otro grupo de músculos cutaneos.

MUSCULOS MASTICADORES:

Estos músculos son cuatro e intervienen en los movimientos de elevación y de lateralidad del maxilar inferior y son; Temporal masetero, pterigoideo interno y pterigoideo externo.

TEMPORAL: Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar.

INSERCCIONES: Per arriba se inserta en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal y por medio de un haz Accesorie.

En la cara interna del arco acromático.

Por abajo formando un fuerte tendón nacarado que acaba en el vértice en bordes y cara interna de la apófisis coronoides.

RELACIONES: Por su cara superficial este músculo se relaciona con la Aponeurosis temporal

los vasos y nervios temporales superficiales.

El arco cigomático.

Parte superior del Masetero.

— Por su cara profunda se relaciona:

se halla en contacto con los huesos de la fosa temporal se relaciona con nervios y arterias temporales profundas Anterior, Media y Posterior.

— Por su cara e parte Inferior.

se relaciona por dentro con las

Pterigoideos

Buccinader

Bola de Bichat

INERVACION: Se encargan tres nervios temporales profundo ramas del maxilar inferior (Anterior Medio y Posterior)

ACCION: Elevador del Maxilar Inferior y retractor del condilo (Fasciculo posterior)

APONEUROSIS: Es una lámina fibrosa que recubre la parte superior de la cara externa del músculo temporal se extiende desde la línea curva temporal superior Hasta el borde superior del arco zigomático.

M A S E T E R O:

Es un músculo corto, grueso adosado a la cara externa de la rama del maxilar inferior. formado por un haz superficial mas voluminoso y haz profundo.

INSERCIÓN: El haz superficial se inserta:
Superiormente: Sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco zigomático.
Inferiormente: En el ángulo del maxilar inferior y sobre la cara externa de este.

EL HAZ PROFUNDO:

Se inserta por arriba en el borde interior y la cara interna de la apófisis zigomática.

Luego hacia abajo y adelante sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

RELACIONES:

Cara externa del masetero se encuentra totalmente recubierta por la aponeurosis Maseterina. Por fuera de la cual se encuentra tejido conjuntivo con la arteria transversa de la cara.

Prolongación Maseterina de la parotida

Canal de sténon .

Ramos nerviosos del facial

Músculos cigomáticos Mayor y menor

Risorio y cutáneo del cuello

CARA PROFUNDA: Del masetero con relación con el hueso donde se inserta además con la escotadura sigmoidea Arteria y nervios maseterina que le atravie - san con la apófisis coronoides, con la inserción del temporal, con la bola adiposa de - - Bichat interpuesta entre este músculo y el -- Buccinador.

PARTE INFERIOR:

BORDE ANTERIOR: Relaciona con arteria y venas faciales.

BORDE POSTERIOR: Arterias y venas faciales dente del Maxi - lar y glandula parotida.

INERVACION: Nervio Maseterino rama del Maxilar inferior

ACCION: Elevador del Maxilar inferior.

P T E R I G O I D E O I N T E R N O.

Este músculo comienza en la apófisis Pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

INSERCCIONES:

POR ARRIBA: Se inserta sobre la ala externa de la Apófisis Pte - rigoides en el fondo de la fosa Pterigoidea.

Fascículo Palatine de Juvara, Apófisis piramidal del Palati - no (desde este punto el músculo se dirige hacia abajo, atras y - afuera en busca de la cara interna del ángulo del Maxilar. Terni - nando frente Insercciones del Masetero.

RELACIONES: Por dentro esta relacionado con la faringe (Espacio Maxilofaríngeo).

RELACIONES POR FUERA:

Con el músculo Pterigoideo externo (Por la Aponurosis - - Pterigoidea).

Y se aproxima paulatinamente al maxilar inferior formando con el ángulo Diebre en el cual se encuentran el nervio lingual, vasos y nervios dentarios inferiores.

INERVACION: Por su cara interna se introduce en el músculo el -- Pterigoideo interno, el procede del maxilar inferior.

ACCION: Es elevador de la mandíbula y proporciona pequeños movimientos de lateralidad.

P T E R I G O I D E O E X T E R N O:

Tiene la forma de un cono se extiende de la apófisis Pterigoides al Cuello del cóndilo de la Mandíbula.

se divide dos haces superior (Esfenoidal inferior, Pterigoideo)

INSERCCIONES:

HAZ INFERIOR PTERIGOIDEO: Se inserta en la cara externa del ala-externa de la apófisis Pterigoides.

HAZ SUPERIOR (ESFENOIDAL) : Se inserta en la parte de el ala Mayor del Esfenoides que forma la fosa cigomática así como la cresta esfeno temporal.

Desde este punto se dirigen hacia atras en busca de la A. - T. M. se unen entre si y se insertan en el cuello del Cóndilo y-Menisco articular.

RELACIONES POR ARRIBA: El Pterigoideo externo se halla en rela -

ción con la bóveda de la fosa cigomática, con el nervio temporal profundo medio con el maseterino (Nervio) entre sus dos facetas -
les pasa el nervio bucal.

INERVACION: Recibe dos ramas nerviosas procedente del bucal.

ACCION: Contracción simultanea de los dos Pterigoideos externos-
producen la proyección de la mandíbula hacia adelante y contac
ón de uno, movimientos de lateralidad e de diducción.

ANGIOLOGIA
(VENAS Y ARTERIAS)

REGION GENIANA:

Arterias.- Una rica red arterial existe en esta región. Estas-- arterias tienen varios origenes. La arteria lagrimal, la infra-orbitaria, la alveolar, la bucal, la transversal de la cara y - la facial.

Venas.- Desembocan en tres troncos principales: La vena facial- que desemboca a su vez en la yugular interna, la vena temporal- superficial y el plexo pterigoideo.

REGION DE LA FOSA CIGOMATICA

Arterias.- Esta arteria rama terminal de la carotida externa, nace a nivel del cuello del cóndilo y de ahí se dirige hacia adelante, adentro y arriba hacia la fosa p

Esta arteria da un gran número de ramas colaterales y una- rama terminal, interesandonos sólo las 5 ramas descendentes y - la terminal.

Las ramas descendentes son:

- ___ La dentaria inferior, que penetra en el conducto dentario -- inferior.
- ___ La maseterina, que atravesando la escotadura cigomática se - dirige al músculo masetero.

__ La bucal, que va a irrigar la región geniana.

__ La pterigoidea, destinada a los músculos homónimos

__ Palatina superior, que apareciendo luego de un trayecto óseo intraóseo por el agujero palatino posterior, volveremos a hallar y mencionar en la bóveda palatina.

La rama terminal, la arteria esfenopalatina, después de nutrir las fosas nasales, sale también a la bóveda por el agujero palatino anterior.

Venas.- En esta región existe un gran conjunto de venas -- que unidas en el plexo van a desembocar en regiones importantes relacionando las regiones alveolares en los senos cavernosos, - los plexos mencionados son: el plexo alveolar que desemboca en la vena facial por intermedio de la vena alveolar; el plexo pterigoideo, del cual tienen origen la vena interna, que únicamente a la vena temporal superficial va a formar la vena yugular - externa.

REGION DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR

Arterias.- Dentro de esta fosa se encuentran la arteria -- maxilar interna, esta arteria se aplica contra la cara poste -- rior de la tuberosidad en contacto directo con la pared ósea.

Venas.- Acompañan a la arteria maxilar interna en forma de dos plexos: plexo alveolar y el pterigoideo. Las venas maseteri -- nas van a desembocar en el plexo pterigoideo.

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION.

"INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION"

DIENTES TEMPORALES

DIENTES PERMANENTES

Los esfuerzos del odontólogo, deben estar siempre encaminados a conservar la dentadura tanto primaria como permanente, -- sana y en funciones, pero existen ocasiones como las que enumeramos, en que es necesario hacer la extracción de uno o varios-dientes.

DIENTES TEMPORALES: INDICACIONES.

- 1).- Cuando existen dientes fracturados e aflojados por lesión-traumática.
- 2).- Cuando hay dientes incluidos.
- 3).- Cuando hay raíces fracturadas que son focos de infección.
- 4).- Dientes con destrucción cariosa profunda.
- 5).- Por dolores pulpíticos.
- 6).- Por periodontisme crónica con fistula especialmente, cuando el médico le pide para la eliminación de eventuales focos - de infección.
- 7).- Por indicación ortodóntica.
- 8).- Cuando en dientes temporales persiste en su lugar sabiendo- que no ha sido expulsado, cuando va hacer erupción el diente permanente, previo estudio radiográfico.

CONTRAINDICACIONES

- 1).- El Dr. Monti, escribió un tratado sobre exodoncia, y nes -- dice en primer lugar que ne debemos extraer un diente - - -

temporal antes de la época de su caída normal.

- 2).- Cuando un diente temporal no presenta ninguna movilidad en la época que debe ser reemplazado no se podrá extraer sin- antes tener un estudio radiográfico.
- 3).- Todo diente temporal en retención total a la época normal- de su caída debe ser extraído para permitir la evolución - del permanente.

DIENTES PERMANENTES; INDICACIONES

- 1).- Dientes fracturados e aflojados por lesión traumática.
- 2).- Cuando un diente ha perdido su antagonista y se ha careado
- 3).- Dientes incluidos.
- 4).- Dientes interesados en zonas patológicas, tales como quis- tes, necrosis, neoplasias etc.
- 5).- Dientes que deben desvitalizarse y a causa de la disposi - ción de sus raíces es imposible emprender un tratamiento - radicular satisfactorio.
- 6).- Dientes supernumerarios.
- 7).- Dientes primarios persistentes.
- 8).- Afecciones pulpares para la cual no hay tratamiento.
- 9).- Caries de cuarto grado.
- 10).- Razones Protésicas.
- 11).- Razones Ortodónticas.

CONTRAINDICACIONES:

- 1).- En caso de púrpura Hemorrágica.
- 2).- Hemofilia.
- 3).- Hipertensión Arterial.
- 4).- Tuberculosis.

- 5).- Flenón dentario.
- 6).- Neoplasias.
- 7).- Procesos patológicos de tejidos blandos.
- 8).- Angina de Vicent.
- 9).- Estomatitis Ulcerosa.
- 10).- Toda lesión cuya incisión ponga en peligro la operación -
en la cavidad oral y contagio para el operador.

CAPITULO III
HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es muy importante ya que ella depende el futuro odontológico. Una historia clínica completa nos va a proporcionar los datos necesarios para efectuar un diagnóstico-correcto y llevar a cabo un tratamiento adecuado.

Lo ideal es que la primera entrevista se lleve a cabo en un lugar agradable para el paciente; el éxito o el fracaso para la conducta del paciente, dependera de la forma en que el Odontólogo enfoque y conduzca esta entrevista. Esta debe ser viva - que interese al paciente, debemos escuchar mucho y observar mas. No se le cuenta lo que se dice, sino también la forma en que se dice.

Debemos seguir un orden para conducir esta entrevista, interesandonos en conocer al paciente en cada uno de sus campos, - saber ¿ quien es ? ¿ que tiene ? y mientras realizamos la historia clínica, demostrarle a el que debe confiar en nosotros.

Esto naturalmente, nos toma un poco de tiempo, pero esto nos ayuda a dar un diagnóstico exacto y mas correcto, interesandonos primeramente el motivo de la consulta una vez conocido -- ver sus antecedentes odontológicos.

Una vez hecho esto, pasamos a la historia clínica propiamente dicha en la forma siguientes:

DATOS GENERALES.

Fecha.

Nombre.

Sexo.

edad.

Lugar de Residencia.

Domicilio.

Estado civil.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Cardiopatias.

Diabetes.

Tuberculosis

Glandulas Salivales.

Articulación Temporomandibular.

Epilepsia.

Hemofilia.

Oclusión.

Tumores.

Bocio.

REGION GINGIVAL

Color.

Consistencia.

Atrofia.

Encías Sangrantes.

Dolor.

Pigmentación.

Color de los Dientes.

Bolsa Parodontal.

Tartario Dentario.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Serie radiográfica (Apreciación Total e individual)

Radiografía Periapical.

Cefalometria.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Habitación.

Alimentación.

Vestido.

Higiene Personal.

Alcoholismo.

Tabaquismo.

Toxicomanías.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Sarampión.

Tosferina.

Rubeola.

Varicela.

Paperas.

Parasitosis.

Amigdalitis de repetición.

Reumatismo.

Paludismo.

Hepatitis.

Diabetes.

Tuberculosis.

Sífilis.

Gonorrea.

Convulsiones.

ANTECEDENTES ANESTESICOS Y ALERGICOS.

Experiencia a anestesia general.

Experiencia a anestésicos locales.

Alergia a alimentos.

Alergia a medicamentos.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS Y TRAUMATICOS

Intervenciones quirúrgicas anteriores.

Golpes.

Fracturas.

INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO DIGESTIVO

Preguntar si presenta:

Anorexia	Nauseas o vómito
Disfagia	Diarrea.
Dispepsia	Estreñimiento
Meteorismo	Hemorragias
Dolor de estomago	Salivación

APARATO RESPIRATORIO

Si hay presencia de:

Tos (tipo)

Expectoración

Epitaxis

Disnea

Cianosis

SISTEMA CIRCULATORIO

Si existen:

Palpitaciones

Disnea de esfuerzo

Dolor precordial

Edema de los tobillos

Cefaleas

Lipotimia

Mareos

APARATO URINARIO

Si presenta:

Poliuria

Disuria.

Nicturia

Hematuria

Piuria

Edema de los parpados

GENITAL FEMENINO

Si existe:

Menarquia

Hemorragias

Ritmo

Embarazo

Disminorrea

Antecedentes de aborto

Ultima Menstruación

Menopausia

Leucorrea.

GENITAL MASCULINO

Si hay:

Alteraciones

SISTEMA NERVIOSO

Si presenta:

Sueño

Parestesias

Paralisis

Tembler

Irritabilidad.

Problemas Emocionales.

APARATO MUSCULO ESQUELETICO.

Mialgias

Artralgias

Deformaciones

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Visión.

Audiovisión

Tacto

Olfate

Gusto.

INSPECCION GENERAL

Forma de adaptarse al medio.

Edad Aparente

Facies

Marcha

Conformación.

EXPLORACION

Pulso

Temperatura

Craneo.

Cara

Ojos

Fosas Nasales

Tipo Sanguíneo

Tiempo Coagulación

Factor Rh.

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL

Aliento.- Este puede ser agradable, si es desagradable, puede deberse a causas de tipo general o local. General - si es debido a trastornos Metabólicos e problemas - de nutrición. Si es debido a causas de tipo local,-

puede prevenir de pulmones, tráquea, Bronquios, laringe, senes-paranasales, nariz y boca.

- Saliva.-** Produce problemas bajo las siguientes formas:
Cuando su flujo decrece en forma significativa, cuando se excretan en ella substancias nocivas o que su composición está alterada.
- Labios.-** Hay que ver su nivel, coloración, volumen, vesículas, fisuras, deformaciones, y cicatrices comisurales, nodule.
- Frenillos.-** Posición, longitud, volumen.
- Mucosa Bucal.-** Debemos ver su pigmentación, si hay engrosamiento, Hemorragias vesiculares atrofiadas etc.
- Carrillos.-** Pigmentación textura si hay traumatismo por mordida
- Paladar.-** Ver coloración, si hay torus o fisuras palatinas, lesiones Membranosas, engrosamientos.
- Lengua.-** Debemos ver su tamaño, posición: grado de movilidad
Color textura y si hay presencia de ulceraciones o de cicatrices.

Tejido Gingival e Periodontal.-

Es importante analizar la zona de la papila, la encía marginal y la insertada. Ver si la encía es normal en cuanto a color, consistencia, volumen y si existen reacciones inflamatorias.

EXAMEN DENTAL

Higiene bucal.-

Si es buena, regular, mala.

Si existen manchas verdes o anaranjadas.

Si hay presencia de Sarro.

Oclusion.- En esta veremos si hay:

Normoclusión

Distoclusión

Mesioclusión

Sobremordida

Mordida abierta.

Mordida cruzada anterior

Mordida cruzada posterior

Apilamiento Anterior

Hábitos.- Los mas comunes:

Succión de dedos

Morder lengua

Morder labios

Respiración bucal

Bruxismo

Nicturia.

CAPTULO IV
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO RADIOGRAFICO
(GENERALIDADES)

ESTUDIO RADIOGRAFICO EN EXODONCIA

GENERALIDADES:-

Las radiografías son fotografías mediante genuinas sombras por una parte y nítidas luces por otra, con interposición de medias luces y medias sombras en la práctica, se utilizan los negativos sin necesidad de confeccionar los positivos pero este procedimiento no debe llevarnos a tergiversar el verdadero carácter de las radiografías; lo que en el negative es oscuro e negro, es en realidad claro y viceversa. Además del ahorro de tiempo y de dinero utilizando directamente el negativo de la radiografía se tiene la ventaja de que no se pierde detalle alguno.

En exodoncia los rayos X son de suma importancia, ya que la Radiografía nos indica, la condición e condiciones de las piezas dentarias y de esta manera poder actuar sobre las extracciones dentarias correspondientes.

En la zona donde las raíces son mas delgadas la proyección penetrara en mayor grado originando sombras que se van atenuando en dirección al ápice.

Observar el estado de la pieza en lo que es la pulpa así poder tener un diagnostico claro de si la pieza a extraer no presenta anquilosis e hipercementosis, así como forma tamaño y posición de las raíces.

CAPITULO V
INSTRUMENTAL EMPLEADO EN LA EXTRACCION.

INSTRUMENTAL EMPLEADO EN LA EXTRACCION.

- 1).-Abrebocas.
- 2).-Sostenes Bucales.
- 3).-Pinza Lingual
- 4).-Tijeras Gingivales
- 5).-Bisturios.
- 6).-Martillo.
- 7).-Periostomo
- 8).-Pinza Gubia
- 9).-Erinas e Separadores
- 10).-Botadores Rectos
- 11).-Escoplos y Gubias
- 12).-Botadores e Elevadores de Raíces
- 13).-Botadores de Travezafio
- 14).-Jeringas para Lavado
- 15).-Escoplos de Mano
- 16).-Pinzas Para Instrumentos.

Para el uso diario en exodoncia el instrumental no ha de ser muy complicado, pero todo aquel profesional que practique la exodoncia en gran escala, debe estar equipado con el instrumental necesario para tratar toda clase de casos.

En general, es recomendable, adquirir un juego de instrumental bien elegido y dominar su empleo en los casos indicados. A medida que se aumenta en experiencia, se reduce a lo mas preciso el número de instrumentos.

- 1).- ABREBOCAS.- Sus indicaciones mas frecuentes se encuentran al operar niños, aunque a veces también es necesario en adultos

cuando se hacen extracciones con anestesia general. El abro boca debe de mantenerse firmemente en su posición, pues muchos accidentes son a causa del deslizamiento de este instrumento.

- 2).- SOSTENES BUCALES.- Estos se requieren principalmente si se emplea anestesia general. Constan de un tallo de caucho duro y sus extremos estan constituidos por trozos de caucho semiblando (Claudius Ash Copeng). Existen otros cuyo tallo es de metal (Hidebrink) y otros construidos con bloques de caucho semiblando, estos se usan en zonas desdentadas.

La región preferible para colocar los sostenes bucales es la de los bicuspides o molares del lado opuesto a aquel en que se opera.

- 3).- PINZA LINGUAL.- Estas pinzas, tienen una curvatura y en su punta de trabajo estan provistas de unos tacos de goma estriados para sujetar la lengua sin lastimarla.
- 4).- TIJERAS GINGIVALES.- Se deben tener a mano también en emergencia pues veces la encía queda adherida al diente hasta despues de haber sido desplazado éste de su alveolo, y es aqui donde es mas conveniente usar las tijeras o un escarpele y separar las partes por diseccion aguda.
- 5).- BISTURIES.- Existen de varias formas y tamaños, deben conservarse siempre sin oxidación, bien afilados y limpios.
- 6).- MARTILLO.- Es de metal y su cabeza esta rellena de plomo. - El uso debido del martillo no es tan fácil. Todo golpe -- ha de darse en el sitio conveniente. Se maneja moviendo -- la muñeca mas bien, que todo el brazo, de manera que sea-

el peso del martillo lo que actúe al dar el escoplo.

- 7).- PERIOSTOMO.- Es un instrumento de doble extremo. El menor se usa para elevar tejidos; el mayor puede emplearse como separador, se le puede usar también en la extracción de terceros molares inferiores.
- 8).- PINZA GUBIA.- Sirven para cortar hueso. Tienen gran potencia y sus angulos permiten alcanzar todas las regiones de los bordes alveolares, si se emplean debidamente, dejan la superficie del hueso lisa.
- 9).- ERINAS O SEPARADORES.- Las erinas son indispensables en operaciones en las cuales se efectúen colgajos, están provistos de 4 o 5 garfios. Sus dientes jamás deben ser puntiagudos ni afilados para que no desgarran los tejidos.
- 10).- BOTADORES RECTOS.- Se emplean para muchos fines tales como:
Desprender la encía del cuello del diente (Desbridar) antes de emplear el forceps; también para extraer una raíz. Se utiliza con presión manual y se le oprime rotación al sentir el hueso.
- 11).- ESCOPILOS Y GUBIAS.- Estos se usan cada vez mas en exodoncia, hay dos tipos diferentes, los que se utilizan con el escoplo y el martillo y aquellos que requieren sola presión manual; el mango permite la presión manual cuando se desea y el tallo del escoplo recorre la longitud del mango y proyecta por el extremo para que pueda usarse el martillo.

- 12).- BOTADORES O ELEVADORES DE RAICES.- Estos instrumentos -- fueron ideados para intervenir porciones sueltas de raíces especialmente en la región de los bicuspides e molares superiores. Las hojas de estos instrumentos están -- tan afiladas que pueden utilizarse para sujetar la raíz y desprenderla del alveolo e también para cortar el hueso de menor grado. Estos botadores son conocidos también como Botadores de Bandera.
- 13).- BOTADORES DE TRAVESAÑO.- Son una modificación hecha por el Dr. George Winter en los elevadores de Knet e de Crier, el Dr. Winter añadió a la hoja cortante y al talle -- un mango transversal. Los hoyos tienen file y este debe mantenerse siempre a fin de que puedan sujetar la raíz -- y también cortar el tabique alveolar en caso necesario, -- también son excelentes en la extracción de terceros molares inferiores incluidos y ectopicos.
- 14).- JERINGAS PARA LAVADO.- Es metálica y con capacidad de -- 30 ³ cm de solución. Puede esterilizarse sin sufrir deterioro, ha de desmontarse una e dos veces por semana según la frecuencia de su empleo y lubricar el embole con una tenue capa de vaselina, de esta forma funcionara con suavidad y se reduce además el desgaste friccional. El -- pico puede quitarse y armarse con una semirrotación.
- 15).- ESCOPILOS DE MANO.- Ideados por el Dr. Douglas B. Parker-- Son concavos convexos la punta es cuneiforme y los bordes laterales de la hoja son cortantes, como es puntia -- guda la hoja penetrara excavando en el hueso el trayecto

delante de la posición nas voluminosa del instrumento, de una forma similar a la de los taladros que se emplean en carpintería y metalurgia; el corte se práctica por rotación del instrumento sobre su eje longitudinal. Cuando a de extirparse hueso a lo largo de su diente, se introduce la punta afilada de este en el alveolo, apoyando el lado convexo del instrumento contra la corona, por medio de la rotación se extirpa un segmento óseo proporcionalmente el mayor diámetro de la hoja. Pueden practicarse uno o varios cortes adicionales en la misma forma. Cuando se ha cortado suficientes huesos se impale por medio de un elevador introduciendolo en el hueso así formado y se extrae finalmente con el forceps o con el elevador. La punta aguda del instrumento penetra fácilmente en el hueso que tiende a retenerle en posición con lo que se reduce en gran parte el peligro que se deslice.

16).- PINZAS PARA INSTRUMENTOS.- Se utiliza para sacar instrumentos del esterilizador para colocarlos sobre la mesa operatoria. El extremo del instrumento debe sumergirse en un recipiente que contenga una solución antiséptica, su empleo evita que las manos del operador contaminen los instrumentos esterilizados.

CAPITULO VI

"PRINCIPALES TECNICAS DE ANESTESIA EMPLEADAS EN LA EXTRACCION"

PRINCIPALES TECNICAS DE ANESTESIA EMPLEADAS EN LA EXTRACCION

1).- SUPRAPERIOSTICA.- NERVIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR:

Esta anestesia se aplica en el tercero y segundo molares y raíces distal y palatina del primer molar.

El nervio alveolar superoposterior inerva totalmente los dos últimos molares y parcialmente el primer molar.

TECNICA:- Lugar de la punción: pliegue mucobucal sobre el segundo molar.

DIRECCION DE LA AGUJA:- Hacia arriba y hacia atraz.

PROFUNDIDAD.- Se deposita la solución anestésica sobre los apices de las raíces del tercer molar.

Esta inyección produce suficiente anestesia para operatoria dental. Cuando se desea la anestesia completa del primer molar, se práctica una inyección supraperiostica adicional sobre el ápice de la raíz del segundo premolar.

La preparación de la mucosa antes de la inyección es de gran importancia. Se debe secar la superficie y aplicar un antiséptico. Hecho esto el paciente no debe cerrar la boca hasta después de practicada la inyección.

2).- SUPRAPERIOSTICA NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO.

Anestesia del primero y segundo premolares y de la raíz mesial del primer molar.

LUGAR DE LA FUNCION:- Pliegue mucobucal, encima del primer premolar. Se palpa con mucho cuidado el hueso en esta área para determinar su contorno a fin de colocar la

aguja debidamente.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Hacia arriba.

PROFUNDIDAD:- Se introduce la aguja hasta que llegue un poco --
mas arriba del ápice de la raíz del primer premolar.

La solución debe depositarse lentamente. Una sola inyec-
ción es suficiente para operatoria dental. Para extrac-
ciones y tratamientos quirúrgicos o periodontales se --
combinará con una inyección palatina parcial.

3).- SUPRAPERIOSTICA NERVIO ALVEOLAR SUPEROANTERIOR.

Se práctica en ambos caninos, anestesia los seis dientes
anteriores. Unilateralmente solo los incisivos y canino-
correspondientes; en este caso bloqueense las fibras del
lado opuesto.

LUGAR DE LA FUNCION:- Pliegue mucolabial mesialmente al canino-
Se explora el área labial palpando el canino antes de --
inyectar.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Hacia arriba y ligeramen-
te hacia atras.

PROFUNDIDAD:- Se avanza la aguja hasta llegar un poco por enci-
ma del ápice en la raíz del canino, lugar en donde se de
positará lentamente la solución anestésica.

Esta inyección es suficiente para operatoria dental.

Para extracciones o intervenciones quirúrgicas o complemen-
tase con una inyección palatina parcial.

4).- SUPRAPERIOSTICA INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.

Operatoria sobre uno de los incisivos centrales.

TECNICA:- Lugar de la punción; pliegue mucolabial por encima del incisivo lateral.

El dentista puede orientarse palpando la zona, para determinar el contorno del hueso antes de introducir la aguja.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Hacia arriba y ligeramente hacia atras.

PROFUNDIDAD:- La solución debe depositarse algo por encima del ápice de la raíz. Debe recordarse que esta yace en fosa incisiva la cual a menudo es muy cóncava.

Para la extracción o tratamientos periodontales, inyectese también el lado palatine al incisivo lateral en un punto intermedio entre el margen gingival y la línea media.

5).- SUPRAPERIOSTICA CANINO SUPERIOR:

LUGAR DE FUNCION:- Pliegue mucolabial en el punto medio entre las raíces del canino y del incisivo lateral.

Se palpa el contorno de la raíz.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Se introduce hacia arriba y algo hacia atras, hasta llegar al ápice del canino-

PROFUNDIDAD:- La solución debe depositarse un poco por encima del ápice de la raíz del canino que se encuentra en un nivel superior al suelo nasal. Inyectese la solución lentamente gota a gota.

6).- SUPRAPERIOSTICA PRIMER PREMOLAR SUPERIOR.

Anestesia para operatoria dental y cirugía.

LUGAR DE FUNCION:- Pliegue mucobucal, a nivel del primer -

premolar.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Hacia arriba.

PROFUNDIDAD:- Deposítese la solución algo por encima del ápice--
del diente.

Inyectese la solución con lentitud. Esta inyección tam --
bién anestesiara el segundo premolar y la raíz mesial --
del primer molar, ya que bloquea el nervio alveolar su --
perior medio en el punto de confluencia. Para extraccie--
nes o cirugía periodontal inyectese también el lado pala--
tino.

7).- SUPRAPERIOSTICA SEGUNDO PREMOLAR Y RAIZ MESIAL DEL PRIMER -
MOLAR.

Esta anestesia es suficiente para operatoria dental en es -
tos dientes.

LUGAR DE PUNCIÓN:- En el pliegue mucobucal por encima del --
segundo premolar.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Hacia arriba.

PROFUNDIDAD:- Deposítese el anestésico por encima del ápice del--
segundo premolar. La raíz mesial del primer molar superior--
yace en la apofisis cigomática del maxilar superior.
Para extracciones o cirugía periodontal inyectese también -
el lado palatino.

8).- SUPRAPERIOSTICA INCISIVOS INFERIORES.

Anestesia para operatoria dental y cirugía.

LUGAR DE PUNCIÓN:- Pliegue mucolabial a nivel de los incisivos -
inferiores.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Hacia abajo y a veces cru--
zando la línea media.

PROFUNDIDAD:- La aguja debe introducirse cuidadosamente, hasta que la punta llegue al ápice de la raíz del diente.

BLOQUEO DE LA CONDUCCION

9).- INYECCION CIGOMATICA NERVIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR.

El nervio alveolar superoposterior puede bloquearse antes de que penetre en los canales óseos de la región cigomatica, por encima del tercer molar.

Cuando se realicen extracciones de cualquiera de los molares, debe completarse con una inyección palatina posterior.

LUGAR DE PUNCIÓN:- Punto más elevado del pliegue de la mucosa - a nivel de la raíz disto-bucal del segundo molar.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Hacia arriba y hacia adentro y atrás.

PROFUNDIDAD:- Se penetra a unos 20 mm. manteniendo la aguja cerca del periostio para evitar la punción del plexo venoso pterigoideo. Se deposita la solución lentamente. El volumen de la inyección es de 1.8 ml.

10).- INYECCION INFRAORBITARIA NERVIOS ALVEOLARES SUPERIORES -- MEDIO Y ANTERIOR. RAMAS TERMINALES DEL NERVIO INFRAORBITARIO.

Volumen de la inyección 1.8 ml.

Este método se emplea cuando la inflamación o la infección impiden practicar la inyección suprapariosteal, para abrir el seno maxilar, o cuando se anestesia para extraer varios dientes.

Anestesia de la raíz mesiobucal del primer molar, primero- y segundo premolar canino e incisivos centrales y laterales.

LUGAR DE LA PUNCIÓN:- Pliegue mucobucal a nivel del segundo pre- molar entre los incisivos central y lateral.

DIRECCIÓN E INCLINACIÓN DE LA AGUJA:- Hacia arriba, en direcció- n paralela al eje mayor del segundo premolar, hasta -- que el dedo colocado sobre el agujero persiva que la -- aguja ha llegado a este. Se deposita lentamente 1.8 ml. de la solución anestésica. Para evitar el riesgo de pe- netrar en la órbita debe medirse la distancia entre el- agujero infraorbitario y la punta de la cúspide bucal - del segundo premolar superior ($1 \frac{7}{8}$ ó 4.6 cm.) La - medida de la aguja da la pauta a esta distancia.

11).- INYECCIÓN MANDIBULAR NERVIO ALVEOLAR INFERIOR.

El volumen de la inyección de 1.8 ml.

La solución anestésica se deposita en el surco mandíbu- lar que contiene tejido conjuntivo laxo atravezado por- vasos y por el nervio alveolar inferior. Produce aneste- sia de todos los dientes del lado inyectado, con excep- ción de los incisivos, centrales y laterales, ya que -- estos reciben también inervación de las fibras de lado- opuesto.

LUGAR DE LA PUNCIÓN:- Vértice del triángulo pterigomandibular.- Se palpa la fosa retromolar con el índice y se coloca - la uña sobre la línea milioidea (oblicua interna).

DIRECCIÓN E INCLINACIÓN DE LA AGUJA:- Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto, - se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de

los dientes del maxilar inferior, en dirección de la rama del maxilar inferior y al dedo índice.

PROFUNDIDAD:- La aguja se introduce entre el hueso y los músculos y ligamentos que lo cubren después de avanzar 15 mm. se siente la punta chocar con la pared posterior del surco mandibular, donde se deposita 1.5 ml. de solución anestésica al lado del nervio alveolar inferior. El nervio lingual se anestesia por regla general, durante la inyección mandibular inyectando algunas gotas a mitad del recorrido de la aguja.

12).- INYECCION MENTONIANA NERVIOS INCISIVO Y MENTONIANO.

Volumen de la inyección 1 ml.

Cuando se anestesia los nervios antes citados, a través del agujero mentoniano se produce bloqueo parcial del maxilar inferior. Operaciones de los premolares caninos e incisivos de un lado. Se emplea cuando el bloqueo completo resulta innecesario o está contraindicado.

LUGAR DE LA PUNCIÓN:- Se separa la mejilla y se punciona entre ambos premolares en un punto situado 10 mm. por afuera del plano bucal de la mandíbula.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- La aguja se dirige hacia abajo y dentro de un ángulo de 45° en relación al plano bucal orientándolo hacia el ápice de la raíz del segundo premolar.

PROFUNDIDAD:- Se avanza la aguja hasta que toque el hueso, y se deposita aproximadamente 0.5 ml. de solución anestésica. Se espera unos segundos y se manipula la aguja -

sin extraerla completamente, hasta que la punta se sienta caer en el agujero mentoniano. Se inyecta lentamente otro 0.5 ml. de solución anestésica. Durante toda esta última fase, mantengase la aguja al mismo ángulo de 45° para evitar su deslizamiento debajo del periostio y - - aumentar las posibilidades de penetración en el agujero mentoniano. Esta inyección permite procedimientos de -- operatoria dental en los premolares y caninos.

13).- INYECCION LINGUAL NERVIIO LINGUAL.

El volumen de la inyección es de 6 gotas.

La inyección mentoniana y a veces la mandibular, no producen anestesia de los tejidos blandos de la superficie lingual del maxilar inferior, lo que obliga a la anestesia del nervio lingual. Este se localiza por delante -- del nervio alveolar inferior entre el músculo pterigoideo y la rama ascendente del maxilar inferior. Corre -- hacia adelante a poca distancia de las raíces del tercer molar, entre el piso de la boca, pasando entre los músculos milohioideo e hipogloso, e inerva los dos tercios anteriores de la lengua, además del piso de la boca y la encía lingual del maxilar inferior.

Se aplica como anestesia complementaria en la extracción de los premolares, caninos e incisivos del maxilar inferior.

LUGAR DE LA PUNCIÓN:- En el mucoperiostio a nivel del tercio -- medio de la raíz del diente que se desea anestésiar. (- Para los incisivos, usese un adaptador curvo.

PROFUNDIDAD:- Sin ejercer presión depositese lentamente unas -- gotas de solución en el mucoperiostio.

Esta anestesia se produce rápidamente.

14).- INYECCION PALATINA POSTERIOR NERVIO PALATINO ANTERIOR.

El volumen de la inyección es de 0.5 ml.

La inervación de los dos tercios posteriores del paladar corre a cargo de los nervios palatino anterior y medio - que salen por el agujero palatino mayor (agujero palatino posterior).

Se anestesian los dos tercios posteriores de la mucosa - palatina del lado inyectado desde la tuberosidad hasta - la región canina, y desde la línea media hasta el borde - gingival del lado inyectado.

LUGAR DE LA PUNCIÓN:- La punción se realiza en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el borde gingival del tercer molar superior, hasta la línea media insertando - la aguja desde el lado opuesto de la boca.

DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA:- Hacia arriba y ligeramente lateral.

PROFUNDIDAD:- Fuesto que solamente se trata de anestesiar la parte del nervio palatino anterior que ya ha traspasado el - agujero palatino mayor es innecesario penetrar con la aguja en dicho orificio. (Conducto palatino posterior).

CAPITULO VII

TECNICA OPERATORIA DE LA EXTRACCION DENTAL

TECNICA OPERATORIA DE LA EXTRACCION DENTAL.

La extracción de dientes, debe realizarse estrictamente - bajo principios quirúrgicos, con instrumentos meticulosamente-esterilizados, buena luz, campo operatorio seco y manipulación suave de tejidos blandos y duros. La intervención puede durar- de 10 a 70 minutos, dependiendo de la dificultad. Para la rea- lización de una extracción dental se deberá emplear el procedi- miento más breve y simple, considerando los siguientes requisi- tos:

1.- Extirpación total del órgano dentario.

2.- Traumatizar lo menos posible al conjunto de tejidos - blandos y duros que se encuentran en continuidad del diente -- por extraer.

3.- Evitar todo dolor inútil, durante la intervención co- mo después de ella.

Las extracciones simples, generalmente van seguidas de un postoperatorio sin inconveniente, exente de dolor, tumefacción y equimosis. Cuando se justifique un mayor traumatismo operato- rio deberá advertirse al paciente de los posibles secuelas.

Antes de practicar una extracción debe hacerse un examen- del diente para determinar; su situación, la posición que ocu- pa en el maxilar o mandíbula, el tamaño, la forma, el estado - de la corona anatómica y el estado de la corona clínica; obser- var si hay fracturas; determinar la existencia de coronas de - metal, coronas con espigas, incrustaciones, obturaciones, etc; se observará también la curvatura de la raíz, el estado del --

tejido óseo y de los dientes contiguos, así como la existencia - de algún estado patológico. Antes de la operación es siempre con - veniente establecer las probabilidades de que se fracture el - - diente.

1).- POSICION DEL OPERADOR Y DEL PACIENTE.

Al practicar una extracción dental, cualquiera que sea la - postura, el paciente debe de estar lo más comodo posible permi - tiende al odontólogo, hacer libremente todos sus movimientos. El cirujano se colocará de modo que pueda usar con toda libertad -- los brazos, las manos y los dedos, teniendo siempre una vista -- clara del campo operatorio. Por lo general el sillón debe estar - bajo, en la extracción de piezas inferiores y alto para las supe - riores. Para hacer extracción de dientes superiores, el brazo -- izquierdo podrá limitar los movimientos de la cabeza del pacien - te, en tanto que los dedos de la mano izquierda, le sirven para - separar los labios, a fin de obtener un campo operatorio visible. Para hacer extracción de dientes inferiores, es de enorme impor - tancia que se recuerde siempre, que cualquiera que sea la posi - ción que se ocupe respecto al paciente, ya sea que estando colo - cado delante, atrás o a un lado, se debe sostener firmemente con la mano izquierda, la mandíbula del paciente durante la extrac - ción, ya que de lo contrario, al hacer una fuerza indebida o con los movimientos de la avulsión, se puede producir una sub-luxa - ción e una fractura de la mandíbula.

2).- EMPLEO DE PINZAS O FORCEPS PARA EXTRACCION.

Para la extracción de los dientes por medio de fórceps se - puede dividir el acto, en varios tiempos para su mejor compren - sión, los cuales son:

- a).- Introducción del fórceps a la cavidad oral.
- b).- Colocación de las ramas del fórceps al diente.
- c).- Presión de las ramas para llegar al cuello o a la - -
raíz dental.
- d).- Luxación.
- e).- Movimientos propios de la avulsión.

a).- Introducción del Fórceps a la Cavidad Oral.

Con los dedos se apartan el carrille o el labio y se descubre el campo operatorio. El fórceps se sostiene con la mano derecha, rodeandolo con todos los dedos a excepción del dedo índice que dirige los movimientos de apertura del instrumento para sujetar al diente.

Las ramas o bocados de las pinzas, han de ser de tal modo que puedan adaptarse al cuello del diente, sin que se fracture la corona al hacer presión. El cuello de los dientes varía en su forma y en su tamaño, por lo tanto debe seleccionarse el - - fórceps. Es mucho mas fácil adaptar el pico de las ramas, gobernar los movimientos y la fuerza necesarios para la extracción-- si se coloca la mano lo más cerca posible del extremo de las ramas y de la pieza por extraer.

b).- Colocación de las Ramas del Fórceps al Diente.

El primer paso es la adaptación del pico de las ramas de - bajo del margen gingival, esta maniobra se hace con mucho cuidado, para que al pasar las ramas debajo del tejido blando, causen el menor traumatismo posible. Por regla general, es mejor - adaptar primero el extremo de la rama interna o lingual y después la externa o bucal. cuando la corona del diente ha sido -- debilitada por caries, se aprovechará el tejido sano que queda-

para ajustar las ramas de las pinzas, por ejemplo: Si la caries está situada en la cara mesial del primer molar superior, los picos de las ramas se adaptan en la parte distal de la corona. En los dientes monorradiculares aún estando cariada la corona, las ramas o bocados se pueden ajustar casi siempre a la raíz, de modo que la extracción puede hacerse sin fracturar la corona. Ha de tenerse atención que al colocar las ramas, éstas queden paralelas al eje longitudinal del diente.

c).- Presión de las Ramas para sujetar el cuello del diente.

Para adaptar la pinza e fórceps dental, se separan los tejidos blandos con las mismas ramas y se deslizan presionando para colocarlas lo más abajo posible del borde gingival hasta llegar a un sitio de la raíz en donde se crea que el tejido es bastante resistente para soportar la presión sin fracturarse. Al colocarse las ramas sobre el cuello o mas abajo de éste, se facilita la extracción porque disminuye la distancia de la palanca. En la adaptación de los picos de las ramas desplazando tejido hacia arriba (en maxilar superior) o hacia abajo (en maxilar inferior) según sea el caso, deberá hacerse en dirección al ápice de la raíz haciendo un ligero movimiento de rotación o de oscilación, que se continua hasta que se ha sujetado firmemente. El fórceps se sostiene con todos los dedos, incluyendo el dedo índice que dirigia la apertura del mismo.

d).- Luxación del Diente.

Hay que cerciorarse que el eje longitudinal de la raíz y de las ramas esten en línea recta, ya que de lo contrario, existe la posibilidad de que se fracture la raíz o de que se traumatizen

los dientes contiguos. Ubicadas las ramas del instrumento en el sitio adecuado, cerrar firmemente los mangos para aplicar de -- luxación. No se debe confiar en la corona para que sobrelleve -- la presión, para desalojar al diente, aún cuando presente hiper movilidad. La corona tiene muy poca resistencia y se fractura -- con facilidad al sujetarla con las pinzas para hacer palanca.

Es un error el querer tirar del diente (después de sujetar lo con las pinzas) para sacarlo de su alveólo, ya que el acto -- de la extracción dental. Es una combinación de movimientos le -- que desaloja el diente, por lo tanto, primero se debe luxar. Pa -- ra luxar el diente, debe emplearse la cantidad de fuerza, que -- se adapte mejor a cada caso. Los movimientos que hagan depende -- rian de la forma de la raíz o de las raíces y de la resistencia de los tejidos óseos en donde está implantado el diente.

Las fuerzas necesarias para luxar el diente son:

1.- La Presión y Fuerza Impelente.- Ambas ramas del fórceps de -- ben aprisionar la raíz al mismo nivel. La presión de las ramas -- debe ser adecuada para mantener la adaptación de aquellas, duran -- te la maniobra de la extracción . Si la presión no es suficien -- te para mantener con firmeza la adaptación; la fuerza que se -- ejerza no lograra luxar el diente y las ramas se deslizaran ha -- cia la corona. Si la presión es excesiva se puede fracturar la -- raíz o la corona. Para aprovechar toda la fuerza que se haga -- (al tratar de desalojar el diente) debe de transmitirse a toda la longitud del diente centralizandose en el ápice:

La fuerza impelente se principia inmediatamente despúes de ajustar las ramas de las pinzas. Antes de que cierren con firmeza sobre el diente se hace esta fuerza con un ligero movimiento lateral (cuando es necesario) insertandose gradualmente debajo del margen gingival, hasta que se pueda sujetar la raíz y se continua manteniendo una presión general.

2.- La tracción e fuerza expelente.- Esta fuerza debe aplicarse en combinación con movimientos laterales e rotatorios. Puede -- ser aisladamente en dientes con movilidad para terminar la extracción, despues de haber hecho otros movimientos.

e).- Movimientos propios de la avulsión.

Cuando se ha conseguido una considerable movilidad, la extracción se termina aplicando una tracción necesaria, en dirección al eje longitudinal del diente, para elevarlo del alveolo. Si el diente ofrece mucha resistencia, debe suspender la manobra para determinar la causa y tratar de vencerlas e eliminar - las. Al desalojar el diente del alveolo se debe tener cuidado - que no salga con fuerza, porque los mangos del fórceps puede -- chocar con uno e varios dientes antagonistas y producir fracturas, la extracción debere hacerse hacia la dirección que el - - diente ceda.

UTILIZACION DE ELEVADORES:

Las pinzas dentales son los mejores instrumentos para efectuar la extracción, siempre que puedan aplicarse. Los elevadores e botadores deben usarse cuando sea obstaculizado el empleo de pinzas. Algunas veces se pueden utilizar ambos instrumentos para facilitar la extracción. El botador se emplea principalmente para acunhar su extremo activo entre la apófisis y el diente,

bién sea para desalojarlo o para darle movilidad al agrandar - el alvéolo o para sacar un fragmento de raíz, según sea el caso.

Para emplear el botador el operador debe aprender a dirigirlo correctamente, usando la mano izquierda como guía, evi - tando que se proyecte el instrumento hacia los tejidos circun - dantes y así se puede gobernar mejor la dirección y la aplica - ción de la fuerza, Por otra parte se debe conocer los diferen - tes tipos de elevadores y su manejo, para saber cual es el in - dicado para un caso requerido.

Los elevadores de punta aguda generalmente se emplea para la remoción de restos radiculares adyacentes a un alvéolo va - cío. El elevador de plano inclinado es un instrumento sin file su acción se basa en el efecto de la elevación y en el efecto - de desplazamiento. El propósito es que la punta del instrumen - te ocupe al alvéolo en lugar de la raíz del diente; y cuando - la punta del botador se ha introducido bién en el alvéolo se - hará una ligera elevación que tendrá gran efecto expulsivo: Le vanta la raíz de su lecho.

EXTRACCION DE DIENTES SUPERIORES.

Incisivos Superiores.

Los incisivos superiores presentan su raíz casi cónica. - Despues de colocar las ramas del fórceps, lo más que se pueda - sobre la raíz, se hace un movimiento impelente y lateral, que - dependerá de la estructura del diente, del tamaño de la raíz, - de la ausencia de la corona o de la existencia de ella, de la - existencia de caries, etc. Por lo general el primer movimiento

es hacia el lado palatino y a este movimiento le sucede otro - hacia el lado labial; puede repetirse varias veces, no deben hacerse con mucha fuerza si existe resistencia, porque con los movimientos buce-linguales resulta mas fácil la fractura radicular. Si ambas maniobras no logran desalojar la pieza de su implantación, entonces ejercer un movimiento firme de rotación primero hacia la derecha y luego hacia la izquierda (con ello se consigue la rotura de las fibras periodontales y hacen ceder las paredes del alvéolo). Si el diente tiene corona con espiga, deben forzarse las ramas del instrumento hacia arriba de la raíz, para que al hacer presión sobre los mangos del fórceps, las ramas continúen sobre la raíz aunque se fracture la corona. Algunas veces es conveniente adaptar la hoja del botador entre la raíz y el alvéolo, tanto en la cara lingual como en la cara bucal y hacer un ligero movimiento de acuñación, -- con el objeto de abrir paso para colocar las ramas de las pinzas.

Caninos Superiores:-

Los caninos superiores presentan la raíz más larga de todos los dientes, la forma de ésta es cónica; algunas veces el ápice presenta curvatura hacia distal.

Para la extracción de estos dientes, el primer movimiento es hacia el lado palatino, el segundo hacia el lado labial y - el tercero, un movimiento de tracción, siguiendo la dirección del eje longitudinal: Estos tres movimientos se repiten las veces que sean necesarios. No deben hacerse movimientos de rotación, a no ser después de que el diente esté completamente - - móvil.

Primeros Premolares Superiores.-

Los primeros premolares superiores presentan dos raíces - separadas o en ocasiones fusionadas; una palatina y una vestibular. La extracción de estos dientes se realiza de la siguiente manera: Después de adaptar sobre la raíz, las ramas del instrumento se hace un ligero movimiento impelente y lateral hacia el paladar y luego otro hacia el lado vestibular. Pueden repetirse estos movimientos hasta que el diente tenga cierta movilidad. No intentar la rotación, porque puede fracturarse una de sus raíces. Si existe resistencia, es mejor colocar la hoja del botador entre una de sus raíces y el alvéolo, acunando con el objeto de separar un poco de lámina, o en caso extremo; extirpar una porción de hueso con un escople, para facilitar la maniobra. La tracción lateral exagerada, puede producir fractura si las raíces son delgadas.

Segundos Premolares Superiores.

Los segundos premolares superiores, tienen una raíz que - la mayoría de las veces puede ser cónica o aplanada. Se extrae éste diente, empleando los mismos movimientos que se hacen para extraer el canino. Cuando la raíz es delgada, debe emplearse una fuerza de tracción recta, para evitar la fractura de la raíz. Cuando se prevé la fractura radicular, hay que considerar que la extracción del fragmento se facilitará, si antes se trata de luxar el diente con movimientos suaves.

Primeros y Segundos Molares Superiores.

El primer molar superior tiene tres raíces; dos vestibulares y una palatina. Por lo general, las raíces vestibulares --

son rectas y la palatina curva, que en la mayoría de las veces es de forma cónica; en otras ocasiones encontramos que las raíces son aplanadas, de distintas formas y tamaños que pueden ser largas y delgadas o cortas y anchas. El segundo molar también tiene tres raíces; dos vestibulares y una palatina. Estas raíces están cercanas unas de otras comparandolas con las del primer molar y algunas veces están fusionadas.

Después de colocar las ramas de las pinzas, se hace el primer movimiento impelente y lateral hacia el paladar y enseguida hacia el lado vestibular del diente, repitiendo hasta darle movilidad al diente. Luego se hace una tracción hacia abajo y hacia afuera. La tracción excesiva producirá fracturas de algunas de las raíces. La tracción excesiva hacia vestibular puede producir fractura de la lámina alvéolar externa. Si el diente ofrece alguna resistencia a las fuerzas aplicadas, puede emplearse el botador de hoja ancha sobre el lado vestibular o sobre el lado palatine; entre el diente y el hueso alvéolar, con el objeto de hacer la acufación en la apófisis o bien puede quitarse una pequeña porción de la lámina externa alveolar. Algunas veces la corona de los molares superiores está tan cariada, que no pueden adaptarse las ramas del fórceps, en estos casos podrán emplearse pinzas cuyas ramas se adapten sobre la porción de la corona que esté en mejores condiciones, haciendo mayor tracción sobre la cara más resistente. Otras ocasiones es mejor fracturar la corona cariada y extraer cada raíz por separado; después de fracturar la corona pueden usarse pinzas gubias para separar las raíces o también algún elevador si la caries está en la parte mesio bucal e íntegra gran parte de la corona, es conveniente

utilizar un fórceps cuyas ramas sean medianamente anchas, como las que se emplean para extraer dientes caninos, para ajustarse en la parte disto-palatino-vestibular; primero se adapta la rama palatina, después la rama bucal sobre la parte firme de la corona. El primer movimiento se hace lateralmente hacia la cara vestibular y con esto se empuja la rama distal un poco hacia arriba y debajo de la encía, dado que la cara palatina del diente es la más fuerte, no tiene ninguna trascendencia que se baje ligeramente la rama palatina. El movimiento de la tracción hacia el lado bucal, debe hacerse con firmeza, porque la cara palatina es la que, teniendo mayor resistencia, soporta mayor presión.

El uso de fórceps tipo "tricornio" para extracción de molares superiores, en ocasiones es indispensable porque actúa como un instrumento pinza que eleva, pero otras veces se dificulta -- cuando el diente está bien implantado. Si la corona está destruída por caries y las raíces están unidas por una porción de la corona. El fórceps tricornio será de gran utilidad al hacer presión sobre los mangos y hacer movimientos, puede suceder que se separen las raíces al fracturarse, facilitando su extracción con los elevadores.

Terceros Molares Superiores.

Generalmente presentan sus raíces fucionadas con una curvatura hacia mesial. Para realizar la extirpación del tercer molar superior, se aplica la fuerza en forma de movimientos hacia arriba, hacia atrás y hacia vestibular. Con esto se aprovecha la deficiencia ósea de la parte distal del diente.

EXTRACCION DE DIENTES INFERIORES.

Incisivos Inferiores.

Los cuatro incisivos inferiores presentan una sola raíz de forma aplanada. Para extraer estos dientes, después de ajustar las ramas de las pinzas, se hace un movimiento impelente lateral, ligeramente hacia lingual y luego hacia labial y por último un movimiento de tracción hacia arriba. La tracción lateral puede producir fractura si la raíz es delgada. Cuando se requiera extraer los cuatro incisivos inferiores, por conveniencia se extirparán primero los centrales por ser su raíz mas corta y este facilitará la extracción de los laterales.

Caninos Inferiores.-

Los caninos inferiores presentan una raíz cónica o ligeramente aplanada y en ocasiones dos raíces. La extracción es semejante a la ejecutada en los incisivos inferiores. Estos dientes son resistentes, por lo que la tracción se hará con mayor fuerza. Observar en que sentido cede con más facilidad para asentar el movimiento.

Premolares Inferiores.-

Los premolares inferiores, generalmente presentan una raíz cónica . Para la extracción se ejecutan movimientos suaves de rotación sobre el eje longitudinal del diente; primero en una dirección y después en la otra. Si no se logra luxar, se hará un movimiento suave hacia lingual seguido de otro hacia vestibular y por último hacer una tracción hacia arriba y ligeramente hacia vestibular.

Primeros y Segundos Molares Inferiores.-

Los primeros molares inferiores presentan dos raíces aplanadas; una mesial y otra distal, con una ligera curvatura diri-

gida hacia distal. Algunas veces presenta tres raíces; una vestibulo-mesial, una linguo-mesial y otra distal. Y en raras ocasiones cuatro raíces; dos mesiales y dos distales. Los segundos molares presentan sus raíces mesial y distal generalmente una cercana a otra, que en ocasiones se fusionan.

Después de ajustar las ramas al diente, se sujeta éste haciendo un movimiento lateral hacia la cara lingual, seguido de un movimiento enérgico hacia la cara bucal; se repiten si es necesario. Cuando el diente es muy resistente, por ser muy resistente, por ser muy denso el tejido óseo o por tener raíces muy largas, pueden completarse dichos movimientos con una rotación suave. Después de ejecutar los movimientos se hace una tracción (hacia arriba y hacia vestibular sin que se exagere) bien gobernada, pues puede ceder el diente y golpear fuertemente con el fórceps los dientes superiores. A menudo las raíces presentan una curvatura hacia distal, en estos casos es conveniente al sacar la pieza del alvéolo, desviar las pinzas en línea curva hacia atrás.

Quando la corona anatómica está muy cariada deberá examinarse cuidadosamente, para hacer la adaptación correcta de las ramas y de ejecutar los movimientos necesarios para la extracción por ejemplo: si la caries afecta la cara lingual, al ajustarse el instrumento, los movimientos de tracción lateral se harán hacia el lado lingual, con la presión contra la cara vestibular; porque si se ejerciera lateralmente la presión hacia la cara lingual, habría la probabilidad de que se deslizara el bocado interno de las pinzas. Si la corona está debilitada por-

caries en caras proximales podrán emplearse pinzas "cuerno de vaca".

El uso de fórceps tipo "cuerno de vaca" para extracción de molares inferiores con dos raíces bien separadas es apropiado, porque actúa como un instrumento que eleva, contactando entre puntos para evitar el desplazamiento. En el caso del fórceps bicornio inferior de ramas anchas, la acción es distinta y también positiva, porque cuando se aplica la fuerza bucolín-gual, puede suceder tres resultados favorables: extracción del diente, extracción de la corona con una de sus raíces o división y luxación de las raíces.

Tercer Molar Inferior.

Para la extracción del tercer molar inferior en alineamiento normal es preferible usar botador, aunque en determinadas ocasiones se adaptan mejor las pinzas. La técnica que se utiliza para estos molares no difiere de la técnica para casos sencillos de molares parcialmente incluidos. La fuerza necesaria para extraer los terceros molares inferiores es generalmente hacia arriba y hacia atrás. En condiciones normales presenta la raíz fusionada.

En todas las extracciones de dientes inferiores hay que considerar el daño que se puede ocasionar a la articulación temporomandibular, con los movimientos muy amplios; en estos casos conviene dar apoyo a la mandíbula por el lado opuesto al de la extirpación para evitar un trauma innecesario sobre la articulación.

F.- EXTRACCION CON METODO DE TOMA ALVEOLAR.-

Este método es demasiado traumático, pero se justifica en aquellos casos, en que el diente presenta una implantación muy firme y no cede con los métodos de aplicación de los fórceps comunes. Tiene la ventaja de hacerse la extracción con prontitud, requiere un mínimo de instrumental y preserva la integridad del mucoperiosteo, que es la cobertura esencial del hueso. Tiene -- los inconvenientes, de destruir la inserción epitelial de los -- dientes vecinos y ocasionar la fractura de la lámina externa.

El método de toma alveolar puede practicarse cuando se -- juzgue conveniente, no olvidando los efectos indeseables que -- pudieran resultar.

Método.-

a).- Con el extremo angosto de una espátula para cera (del número siete) se levantan las papilas interdientarias y con el -- extremo ancho se continúa la disección por la parte vestibular -- levantando el periosteo hasta un tercio e la mitad de la raíz -- Con este se consigue la relajación de los tejidos blandos, esto -- evita que se desgarran durante los movimientos de lateralidad.

b).- El bocado lingual del fórceps se aplica en la forma -- habitual pero el bucal se introduce tan alto como sea posible, -- apoyándose sobre el hueso, debajo del pequeño colgajo.

c).- Con el fórceps en posición se aplica una fuerza mode -- rada hacia vestibular.

d).- Una vez que se ha conseguido mover el diente uno e -- dos milímetros, se ubica el fórceps según la técnica común y se -- extrae el diente.

e).- El cuidado final del alvéolo se realiza en la forma --

habitual. No es necesario suturar.

G.- EXTRACCION CON METODO DE ODONTOSECCION.-

Este método consiste en seccionar la pieza dentaria. La práctica de este método es indicada para dientes multirradiculares, que a pesar de luxarse, no pueden extraerse debido a la curvatura de la raíz; por lo que facilitará su extracción si se secciona la corona de una manera tal, que al fracturarse se separe en dos porciones de corona con su correspondiente raíz y así poder ser extraídos utilizando el elevador indicado.

Método.-

a).- Con una fresa de bola (usando la pieza de mano) atravesar el centro de la corona hasta sus cuatro quintas partes.

b).- Luego se hace una ranura con la fresa hacia mesial y hacia distal en molares. Hacia vestibular y hacia lingual en molares inferiores.

c).- En la ranura se introduce un instrumento a la manera de un destornillador (elevador de hoja ancha) y al tratar de girarlo; provoquemos la fractura.

d).- Proceder a extraer las partes con un botador e elevador.

H.- EXTRACCION CON METODO DE COLGAJO.-

Si el diente tiene una solidez de implantación tal, que impide su extracción mediante fórceps y elevadores, haciendo una fuerza moderada; puede emplearse los métodos de toma alveolar o la odontosección y extracción por partes. Si no se consideran adecuados debe hacerse la operación por colgaje, con o sin odontosección.

Quando se fractura el diente por extraer, en la mayoría -

de las veces, se puede lograr la extirpación con el uso de elevadores, pero en los casos difíciles es preferible levantar un colgajo, extirpar una porción pequeña de la lámina bucal o labial de el alvéolo cerca del borde gingival hasta llegar a la raíz y hacer la luxación de ésta. La lámina bucal o externa es delgada en la región molar superior y hay veces que existe el peligro de que se fracture, si se emplean los métodos usuales; por lo tanto es prudente hacer la operación por medio del colgajo. En las regiones premolares y molares inferiores, la lámina externa es extremadamente gruesa y algunas ocasiones impide la extracción normal de los dientes, por lo que hay que recurrir al colgajo intentando la técnica mas simple.

Para la Exodoncia es de suma importancia la extirpación del diente (sus raíces y hasta los ápices que se hayan fracturado), así como también el tejido patológico que se encuentre alrededor de éste. La extracción por colgajo ofrece la ventaja de ampliar el campo operatorio, mejorando la visibilidad cuando se requiera extirpar, ya sea tejido patológico o algún fragmento de raíz. La ablación de una parte de la lámina externa o interna, a menudo convierte una extracción extremadamente difícil en un procedimiento relativamente sencillo.

La extracción a colgajo está dentro del campo de acción de un cirujano bucal, pero se puede practicar, teniendo los conocimientos necesarios y el instrumental requerido. El procedimiento consiste en: hacer la incisión de los tejidos gingivales, en despegar y volver hacia atrás los tejidos blan-

dos, en descubrir el hueso sobre el área en que ha de interve-
nirse y en extirpar la porción necesaria de tejido óseo para --
llegar al área patológica o para hacer más la extirpación del -
diente o de la raíz. Este método se indica:

- 1o.- Cuando no puede hacerse la extracción por los métodos
usuales.
- 2o.- Cuando la curvatura de la raíz, la hipertrofia del --
ápice o la forma de este, hace imposible la extrac --
ción por otros métodos.
- 3o.- Cuando la raíz está cubierta por denso tejido óseo.
- 4o.- Cuando los ápices están demasiado distantes de la su-
perficie, para que pueda llegarse hasta ellos por los
métodos usuales.
- 5o.- Cuando sea necesario tener acceso directo y una vista
clara del campo operatorio para extirpar el tejido --
patológico.

Se contraindica:-

- 1o.- Cuando se incomplete el instrumental.
- 2o.- Cuando no se tenga la suficiente preparación para ha-
cer un buen colgajo. Cuando falte capacidad en conoci-
mientos para realizar una intervención limpia y se te-
ma causar iatrogenia.

Los instrumentos adicionales para hacer una operación de -
colgajo son: un bisturí, una legra, un cincel de mano, fresas -
quirúrgicas, tijeras, separadores, agujas, portaagujas y mate-
rial para sutura.

Condiciones para un buen colgajo.-

- a).- Debe ser lo suficientemente amplio para una buena ---

exposición de toda la herida ósea.

b).- No deben diseñarse incisivos verticales que formen ángulos agudos.

c).- Debe tener todo el espesor del mucoperiostio sin dividirse.

d).- La incisión vertical debe hacerse en un sitio que facilite la adherencia epitelial, por ejemplo un espacio interproximal y a nivel de un diente distante de la herida ósea, de manera que el borde del colgajo esté soportado por un hueso intacto.

e).- Su base debe ser tan ancha como su margen libre (para asegurar una buena irrigación durante el período postoperatorio).

Quando la extracción sea necesario extirpar hueso, debe hacerse tan pronto como sea posible y antes de colocar el fórceps en posición. Debe evitarse la mutilación del reborde alvéolar, ya que tiene gran importancia para la futura prótesis. En este sentido la extracción por colgajo es favorable a conducir mejores resultados desde el punto de vista protésico.

T E C N I C A:-

a).- Anestesia.

b).- Separación del labio o mejilla.

c).- Incisión.

d).- Levantamiento del colgajo con legra, apoyándose sobre hueso al separar el tejido blando.

e).- Extracción del diente o raíz, curetaje de la cavidad quística.

f).- Regularización de los bordes óseos con cizalla o lima para hueso.

- g).- Limpieza de la cavidad.
- h).- Ubicación del colgajo en su posición (sin dejar hueso descubierto).-
- i).- Suturar.

EXTRACCION DE RAICES EXPUESTAS.-

Para realizar toda extracción de raíces fracturadas, debe secarse y examinarse con buena luz, la porción del diente extraída, observando la inclinación del ángulo de fractura. Irrigar el campo operatorio y secar para tener buena visibilidad; luego observar la raíz en el fondo del alvéolo. La técnica que se usa para la extracción de raíces que han permanecido mucho tiempo en los tejidos, difiere de la técnica para la extracción de raíces recién fracturadas, las cuales pueden presentar fractura.

EXTRACCION DE RAICES RETENIDAS.-

Para la extracción de raíces retenidas se debe de hacer un estudio cuidadoso, ya sea por lo inconveniente de la intervención como por los resultados de la misma. La remoción de un ápice radicular totalmente incluido, es una operación dificultosa. En la mayoría de los casos, mediante el estudio radiográfico para la colocación de prótesis, se descubre restos radiculares. Para la extracción se debe tener un punto de referencia; por lo tanto las etapas del procedimiento varían cuando la raíz yace incluida en una área totalmente desdentada, que cuando existe diente vecino. Es necesario poseer una buena radiografía que pruebe la presencia del resto radicular y que indique su posición.

TECNICA.-

a).- Si la raíz se localiza en área desdentada, se atravieza la mude la parte lingual en una zona cercana a la raíz, con una aguja de sutura atada a una hebra cuyo extremo salga de la boca; tomar la placa radiográfica para evidenciar la relación entre la aguja y el ápice incluido.

b).- Observando la relación se retira la aguja, dejando la hebra en su lugar.

c).- Se levanta un amplio colgaje mucoperiosteo vestibular permitiendo un cierto margen de error.

d).- Con fresa quirúrgica de bola, se hace un círculo de agujeros de un centímetro de diámetro y comunicar los agujeros. Al localizar la raíz, puede levantarse de su lecho con el escope o con el botador, según el grado de retención. En este caso se requiere limpiar constantemente el campo operatorio.

e).- Si no se encuentra con prontitud en el sitio preestablecido, tomar nuevas radiografías. La radiolucidez de la zona de hueso excavada, sirve como nuevo punto de referencia.

f).- Una vez concluida la extracción del fragmento, el colgajo y el hueso se tratan como en el caso de raíces recientemente fracturadas.,

La incisión de los tejidos debe ser amplia, ya que de lo contrario hay mayor peligro al operar en áreas patológicas y -- practicar extracciones difíciles. Cuando se hace una operación a ciegas puede causar demasiados traumatismos, además de no extirpar el tejido patológico sobreviene mayor número de excervaciones. El colgajo al levantarse debemos ver que el tejido blando puede ser grueso y levantarse con facilidad o bien delgada de consistencia apergecinada, que se desgarrar con mucha facilidad.

dad. Cuando se use el cincel de mano debe gobernarse la presión que se ejerza al instrumento, de modo que no resbale y lesione los tejidos vecinos. Al extirpar hueso, hay que tener cuidado - para no lesionar, ni descubrir la raíz de los dientes contiguos (si es que los hay).

CAPITULO VIII

ACCIDENTES EN LA EXTRACCION.

A C C I D E N T E S D E L A E X T R A C C I O N . -

Toda operación lleva consigo algún riesgo; éste reducido - por la valoración preoperatoria del estado físico del enfermo, - por la cuidadosa preparación del instrumental y por la habili - dad del odontólogo.

ACCIDENTES RELACIONADOS CON EL DIENTE Y VECINOS. -

Al efectuar la extracción de un diente puede ocurrir acci - dentes inesperados, por lo que se debe tener conocimiento de lo que pueda suceder, anticipandose al hecho establecido medidas - preventivas.

a). - Fractura del Diente per Extraer. - Al intentar la avul - sión de un diente, puede presentarse fractura ya sea de la coro - na o de la raíz, las causas son diversas; por extensión de ca - ries, debilitando la corona o la raíz; porque las ramas del fór - ceps no estaban colocadas paralelamente al eje longitudinal del diente; por ejercer una presión excesiva; por accionar la fuer - za y presión directamente en la corona anatómica, no trasmitien - dose a toda la longitud del diente; porque las ramas del fór -- ceps no aprisionaban la raíz al mismo nivel; porque al aplicar - la tracción no es en dirección al eje longitudinal del diente; - por la curvatura de la raíz o de las raíces del diente; por la - presencia de coronas con espiga. Obturación, un diente multirra - dicular.

Al fracturarse la corona o la raíz del diente por extirpar se procederá a extraer las partes fracturadas, usando el bota - dor indicado para el caso requerido. Previa conocimiento de los diferentes tipos de elevadores y su manejo. Para proceder, se -

debe tener una buena visibilidad del campo operatorio.

b).- Luxación del Diente Vecino.- La extracción de un diente, cuando se ejecuta sin precaución, puede causar la luxación de los que están en continuidad, o lesionar su cemento o el hueso de soporte. La abrasión del cemento de un diente contiguo, produce una sensibilidad desagradable, la luxación, la movilidad y aún la pérdida de dicho diente. Esto es ocasionado por el uso inadecuado de elevadores, fórceps o fresas; para prevenir éste accidente, hay que tener en cuenta que se tomará como punto de apoyo para los elevadores, el reborde alvéolar y no los dientes vecinos.

La caída de la obturación de un diente vecino, en ocasiones es inevitable, ya sea por tener la obturación una superficie defectuosa o por la presencia de una recidiva de caries, que haya provocado su desajuste. En estos casos después de la extracción, se procede a la reparación, del diente afectado.

ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS MAXILARES.-

De los accidentes relacionados con los maxilares suceden fractura del proceso alvéolar, fractura completa o parcial del maxilar, luxación del maxilar inferior y lesión a los senos maxilares.

a).- Luxación de Mandíbula.- Ocurre cuando se intenta una extirpación dental y el paciente abre desmesuradamente la boca. En la luxación de mandíbula, el espasmo del músculo pterigoideo externo es importante por la manutención de la cabeza del cóndilo por delante de la eminencia articular. Tan pronto como se produce la luxación todos los músculos masticadores entran en espasmo, ésta es la razón por la cual no puede lograrse la re -

ducción, empujando simplemente el mentón hacia atrás.

Para la reducción de la luxación se envolverán los dedos-pulgares con los extremos de una toalla para protegerlos; luego colocarse detrás del paciente y tomando la mandíbula con los pulgares sobre los molares, tratar de bajarla (para relajar los músculos) y llevarla hacia atrás levantando el mentón. Al percibirse la luxación, debe procederse inmediatamente, sin pérdida de tiempo, evitando que se produzca el espasmo e que éste se prolongue.

b).- Lesión de los senos Maxilares.- La fractura del piso del seno maxilar, puede ocurrir al aplicar una fuerza exagerada para la extracción de un canino, un premolar e un molar superior sólidamente implantado y que este en contacto con un pise sinusal muy delgado. Si la radiografía preoperatoria indica estas condiciones se debe actuar con toda precaución, manipulando con minuciosidad (si se considera conveniente se recurrirá a las técnicas de odontosección e extracción por colgajo).

Toda fractura de una de las paredes del seno maxilar es precursora de hemorragia al antro con la supuración como secuela probable; por lo tanto al enterarse de la fractura del piso de la mencionada cavidad, vigilara al paciente si se trata con quimioterapia.

Si al extraer un diente superior, se advierte la fractura del piso maxilar y enseguida fluye líquido mucopurulento, debe sospecharse la presencia de un empiema del seno (la sinusitis puede ser de origen nasal o dentarie). En este caso es - -

necesario la intervención de un Otorrinolaringólogo.

El desplazamiento de una raíz o de un diente íntegro al seno maxilar, por accidente o por malas maniobras empleando demasiada fuerza con el elevador, es de particular importancia porque todo cuerpo extraño en el interior del seno provoca infección y cuando a este se agrega la existencia de una comunicación con la cavidad oral, se puede instalar una fistula, dado que el drenaje del seno se hará por el punto de mayor declive.

TECNICA DE CADWELL LUC.

1.- Incisión en fondo de saco gingivolabial, de canine premolar; secciona mucosa y periostio.

2.- Pasar periostozador y levantar las partes blandas del antro, teniendo cuidado de no lesionar el nervio infraorbitario

3.- Palpar con decisión el nervio infraorbitario y seguir seccionando se suspende 2 o 3 mm. antes de llegar a la yema del dedo.

4.- Meter un separador de Faravau en el labio y levantar el fondo de saco.

5.- Con un cincel de mano, hacer una ventana en el antro de Hignoro de 4 mm. con una pinza de Kerson (para cortar hueso) seccionar fragmentos de hueso hasta iluminar la cara anterior del antro.

6.- Se disecciona la mucosa íntegra.

7.- Con pinzas de Kelli, hacer un orificio a la ventana nasal correspondiente, que comunique nariz y seno, la pinza permite que se agrande el orificio.

8.- Pasar por el orificio una gasa simple medicada; con la

pinza se pasa y se saca por la fosa nasal.

9.- Llenar el seno de gasa,.

10.- Puntos de sutura con catgut cromico de 000, con 4 o 5-puntos por osteogenesis cerrara el orificio en dos o tres semanas.

Post-operatorio.-

Masajes de hielo en la mejilla, sin que llegue a quemar -- (trozo de hielo envuelto en un lienso). Antibioticos y analgésicos. Se cita al paciente para sacar una pequeña parte de gasa y si ya existe drenaje, se vacía el seno.

ACCIDENTES CONSECUTIVOS DE LA EXTRACCION.-

Toda operación lleva consigo riesgos, los cuales van desde la anestesia hasta accidentes imprevistos, estos se pueden reducir a un mínimo por lo siguiente:

1.- Anamnesia profunda que trae consigo la valoración física e integral del paciente.

2.- Contar con equipo, medicamentos, e instrumental necesario.

3.- Por la experiencia y habilidad del operador.

La herida producida por la extirpación de un diente es diferente, en cuanto a tamaño y tiempo de curación, ya que entre mas grande sea, mayor sera el tiempo de regeneración en este tejido,. En algunos casos es necesario citar al paciente para observación y curación postoperatoria.

ALVEOLITIS:-

También se le denomina como osteitis post-extracción, osteomielitis localizada, alveolalgia post-extracción y alvéolo --

seco.

Se considera esta complicación que es producida por la falta de coagulo debida a factores mecánicos, por lisis bacteriana por vasoconstricción de capilares etc. Los síntomas son:

Primeramente dolor, que se inicia al segundo o tercer día de la extracción; el dolor es estable, intenso e irradiado; los restos del coagulo son fétidos e irritantes para las paredes del alvéolo; el período continúa de 10 a 14 días; al final de éste período, el alvéolo se llena con tejido de granulación. El tratamiento es rígido a la reparación y calmar el dolor. Algunos autores recomiendan usar el cemento de Ward (el polvo contiene oxido de zinc, resina, talco y amianto); el líquido contiene alcohol, eugenol, aceite de mani, alcanfor y colorante -- que se prepara con cantidades iguales de polvo y líquido con -- una pequeña cantidad de gasa simple esterilizada, llevándose -- esta ya mezclada con el cemento al alvéolo. Otros recomiendan el uso de ungüentos con antibioticos. Estas curaciones se renuevan cada 2 o 3 días.

CAPITULO IX

POST - OPERATORIO

P O S T - O P E R A T O R I O.-

Para realizar una extracción, se requiere una preparación previa, es decir poner en las mejores condiciones al paciente - para soportar con éxito esta intervención, pero mas importante es el cuidado post-operatorio del paciente puesto que este lo realiza directamente el paciente bajo la vigilancia del odontólogo y llevar a cabo este proceso correctamente nos garantiza un cien por ciento de éxito de nuestra intervención.

Para este mencionaremos los puntos mas importantes de este.

- a).- Dieta líquida las primeras doce horas (de preferencia fría).
- b).- Dieta blanda los tres días siguientes, evitando comer alimentos grasos e irritantes.
- c).- Aplicación de compresas frías, en la parte externa -- de la zona intervenida, pues el hielo produce el edema.
- d).- Compresas tibias al día siguiente para que se reorganice el tejido lesionado.
- e).- Colutorios de agua tibia con sal, ayuda a que las bacterias no proliferen.
- d).- Antibióticos: según el caso lo requiera.
- e).- Analgésicos por razones necesarias.
- f).- Antiinflamatorios por razones necesarias.
- g).- Próxima cita.

De estas medidas unas son realizadas por el Odontólogo y otras exclusivamente el paciente.

C O N C L U S I Ó N E S

La mayor parte de la cirugía oral practicada en el consultorio, concierne a la extracción dental; cuyas indicaciones se pueden resumir en unas cuantas líneas en contraste con sus contraindicaciones, las cuales son múltiples.

Para examinar un diente que ha sido afectado por diversas causas, se deben considerar las diferentes variantes que pueden favorecer la conservación de dicho diente. Antes de determinar que su tratamiento solo se resuelve con su extracción; pero cuando esta es inminente, entonces se hará un minucioso interrogatorio extrayendo toda la información necesaria, tanto en el estado actual del paciente, como en los antecedentes patológicos.

Manejando ésta información se podrá prevenir resultados iatrogénicos que pongan en peligro la vida del paciente. Además se establezcan las condiciones óptimas que proporcionen una protección general para el paciente.

También debemos seleccionar los instrumentos requeridos siguiendo las normas de asepsia y antisepsia. Esforzándose en aplicar todos los conocimientos adquiridos para hacer una intervención breve, indolora, y lo menos traumática posible. Así como reducir al mínimo las molestias que ocurren consecutivamente; ya sea mediante la prescripción de farmacos, como de el ordenamiento de indicaciones que debe seguir el afectado.

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

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA.

Fernando Quiroz.

Tomo I Editorial Interamericana.

TRATADO DE EXODONCIA Y CIRUGIA.

ESTOMATOLOGIA Y ANESTESIA.

Perwintner P. D. S.

TRATADO DE MEDICINA INTERNA.

Cecil-Loeb Beeson Mc. Dermott.

Editorial Interamericana.

CIRUGIA BUCAL.

S. V. Mead.

Tomo I, Biblioteca Estomatologica UTEHA.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA.

Controversias en Odontología.

Serie IV, Volumen 12.

Editorial Mundi.