

L. yamp...
778

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

EXODONCIA

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
JAVIER OVIEDO ESTRADA

México, D. F.

1979

151109



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

DEFINICION

CAPITULO I.- HISTORIA CLINICA

CAPITULO II.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

A.- En dientes primarios

B.- En dientes permanentes.

CAPITULO III.- TECNICAS DE ANESTESIA EN EXODONCIA

CAPITULO IV.- POSICION EN EXODONCIA:

A.- Del paciente.

B.- Del operador

CAPITULO V.- INSTRUMENTAL:

A.- Forceps

B.- Elevadores.

C.- Osteotomos

C.- Limas

E.- Cucharillas

CAPITULO VI.- TECNICA DE EXODONCIA

CAPITULO VII.- ACCIDENTES Y COMPLICACIONES MAS COMUNES
EN EXODONCIA.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Existe la idea demasiado generalizada a niveles populares, de que la exodoncia es un procedimiento común y corriente dentro de la Odontología.

Pero debemos considerar que el dentista tiene como principal obligación, la de vigilar y procurar una sanidad dental en todos sus aspectos por encima del recurso de exodoncia; ya que por ser la dentadura original con que la naturaleza concibió al hombre, es la más adecuada para cumplir con su función específica de masticación; debemos como profesionales aplicar todos nuestros conocimientos y el auxilio de la técnica moderna a nuestro alcance, antes de decidimos a practicar una mutilación dental, siendo este, el último acto operatorio a considerar dentro del tratamiento y únicamente se debe practicar, cuando alguna pieza ya esté tan deteriorada que no exista posibilidad de poderla salvar y que presente un foco de infección importante, o sea indispensable su extracción, para algún tratamiento ortodóncico o quirúrgico, y sea entonces recomendable la suplantación de ésta, por alguna pieza auxiliar en el caso necesario. Para lo cual, debemos consultar en el capítulo de indicaciones y contraindicaciones del presente tratado, en todo lo referente a la técnica moderna de resolución en este sentido.

El objeto específico de esta tesis, es el de complementar una visión general y completa de la especialidad de exodoncia, que aunque sea como está dicho antes, un recurso que debe usarse a discreción, encierra en sí una enorme gama de elementos que es necesario analizar con detenimiento como son:

Historia Clínica, Técnicas de anestesia, Posiciones, Instrumental, Técnica de exodoncia, así como accidentes y complicaciones más comunes y su tratamiento.

DEFINICION.- El término de Exodoncia, fue introducido al lenguaje médico por Winter, quien basandose en las raíces Griegas; Exo-fuera y Odon-diente, dándole la definición de EXODONCIA, la cual es la rama de la Odontología general, que se encarga de la avulsión o extracción de los órganos dentarios.

AVULSION: De las raíces latinas AVULSIO/AVULSIONIS y VELLERE que significan arrancar.

EXTRACCION: De la raíz latina EXTRACTIO que significa sacar.

Para que una extracción dentaria se considere bien hecha, debe llenar los siguientes requisitos:

a).- Extirpación total del diente por extraer. (Corona y raíz).

b).- Traumatizar lo menos posible tanto los tejidos blandos como los tejidos duros, que se encuentren en continuidad con el órgano dentario por extraer.

c).- Evitar todo dolor inútil, tanto durante la intervención como después de ella.

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica representa una gran ayuda para la realización satisfactoria tanto de nuestra labor profesional, como en la protección orgánica y vital de las personas que acuden a nuestros consultorios en busca de un alivio para el dolor que los aqueja, o bien para prevenir padecimientos que en un momento dado provoquen problemas mayores.

Es importante realizar una historia clínica en todos y cada uno de nuestros pacientes, por dos razones primordiales:

1.- A través de ella, logramos conocer el grado de salud o enfermedad de los aparatos y sistemas que integran el organismo de dicho paciente, para así poder evitar situaciones desagradables que pueden poner en peligro la vida del mismo y aún resultar de consecuencias funestas.

2.- Porque de ella dependerá en muchas ocasiones el éxito o fracaso del tratamiento que en ese paciente vayamos a realizar; pues al haber hecho una historia correcta y más o menos completa, podremos elegir correctamente tanto los fármacos como el anestésico que habrán de administrarse al paciente, así como normar nuestra conducta a seguir y la secuencia del tratamiento a realizar.

Existen varios tipos de historia clínica, dado que cada Cirujano De tista tiene su opinión muy personal acerca de como realizarlas; la mayoría de ellas, son formatos impresos los cuales ayudan al operador, sirven de guía tanto en el interrogatorio como en la exploración, y así el riesgo de omitir algún dato quizá sea mínimo. A pesar de esto existe la opinión casi generalizada de que el mejor formato para historia clínica, es una hoja en blanco, en la cual podemos exten

ernos en las anotaciones que tengamos que hacer, de acuerdo con lo que el paciente nos vaya refiriendo. Lo que quizá es conveniente, será tener impreso un odontograma, para hacer las anotaciones correspondientes a la exploración dental, es decir, las alteraciones que encontramos en las piezas dentarias y en que caras de las mismas se encuentran, las alteraciones en el contorno gingival, la presencia y profundidad de bolsas parodontales, etc.

El operador debe acostumbrarse a realizar sus historias clínicas, siguiendo un plan definido y de ser posible efectuarse en privado; el hecho de seguir siempre una misma escuela, será con el fin de que aunque la historia se realice en hojas blancas, no se confundan u olviden los datos que se quieren investigar; así tendremos que una historia clínica se divide en:

- a) Ficha de Identificación.
- b) Ficha de Exploración
- c) Diagnóstico
- d) Pronóstico
- e) Plan de tratamiento
- f) Tratamiento
- g) Evolución
- h) Observaciones.

A continuación se explicará con que fin se divide la historia en estas partes, y que debe buscarse en cada una de ellas.

A.- Ficha de Identificación.

Esta parte de la historia, nos servirá para localizar rápidamente en nuestro archivo y a la vez para localizar a nuestro paciente, así como para recordar la secuencia del

tratamiento del mismo; esta ficha se compondrá de los siguientes datos:

- 1.- Nombre completo
- 2.- Sexo.
- 3.- Edad, fecha y lugar de nacimiento
- 4.- Estado civil.
- 5.- Ocupación.
- 6.- Dirección y teléfono particular.
- 7.- Dirección y teléfono oficial.
- 8.- Fecha en que se realizó la historia.

b.- Ficha de Exploración:

La inspección en nuestro paciente, se compondrá de una serie de datos, de los cuales unos nos los referirá el paciente y otros los obtendremos nosotros, ya sea a través de la observación o de la exploración propiamente dicha que en el paciente efectuamos: así tenemos que la ficha de exploración se podrá dividir en:

- 1.- Aspecto físico del paciente.
- 2.- Motivo de la consulta
- 3.- Estudio de la cabeza, cara y cuello
- 4.- Exploración de la cavidad bucal.
- 5.- Enfermedad actual.
- 6.- Antecedentes patológicos familiares.
- 7.- Antecedentes patológicos personales.
- 8.- Antecedentes no patológicos personales
- 9.- Revisión de los aparatos y sistemas orgánicos.
- 10.- Pruebas de laboratorio.
- 11.- Estudio radiográfico.
- 12.- Modelos de estudio.

1) Aspecto físico del paciente.

Colocamos este punto como el primero que integra nuestra ficha de exploración, dado que a nuestros pacientes los empezaremos a explorar desde el momento en que hacen su aparición ante nosotros, es decir, observaremos su estatura y peso aproximadamente, el color de sus ojos y de su piel, su marcha, sus movimientos y sus reacciones; estos datos los debemos recordar, así como las peculiaridades del habla del enfermo, signos de nerviosismo, ansiedad y depresión, muestra de dificultad respiratoria; las partes cutáneas descubiertas como son los brazos, las manos y la parte inferior de las piernas; en las cuales buscaremos lesiones ya que en ocasiones, algunas de dichas lesiones estarían relacionadas con el procedimiento oral y nos sugerirán la conveniencia de remitir al paciente con el dermatólogo.

2) Motivo de la consulta.-

Una vez que iniciamos la plática con nuestro paciente, debemos indagar acerca del padecimiento que le aqueja; es decir, el síntoma o síntomas que motivaron su consulta, anotando respecto a él: la naturaleza, aparición y duración; deberemos darles especial interés, ya que es el motivo principal que hace al paciente llegar al Cirujano Dentista; y al interrogarlo inmediatamente sobre dicho padecimiento, obtendremos datos más precisos y reales.

3).- Estudio de cabeza, cara y cuello.

De la cabeza, debemos tomar en cuenta anomalías como:

- a) Asimetrías.
- b) Agrandamiento o deformidad del cráneo.
- c) La presencia de lesiones y señales de cicatrices en el cuero cabelludo.

A la cara es a la que le debemos dar más importancia, puesto que es en ella en donde se van a reflejar las emociones por la que el paciente atraviese, ya sea durante el interrogatorio o durante el tratamiento, y debemos observar principalmente:

- a) Expresión facial.
- b) Color de la piel y de los ojos.
- c) Muecas faciales.
- d) Lesiones cutáneas.
- e) Asimetrías.
- f) Hipertrofias
- g) Parestesias.

Deben explorarse los movimientos funcionales de la mandíbula y de las articulaciones temporomandibulares en busca de signos de golpeo, movimientos anormales, presencia de tumefacciones, hipertrofias y dolor de la región de las articulaciones.

Del cuello, debemos tomar en cuenta los cambios de:

- a) Color, contextura y contorno de la piel.

En esta parte de la historia y durante la exploración debe realizarse una palpación de las glándulas salivales y de los ganglios linfáticos; es decir, deben inspeccionarse las glándulas parótida, submaxilar y sublingual, así como las cadenas ganglionares, principalmente la cervical, submandibular, submental y esternomastoidea.

- 4) Exploración de la cavidad bucal.-

Para que la exploración bucal se realice con éxito, debe hacerse en una forma ordenada y total, explorando cada-

uno de los tejidos que la integran, sin omitir ninguno; y para lograr esto debemos proceder en el mismo orden, el cual será el siguiente:

a) Labios.- Inspeccionaremos y palparemos, anotando forma, contorno, color, configuración, presencia o no de lesiones tanto en boca abierta como en boca cerrada.

b) Mucosa labial.- Se inspeccionará girando los labios en el sentido de su situación, es decir, el superior hacia arriba y el inferior hacia abajo; anotando el color y cualquier irregularidad. La palpación determinará la configuración, presencia de conductos u orificios anómalos, adherencias al frenillo o lesiones.

c) Mucosa bucal.- Se inspeccionará y palpará para determinar el contorno, configuración, color, orificios de las glándulas parótidas y la presencia o ausencia de lesiones en la mucosa bucal.

d) Pliegues mucobucuales.- Palpación y observación de los pliegues mucobucuales, conocidos comunmente como fondo de saco.

e).Paladar.- Inspección y palpación de paladar duro y blando, así como el de la úvula y de los tejidos faríngeos, anotando su configuración, coloración, contorno, orificios y presencia de lesiones o anomalías.

f) Orofaringe.- Inspección en busca de lesiones o señales de ellas en la región tonsilar y en la garganta, que pudieran hacer sospechar de algo más grave y que hubiera necesidad de remitir al paciente al Cirujano de cabeza y cuello o al otorrinolaringólogo.

g) Lengua.- Habrá que explorarla tanto en posición normal como en extensión hacia afuera, a derecha e izquierda se palpará para determinar su contorno, tamaño y consistencia; se inspeccionará para observar el color, movimientos -- funcionales, la presencia o no de papilas, tejidos linfoides y lesiones.

h) Piso de la boca.- Explorarla visualmente, con la lengua en reposo y después retraída o elevada hacia atrás; -- habrá que palpar con los dedos el piso de la boca, base de la lengua y porción ventral de la misma.

i) Dientes.- Exploración tanto armada como desarmada; la primera, nos servirá para hacer pruebas como las siguientes: de vitalidad, térmicas, de movilidad, percusión -- tanto horizontal como vertical, inspección parodontal, medición de intersticio gingival. Con todas estas pruebas, nos ayudaremos para buscar padecimientos dentales como los siguientes: caries, defectos estructurales del esmalte, hiperplásicas del mismo, malas posiciones, anomalías de forma, tamaño, color y número; piezas obturadas, material y tiempo de obturación; tratamientos de endodoncia y tiempo de efectuados; si el paciente a usado aparatos ortodondicos o protésicos, durante que tiempo y que resultados se obtuvieron; desgastes oclusales y la causa de los mismos; presencia de bolsas parodontales y profundidad de las mismas, anotando si dichas bolsas son infra o supra óseas; si se encuentra anodoncia parcial o total, tendremos que investigar si es de origen congénito, si las extracciones se hicieron por caries, -- por traumatismos o por otras causas; presencia de tártaro -- dentérico, señalando que superficie aproximada abarca.

k) Cierre.- Por último se hará un análisis del cierre de la boca tanto en posición de descanso como en posiciones funcionales.

5) Enfermedad actual.-

Esta parte de la historia, puede ir ya sea después del motivo de consulta, o bien del examen bucal; lo cual se me hace lo más acertado, ya que así no sólo tenemos los síntomas que el paciente nos refiere, sino que también tenemos los signos que observamos al estar haciendo la exploración.- Este aspecto es importante, puesto que nos daremos cuenta exacta de la magnitud del problema que aqueja a nuestro paciente, y el cual puede ser de origen tanto bucal, como orgánico, pero teniendo manifestaciones en boca; deberemos interrogar acerca de la fecha o el tiempo aproximado de su aparición, la secuela que ha seguido, los cambios que el paciente hubiere notado, cual fue la causa real o aparente que desencadenó el problema, si dicha molestia es constante o si tiene períodos de recrudescimiento y períodos en los que calma o casi llegue a desaparecer, si cuando se presenta es provocada o espontánea, etc.

6) Antecedentes patológicos familiares.

Estos datos comprenden: edad, salud y causa del fallecimiento de los familiares (padres, hermanos, esposa e hijos); incluirá una anotación sobre infecciones con gran capacidad de contagio (tuberculosis) y las enfermedades de predisposición familiar (gota, diabetes, cáncer, etc.), que como es sabido en un momento dado pueden desencadenar su mecanismo de acción en la descendencia familiar al transmitirse por vía sanguínea o genética; lo cual presentaría problemas-

que pondrían en peligro la vida del paciente, o bien expondrían al operador a contagios.

7) Antecedentes patológicos personales.-

Una vez terminada la historia sobre la enfermedad actual y sobre los antecedentes familiares del paciente, procederemos a hacer una serie de anotaciones de la salud y enfermedades anteriores de nuestro paciente. Esta lista, contendrá una serie de anotaciones acerca de las principales infecciones y enfermedades que en el paciente se hayan padecido, los principales estados alérgicos (importante para la administración de fármacos) y un registro acerca de las intervenciones y heridas anteriores, así ingreso a hospitales o clínicas y técnicas médicas; además de antecedentes patológicos que tengan relación con el padecimiento actual. En este párrafo, también se podrá anotar la estabilidad mental del paciente.

8) Antecedentes no patológicos personales.-

Los integran breves notas acerca de la vida presente y pasada del enfermo. Se investigarán: lugar de nacimiento, su edad, su residencia actual; si ha vivido en un país tropical; sus estudios y ocupaciones, si por las mismas está expuesto a productos industriales (polvos o vapores); su estado civil, en caso de que sea casado, interrogar que tiempo tiene de casado, la salud del conyuge y de los hijos, así como el número de estos; también debe interrogarse al paciente acerca de sus hábitos y costumbres tales como el fumar, el tomar té o café y sus aficiones hacia la ingestión de bebidas alcoholicas en grado extremo, o bien adicciones hacia alguna droga.

9) Revisión de los aparatos y sistemas orgánicos.

En esta parte de la historia, tendremos que hacer un interrogatorio que podríamos llamar especial, ya que a través de él vamos a localizar alguna alteración orgánica que quizá el paciente no sabe que la padece; decimos que este interrogatorio será en cierto modo especial, puesto que interrogaremos directamente sobre la enfermedad en sí, lo que haremos será preguntarle al paciente que si no ha notado o sentido alguno de los síntomas que le vamos a mencionar, o bien interrogando de manera tal que el paciente nos vaya relatando los trastornos que siente y que en un momento dado nos harían sospechar de alguna alteración en los aparatos o sistemas, serían los siguientes:

a) Aparato cardiovascular.-

1.- Palpitaciones.

2.- Dolor precordial (sensación de presión en el interior del pecho con irradiaciones hacia el lado izquierdo, el cual se prolonga hasta el dedo medio de la mano), no debe confundirse con dolores reumáticos o neuralgias intercostales, los cuales son localizados y sin irradiaciones.

3.- Cefáleas (dolores de cabeza) frecuentes.

4.- Mareos.

5.- Disneas (dificultad al respirar) de esfuerzo y de reposo, siendo esta última la más importante.

6.- Edema de tobillos (conocido como edema azul del cardíaco), recordando que se presenta después de que la persona se acuesta en posición y por lo tanto serán vespertinos.

7.- Lipotímias (desmayos) frecuentes.

8.- Oliguria Ortostática (ganas de orinar al acostarse y que cesan al ponerse de pie).

9.- Fragilidad capilar.

10.- Tensión arterial y pulso.

b) Aparato renal.-

1.- Poliuria (necesidad frecuente de orinar).

2.- Nicturia (necesidad de orinar durante la noche).

3.- Edema palpebral (hinchazón de los párpados), recordando que puede abarcar hasta la mejilla, así como también se presenta en las manos; este tipo de edema, se presenta después que el paciente ha estado en reposo, es decir por la mañana al levantarse, y es común que se marquen los pliegues de la almohada, por lo que se le conoce como edema geográfico.

4.- Piúria (presencia de pus en la orina).

5.- Disuria (dolor al orinar).

6.- Hematuria (presencia de sangre en orina).

c) Sistema nervioso.-

1.- Sueño

2.- Parestesias (sensación de adormecimiento o cosquilleo en una zona del cuerpo, provocada por la lesión de alguna rama nerviosa).

3.- Parálisis.

4.- Temblor.

5.- Irritabilidad.

6.- Antecedentes de convulsiones tipo epilepsia o corea.

7.- Problemas emocionales, principalmente en el tiempo en que se supone el paciente se someterá al tratamiento.

d) Aparato digestivo.-

1.- Molestias en la región hepática, o antecedentes-- de lesiones o enfermedades hepáticas.

2.- Anorexia (pérdida de apetito).

3.- Polifagia (necesidad constante de comer).

4.- Dispepsia (dificultad en la digestión).

5.- Disfagia (dificultad al tragar).

6.- Meteorismos (gases).

7.- Dolor de estómago frecuente.

8.- Estreñimiento o diarrea frecuentes.

9.- Náuseas o vómitos frecuentes.

e) Aparato respiratorio.-

1.- Tos frecuente, si la respuesta es afirmativa, interrogar sobre que tipo de tos; es decir cual es el origen - de la misma.

2.- Expectoaciones frecuentes.

3.- Epistaxis (hemorragias nasales), frecuentes.

4.- Cianosis (falta de oxigenación en la sangre, por lo que las personas que la padecen presentan una coloración azulosa principalmente en los labios y uñas).

5.- Disneas, teniendo en cuenta que pueden ser por varias causas, entre ellas: nerviosas, urémicas, por tabaquismo, asmáticas, digestivas, etc.

f) Aparato genital.

1.- Investigar alguna alteración observada por el paciente o bien alguna enfermedad padecida.

2.- Interrogar sobre todo los estados fisiológicos de la mujer.

Menstruación: En caso de ser paciente adolescente entre 12 y 14 años, preguntar sobre menarquia (primera menstruación), y en general se interrogará sobre: ritmo, volumen, dismenorreas (dolores menstruales conocidos como cólicos); leucorrea (presencia de moco blanquesino en el flujo menstrual), condiciones de la última menstruación, hace cuantos días terminó; y si en el momento de la consulta está menstruando.

Embarazo: Si en el momento de la consulta está embarazada, se debe interrogar por los embarazos anteriores, es decir, complicaciones durante ellos; peso de las criaturas al nacer; abortos o amenaza de ellos no provocados; anomalías en el actual y tiempo del mismo.

Lactancia: Sólo nos interesa saber si en el momento de la consulta la paciente está amamantando a algún niño.

Menopausia: Es importante conocer este dato por los cambios hormonales que trae como consecuencia y lo susceptibles que se tornan las personas en los inicios de este estado.

El interrogatorio que debe hacerse con respecto a los estados fisiológicos de la mujer, además de que nos pueden reportar alguna alteración genital, es importante conocerlo o interrogar al respecto, dado que cuando se presentan tienen algunas repercusiones o manifestaciones en boca, como lo son las gingivitis de la menstruación y del embarazo, así como la descamación del epitelio de las mucosas que se presenta en la menopausia. También es conveniente conocer dichos estados, por los trastornos que en un momento dado pudieran presentarse por la tensión nerviosa en que se encuentre la paciente, tales como pueden ser la suspensión o regresión de los períodos menstruales; o bien que al emplear sustancias como la adrenalina que tiene efecto sobre la fibra muscular lisa, se podrían provocar contracciones uterinas, ocasionando la expulsión del producto; tomando en cuenta esto tendremos que extremar la precauciones en las primíperas, ya que no sabemos como vaya a reaccionar ese útero en un momento dado.

g) Sistema endócrino.

El principal padecimiento de origen endócrino con el que nos vamos a encontrar, será la diabetes y acerca de la cual preguntaremos lo siguiente:

- 1.- Polifagia.
- 2.- Pérdida de peso.
- 3.- Polidípsia (sed constante).
- 4.- Poliúria.
- 5.- Antecedentes de diabetes en la familia.
- 6.- En caso de tratarse de una mujer, cuantos embarazos, presencia de abortos no provocados, peso de los niños al nacer (dado que niños que pesan más de cuatro kilos al nacer hacen sospechar de diabetes).

Debemos buscar en boca:

1.- Microangiopatías (degeneración en las paredes de los pequeños vasos que encuentran en encías).

2.- Movilidad dentaria.

3.- Aliento cetónico (olor a manzanas pasadas).

4.- Macroglosia (agrandamiento de la lengua, por lo que tanto en los bordes de la lengua como en los carrillos, se marcan las caras lingual y vestibular de los dientes).

5.- Encías edematosas y sangrantes.

6.- Presencia de bolsas paradontales.

7.- Resorción de las crestas alveolares.

10) Pruebas de laboratorio.

Este tipo de pruebas por lo general se requieren, para confirmar o aclarar nuestras dudas o sospechas en relación al estado de salud de nuestro paciente; O bien en caso de que tengamos que recurrir a la cirugía en el tratamiento que pensemos realizar, se pedirán dichas pruebas para conocer claramente las condiciones de salud del paciente; por lo general las pruebas de laboratorio que se solicitan son:

1.- Química sanguínea.

2.- Biometría hemática.

3.- General de orina.

4.- Curva de tolerancia a la glucosa

5.- Tiempo de sangrado.

6.- Tiempo de coagulación.

7.- Tiempo de protrombrina.

11) Estudio radiográfico.

Será prudente tomar un estudio radiográfico a nuestro paciente, pues es un dato más, pues nos ayudará a llegar a un diagnóstico adecuado, y que nos ayudará a llevar a cabo - satisfactoriamente el plan de tratamiento que nos hayamos - trazado. Estas radiografías pueden ser de dos tipos:

a) Intraorales.

- 1.- Periapicales.
- 2.- Oclusales
- 3.- De aleta mordible.

b) Extraorales.

- 1.- Panorámicas.
- 2.- Laterales.
- 3.- Para cefalometrías.

12) Modelos de estudio.-

Será conveniente tomar al paciente unas impresiones, - para obtener nuestros modelos de estudio, en los cuales pode mos ayudarnos para trazar el plan de tratamiento, o bien para comparar el estado en el que llegó a nosotros el paciente y la evolución que ha tenido durante el tratamiento.

c) Diagnóstico.- Después de haber hecho un estudio - de nuestro paciente, por fuerza tendremos que llegar a un - diagnóstico, el cual anotaremos en nuestra hoja clínica, para evitar confusiones con otros casos, y así, seguir un tratamiento adecuado sin confusiones ni variaciones.

d) Pronóstico.- Cuando tengamos la certeza de la etiología del paciente, y hayamos externado el diagnóstico, también tendremos que dar el pronóstico del mismo; ya que a través de él vamos a saber el grado de éxito o fracaso que vamos a tener en el tratamiento que pensemos llevar a cabo y lo cual debemos comunicar a nuestro paciente.

e) Plan de tratamiento.- Basandonos en el estudio hecho al paciente, el diagnóstico y el pronóstico, tendremos que planear el tratamiento; lo cual será desde la premedicación al paciente, el momento operatorio, hasta el post-operatorio; y este plan de tratamiento lo podemos dividir en:

1.- Tratamiento pre-operatorio.- Medicación y sedación del paciente.

2.- Tratamiento trans-operatorio.- Que intervenciones consideramos necesarias efectuar en ese paciente.

3.- Tratamiento post-operatorio.- Medicación analgésica después de las intervenciones.

f) Tratamiento.-

Se llevará a cabo de acuerdo con el plan de tratamiento que nos hayamos trazado; y del cual anotaremos todo lo que hagamos, para que en cualquier momento podamos recordar todo tal y como lo efectuamos.

g) Evolución.-

En este espacio, se irá anotando la evolución que vaya teniendo el paciente durante el tratamiento que se esté siguiendo.

h) Observaciones.-

Aquí anotaremos algunas cosas de importancia, como -
son los medicamentos que el paciente esté tomando durante -
el tratamiento que nosotros vayamos a efectuar; el nombre -
del médico o institución que lo atiende; tipo de sangre; nom -
bre de algún familiar al que tuviera que avisarse en caso de
alguna emergencia, accidente o complicación.

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

- A) EN DIENTES PRIMARIOS
- B) EN DIENTES PERMANENTES

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Quando pensamos en la extracción de dientes permanentes debemos de tomar en cuenta que ya no habrá otra dentición, y que la carencia de una pieza sólo podrá ser sustituida protesicamente; por lo tanto es nuestro deber analizar consciente y minuciosamente si dicha o dichas piezas dentarias ameritan ser extraídas o no. Para ello contamos con una serie de indicaciones y contraindicaciones las cuales nos ayudarán a normar nuestro criterio correctamente.

INDICACIONES LOCALES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES.

I.- Afecciones Dentarias.-

a) Afecciones Pulpares para las cuales no hubiera tratamiento conservador. Es decir, cuando hay presencia de pulpa no vital, pulpitis aguda o crónica y el tratamiento endodóntico está contraindicado. Este punto está altamente disminuido ya que las técnicas de endodoncia se encuentran muy-avanzadas actualmente.

b) Caries de Cuarto Grado que no puedan ser tratadas. La extracción esta indicada con el fin de eliminar y prevenir focos de infección los cuales pudieran dañar a los tejidos contiguos al diente y aún al organismo en general.

Quando la caries ha destruido la totalidad de la corona y las raíces dentarias no se encuentran en condiciones como para soportar una prótesis, estas deberán ser extraídas aunque no provoquen ningún dolor, ya que constituyen una fuente de infección permanente debido a la necrosis pulpar existente en ellas.

Esta fuente de infección puede provocar afecciones - tanto en los tejidos bucales (siendo los más comunes, los - más próximos a la fuente de infección), como afecciones a - distancia siendo la más común la endocarditis bacteriana.

c) Complicaciones de dichas caries, tales como son - las lesiones periapicales. Estas lesiones son: absceso pe- - riapical, subagudo, agudo o crónico, periodontitis, quistes, de origen dentario, granulomas, fistulas, septicemia, osteo- - mielitis etc. Se harán las extracciones de dichas piezas - siempre y cuando no puedan ser tratadas por alguna otra espe- - cialidad odontológica.

II. Afecciones del Paradencio.

a) Paradentosis avanzadas que no puedan tratarse. Ya que un diente con su periodonto inflamado actuará como cuer- - po extraño al organismo, la extracción de esta pieza se - efectuará durante el tratamiento parodontal ya que si se - efectua antes, puede poner en duda el éxito del mismo.

b) Casos en los que sea imposible establecer un co- - rrecto ajuste oclusal, cuspeído o incisal.

c) Cuando existe destrucción alveolar extensa, provo- - cando inflamaciones marginales (gingivitis), o impidiendo - una masticación normal.

d) En caso de dientes multirradiculares, cuando se ha - perdido el tabique interradicular a la altura de la bifurca- - ción de las raíces del diente.

e) Por resorción apical de la raíz o espesamiento del - parodonto, aún en presencia de vitalidad pulpar.

f) Por pérdida de soporte óseo y raíces enanas, presentándose movilidad de tercero y cuarto grado.

III.- Razones estéticas.

a) Dientes supernumerarios, que se encuentran en el arco dentario y que mediante radiografías se observa que obstaculiza la erupción del diente permanente normal.

b) Dientes supernumerarios o ectópicos que ocasionan molestias y trastornos así como anomalías en el aspecto estético y funcional.

IV.- Dientes sanos por razones protésicas.-

a) En presencia de anomalías de oclusión que no puedan corregirse por medio del desgaste del diente, para hacer lo ocluir con su antagonista.

b) Anormalidades anatómicas, como son las anomalías de morfología radicular.

c) Cuando por falta de antagonista, la erupción pasiva ha sido excesiva y no es posible colocar un aparato protésico.

d) Por no ser posible colocar aparatos removibles debido a que la inclinación de los dientes (mesialización) impide la colocación y retención de los ganchos.

V.- Dientes sanos por razones ortodónticas.-

a) Malposiciones dentarias que no puedan ser tratadas a través de aparatos ortodónticos.

b) Cuando el tamaño de las arcadas dentarias, es insuficiente para contener el número normal de dientes.

c) Retenciones y semiretenciones que no puedan corregirse por medios ortodónticos.

VI.- Anomalías de Sitio.-

a) Dientes que permanezcan retenidos dentro de los maxilares, provocando trastornos nerviosos, inflamatorios o tumorales.

b) En general todo diente retenido ha de extraerse, ya que es un problema en potencia, por ello es aconsejable que antes de colocar aparatos protésicos totales, tomar un estudio radiográfico completo. Ya que en algunos casos a través de éste se podrán descubrir dientes retenidos, cuya extracción deberá realizarse.

VII.- Accidentes de Erupción de terceros molares.-

a) Pericoronitis a repetición

b) Accidentes nerviosos, inflamatorios y en algunos casos tumorales, que indican la extracción del diente que los está causando.

VIII.- Trastornos de la Masticación.-

a) Cuando un diente impide la correcta masticación, o bien cuando los movimientos propios de ésta lesionen la mucosa bucal o labial y por que no existe ningún medio para corregir ésta anomalía, deberá extraerse el diente causante.

IX.- Tratamiento de tumores perióísticos, maxilares u óseos.

Con el objeto de la extirpación de la masa tumoral - nos veremos obligados a sacrificar dientes sanos.

X.- En presencia de tumores benignos.-

Este tipo de tumores bucales, aunque clínicamente son benignos tienden a la recidiva. En algunos casos se inician en el periodonto o en el espacio interdental y será necesario extraer uno o mas dientes con el fin de extirpar totalmente el tumor y a la vez eliminar toda posibilidad de recidiva.

Estos tumores pueden ser del tipo de Epulis, odontomas o quistes, estos últimos, en caso de que se encuentren, - el único tratamiento aconsejable, es la completa extirpación de la bolsa quística del diente que lo provocó, como en el caso de los quistes paradentarios, que siempre están relacionados con raíces dentarias con necrosis pulpar e infección.

XI.- En presencia de tumores malignos como son: los epitelomas y osteosarcomas.-

En cuyo caso la extracción queda relegada a un plano secundario teniendose en cuenta el no dudar en extirpar todo el diente incluido en el proceso tumoral, o bien que por simple contigüidad contribuya a su irritación.

XII.- Trastornos por infección.-

Tics dolorosos. Reacciones musculares que acompañan a los espasmos. Con respecto a su etiología, existen varias teorías de las cuales las que probablemente sean las más acertadas son: La que habla de trastornos vasculares en el-

ganglio de Gasser. Otra que habla de la presencia de cálculos aberrantes en dicho ganglio. Y una tercera, que habla de cálculos en la pulpa dental, ya que en el ochenta y cinco por ciento de los casos de tics dolorosos, se han encontrado los cálculos mencionados anteriormente.

Ganglio de Gasser: da origen al quinto par craneal - o nervio trigémino el cual se divide en tres ramas que son:

- I) Nervio oftálmico, el cual es sensitivo
- II) Nervio maxilar superior que también es sensitivo
- III) Nervio maxilar inferior el cual es mixto, es decir sensitivo y motor.

XIII.- Dientes con raíces fracturadas.-

Ya sea por lesión traumática o por accidentes en las estructuras vecinas al diente, que al fracturar la raíz haya dejado la pulpa expuesta y no se pueda conservar la vitalidad de la misma.

XIV.- Dientes que compriman el paquete vasculonervioso provocando necrosis del mismo.

XV.- Procesos inflamatorios, provocados por dientes erupcionados totalmente.

Como sucede con los terceros molares inferiores, que por falta de espacio en la arcada no erupcionan completamente, ocasionando accidentes dolorosos, inflamatorios e infecciosos.

XVI.- Dientes que ocasionan infecciones en el antro de Hig--
moro.-

Esto se observa en premolares y molares superiores - muy proximos a los senos maxilares, y en algunas ocasiones-- sólo están separados de dichos senos por la mucosa sinusal - y al presentarse absecos en estos dientes, se provoca una co- municación al seno maxilar, originandose así, una sinusitis.

En caso de alveolo seco se puede usar la siguiente - fórmula:

- a) Guayacol al 20% = 1 gota, cuyas propiedades son - las de ser antibiótico y bactericida.
- b) Eugenol puro = 1 gota, que actúa como sedante.
- c) Polvo de Wonder = cantidad, la que sea necesaria - con el objeto de dar consistencia.
- d) Vaselina para que no se adhiera.

XVII.- Por necesidad de una radioterapia profunda en la cavi-
dad oral.-

Ya que esta reduce la actividad celular ósea, disminu- yendo así la resistencia a la infección, por eso se aconseja en caso de usar radioterapia, se lleven a cabo las extrac- - ciones dentarias necesarias. Estableciendo una perfecta hi- giene bucal / dejar transcurrir 10 días entre las extraccio- nes y la radioterapia.

XVIII.- Dientes que se encuentren en la línea de una fractu-
ra.

Dado que un diente en estas condiciones presentaría -

problemas para una correcta reducción de dicha fractura, provocando quizá un falso callo óseo y ocasionando una serie de trastornos, al no quedar completamente implantado en su alveolo.

CONTRAINDICACIONES LOCALES

I.- Afecciones dentarias que puedan tratarse y curarse por medios conservadores.

Es decir, dientes que presenten trastornos o agresiones patológicas y que a través de los tratamientos conservadores, como son la operatoria dental, endodoncia, prótesis, parodencia y ortodoncia puedan salvarse.

II.- Presencia de abscesos periapicales agudos.-

A pesar de que algunos autores opinan que el estado local nunca contraindica la extracción, pues cuando existe infección suprimiendo la causa (ya sea una o más piezas), el efecto infeccioso termina. Pero la práctica demuestra lo contrario ya que al inyectar para anestesiar la presión que se ejerce, tanto en el momento de punsionar los tejidos blandos como al depositar la solución anestésica, va ha difundir la infección a zonas mayores, provocando siembras de gérmenes en dichas zonas y por consiguiente extendiendo el proceso infeccioso a ellas; aunque esto no se debe tomar como regla general para todos los pacientes ya que cada uno de ellos y cada proceso infeccioso, es un caso en particular que debe ser contemplado desde su propio punto de vista.

III.- Infecciones gingivales agudas, como las producidas por fusoespiroquetas y estreptococos.

IV.- Pericoronitis aguda.

CONTRAINDICACIONES SISTEMICAS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES.

Las afecciones en dependencia con el estado general son tan dignas de tomarse en cuenta como las locales, ya que si nosotros permitimos el más leve descuido en este aspecto, puede traducirse en consecuencias graves para nuestro paciente, o aún más, llegando en ocasiones a producir la muerte; - por ello debemos de ser siempre conscientes y prestar atención muy especial a este punto.

Las afecciones en dependencia con el estado general - se pueden dividir en:

- a) estados fisiológicos.
- b) estados patológicos.

a) estados fisiológicos: Hasta hacía poco tiempo se tenía el concepto de que durante estos estados no deberían de efectuarse extracciones dentarias debido a que tanto la administración de fármacos, así como de las soluciones anestésicas, podrían causar trastornos en nuestra paciente, asimismo, el estado emocional (tensión nerviosa) podría complicarse con algún estado fisiológico en especial y ser de consecuencias desagradables; pero a medida que se ha estudiado esta situación, con ayuda de la ciencia, se ha comprobado - cada vez más que existen menos peligros de los que se pensaban.

Estos estados son: Menstruación, Embarazo, Lactancia y Menopausia.

1.- Menstruación: El concepto sobre la oportunidad de hacer exodoncia así como de cirugía en este estado fisiológico ha variado en los últimos años; ya que no se contraindica la exodoncia en la época menstrual, salvo que tal estado cree en la paciente particulares problemas.

Por otro lado, hay autores que nos indican, que al realizar extracciones con anestesia local durante los periodos menstruales, si la intervención no es de urgencia, puede posponerse hasta la normalización del estado. A pesar de lo que se sostiene y de la vox-populi, no hay alteraciones del tiempo de coagulación durante este periodo. Solo situaciones temperamentales o el shock psíquico puede tener influencia en el ciclo normal de las reglas.

Si la intervención es de urgencia para eliminar la tensión nerviosa, podemos manejar psicológicamente a nuestro paciente, o hacer uso de fármacos tranquilizantes, siempre y cuando no exista alguna contraindicación para ello.

2.- Embarazo.- El embarazo, excepción hecha de ciertos casos particulares no es una contraindicación para la extracción dentaria. Acarrean más problemas para la paciente y su hijo los inconvenientes que ocasionan el dolor y las complicaciones de origen dentario que el acto quirúrgico de la extracción dentaria.

En regla general se sostiene que, cuando más acelanta da está la gestación, menos inconvenientes sufre la madre; por otro lado estos inconvenientes están más en relación con el "Shok psíquico" que con el acto operatorio.

La psicoterapia, la sedación prequirúrgica, la anestesia general, permiten solucionar con éxito problemas en las embarazadas, pudiéndose emplear cualquier tipo de anestesia local o general.

Los casos particulares que mencioné anteriormente para contraindicar la exodoncia en las embarazadas, se refieren a estados patológicos especiales del embarazo. En tales casos el obstetra informará al odontólogo de la oportunidad para realizar la extracción dentaria, algunos puntos que debemos tomar en cuenta como estados patológicos son: antecedentes de abortos no provocados y albuminuria gravídica.

Otro de los puntos importantes que debemos de tomar en cuenta además de la emotividad, es el índice de coagulación.

Palacios Costa N. y Robotti C. F. (oportunidad de la extracción dentaria durante el embarazo "Revista Odontológica", 23..25, 1935), indica que sobre 302 extracciones efectuadas durante el estado de embarazo no han tenido un sólo accidente y tienen como conclusión los puntos que ya he mencionado en líneas anteriores.

3.- Lactancia.- Antes se tenía el concepto de que si se anestesiaba a una paciente durante el período de lactancia, la solución anestésica se mezclaba con la leche, dando-le a esta un sabor amargo, por lo cual el niño rechazaba el pecho materno; o bien, que al mezclarse la leche con la solución anestésica provocaba diarreas en el niño.

En la actualidad por medio de las experiencias científicas, se ha logrado demostrar que el anestésico se elimina por vía renal y hepática y de ninguna forma por medio de los conductos galactóforos de las glándulas mamarias; pero lo que hay que tomar muy en cuenta es el estado emocional del paciente, ya que una impresión muy fuerte o una tensión nerviosa, pueden provocar la interrupción de la secreción láctea; ahora bien, este tipo de estados emocionales no solo se puede producir durante el acto operatorio, sino también en un accidente de la vida diaria.

4.- Menopausia.- La causa de la menopausia (supresión de los ciclos sexuales) parece ser un agotamiento de los ovarios, lo cual provoca una alteración gradual de la secreción de ciertas glándulas endócrinas principales a algunos órganos como son: bazo, sistema linfático e intestinos; presentandose también palpitaciones cardiacas, dolores de cabeza, vertigos, insomnio, sudoraciones y calor espontáneo. - Lo cual influye en el sistema nervioso provocando en la paciente aprehensión, depresión mental y mal humor.

Por lo tanto lo que debemos de tomar en cuenta principalmente son las alteraciones psíquicas y darles un trato especial, calmando a nuestro paciente y dándole confianza para evitar alguna crisis nerviosa.

5.- Discrácias sanguíneas. Dado que estas nos puede acarrear hemorragias así como infecciones postoperatorias.

6.- Pericementitis aguda, abscesos dentoalveolares y celulitis; requiriendo la administración de antibióticos antes y después de la operación.

7.- Presencia de tumores malignos. Ya que este tumor tiende a acelerar su velocidad de infiltración y evolución por medio del tratamiento operatorio.

8.- Los dientes que han permanecido en un hueso irradiado. La irradiación al hueso nos provoca una falta de vascularización, evitando de esta manera un correcto reestablecimiento óseo después del acto operatorio.

9.- Cada vez que sea necesaria la extracción de un diente temporal, debe tenerse presente que hay que mantener el espacio producido (por medio de mantenedores de espacio) por dicha extracción.

10.- En presencia de enfermedades tales como: fiebre-reumática aguda o crónica, alteraciones cardiacas congénitas así como afecciones renales. Si no han sido sometidas a tratamientos previos.

11.- Infecciones orgánicas agudas de la niñez. Debido a que en estos estados patológicos las defensas están altamente disminuidas, quedando el organismo expuesto a una infección posterior.

12.- Poliomiелitis. La extracción dentaria no deberá realizarse durante el período crítico de la misma, con el objeto de no dejar expuesto al organismo a la penetración del-virus.

13.- Diabetes Mellitus. Como ya sabemos en presencia de diabetes el individuo tiene alterado el factor de la coagulación, así como una mayor susceptibilidad a las infecciones.

EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES

Para la extracción de dientes temporales influyen: la posición y el grado de salud del diente permanente; el temporal nos va a servir de guía con respecto a sus raíces y como mantenedor de espacio con respecto a su corona.

Para la extracción existen factores como son: a) condición de la pieza y b) la edad del paciente.

El estudio radiográfico es de primordial importancia-ya que nos permite ver el grado de erupción del diente permanente así como la resorción de la raíz.

A partir de la erupción del primer molar permanente, se desarrolla en su totalidad el maciso facial, si se efectuara una extracción prematura se podrían producir vegetaciones adenoideas (falta de respiración) por lo tanto, los pulmones no se desarrollan bien y tampoco la caja torácica. Esta falta de respiración mencionada anteriormente se debe a una alteración en el crecimiento de los maxilares, los cuales constituyen las fosas nasales dando como consecuencia un menor tamaño de las mismas, reduciendo así la capacidad de captación de aire.

También se presentarían problemas de mal oclusión, prognatismo o falso prognatismo, retrognatismo o cara de pájaro; todo esto se debe a una falta de desarrollo del maxilar o la mandíbula.

Después de analizar cuidadosamente las indicaciones y contraindicaciones, sabremos si efectuar la extracción o no y en caso de que la llevemos a cabo, deberemos de colocar siempre "Mantenedores de Espacio" para evitar a nuestro paciente todas estas consecuencias desagradables.

EDADES DE ERUPCION DE DIENTES PRIMARIOS Y DE
DIENTES PERMANENTES

<u>DIENTES PRIMARIOS</u>	<u>EDAD DE ERUPCION</u>	<u>EDAD DE EXFOLIACION-</u>
Incisivos centrales	6 a 8 meses	6 a 8 años
Incisivos laterales	7 a 9 meses	7 a 8 años
Caninos	16 a 18 meses	8 a 12 años
Primeros molares	12 a 24 meses	10 a 11 años
Segundos molares	20 a 24 meses	10 a 11 años

<u>DIENTES PERMANENTES</u>	<u>EDAD DE ERUPCION</u>
Incisivos centrales	6 a 8 años
Incisivos laterales	7 a 9 años
Caninos	9 a 12 años
Premolares (4)	10 a 12 años
Premolares (5)	10 a 12 años
Primeros molares	6 a 7 años
Segundos molares	11 a 13 años
Terceros molares	17 a 21 años

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES
PRIMARIOS

- 1.- Dientes primarios que por cualquier razón o circunstancia no pueden ser tratados en forma conservadora.-

Hay casos en los cuales por más que se trate de mantener un diente no es posible debido a: algunas fracturas radiculares, afecciones de la cámara pulpar que se hayan extendido al conducto radicular y en cuyo caso no se pudiera hacer un tratamiento conservador, tratamientos de endodoncia anteriores que hayan fracasado.

2.- Complicaciones inflamatorias de la zona periapical de las caries de cuarto grado.-

3.- Retardo en la exfoliación del diente primario y su presencia en la boca, cuando por la edad del paciente y mediante estudio radiográfico previo, se comprueba la existencia del diente permanente.

La extracción estará indicada por tres motivos fundamentales que son:

- a) Para facilitar la erupción del diente permanente.
- b) Evitar lesiones provocadas por los dientes primarios a los tejidos blandos.
- c) Para evitar que el diente permanente ocupe posiciones viciosas en el maxilar.

4.- Periodontitis aguda grave, después de una adecuada protección con antibióticos.

5.- Dientes primarios en relación y vecindad con un proceso tumoral.

Debido a que la extirpación del tumor implica una resección amplia incluyendo al diente primario. Debiendo colocar un mantenedor de espacio en el lugar de este diente.

6.- Dientes supernumerarios.-

Ya que los dientes supernumerarios no tienen ninguna función y además nos pueden causar problemas de mal oclusión deformaciones óseas, además porque el tejido en el que se desarrollan es tejido folicular pudiendo degenerar en un quiste folicular.

Además de los dientes supernumerarios pueden provocar lesiones a tejidos blandos y dificultan la higiene.

- 7.- Cuando la caries llega hasta la bifurcación de las raíces o si al tratar de reconstruir lo dañado no se puede establecer un buen reborde gingival.

Cuando la caries ha llegado hasta la bifurcación de las raíces, obviamente ya afectó a la cámara pulpar por lo cual es inminente un tratamiento endodóntico, además al nosotros eliminar todo el proceso carioso, el tejido dentario restante puede quedar tan débil que no soporte las fuerzas de la masticación.

Si al tratar de reconstruir el diente dañado no se puede establecer un buen reborde gingival, nunca lograremos un buen ajuste de la restauración que vayamos a colocar y por lo tanto esto permitirá la penetración de fluidos bucales provocando con el tiempo bolsas parodontales y parodontopatías, quedando de esta manera indicada la extracción.

- 8.- Dolores pulpíticos.- En los cuales no se pueda llevar a cabo un tratamiento conservador.
- 9.- Periodontitis crónica con fístula.

En este caso queda indicada la extracción con el objeto de eliminar el foco de infección, quedando contraindicado un reimplante dental debido a que en el momento de efectuar el curetaje para colocar el diente nuevamente en su lugar, podríamos dañar al germen permanente.

La medicación antes y después de efectuar la extracción del diente es de suma importancia ya que al extraer el diente podemos difundir la infección y por medio de la medicación nuestro paciente quedará protegido.

10.- Indicaciones ortodónticas.

Las cuales estarán indicadas por el ortodoncista y tendrán por objeto facilitar la erupción del diente permanente y en otros casos dirigirla.

11.- En presencia de absceso periapical alrededor del diente con destrucción ósea patológicamente extensa.-

Por medio de la extracción podemos eliminar el proceso infeccioso de la manera más segura ya que por medio de un reimplante o tratamiento de conductos corremos el riesgo de dañar el germen del diente permanente.

12.- Procesos infecciosos pulpares, en presencia de fiebre reumática y afecciones cardíacas o renales.

En este caso la infección pulpar representa una amenaza para la estabilidad sistémica, ya que los tratamientos pulpares están contraindicados, deberemos de efectuar la extracción tomando muy en cuenta la medicación antes y después del acto operatorio con el objeto de evitar a nuestro paciente trastornos posteriores.

13.- Pueden extraerse los segundos molares temporales cuando presenta la clase II de Angle.-

Es decir una distoclusión; se hace con el objeto de permitir un desplazamiento de los primeros molares hacia mesial y que los temporales no constituyen un obstáculo para su erupción.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE
DIENTES PRIMARIOS

- I.- No debe extraerse un diente primario o temporal antes de la época de su caída normal.
- II.- Cuando un diente primario no presenta ninguna movilidad en la época en que normalmente debía ser reemplazado, no se extraerá jamás antes de verificarse que existe el diente permanente y está a punto de erupcionar; para lograr esto lo hacemos por medio de los rayos X.
- III.- Se puede extraer un diente temporal cuando es acuñado o impulsado dentro del hueso, por la presión de los dientes vecinos observando las precauciones pertinentes, para no dañar a las piezas vecinas.
- IV.- Estomatitis infecciosa aguda, infección de Vincent aguda o estomatitis herpética y lesiones similares.

Antes de efectuar la extracción estas lesiones deberán de ser tratadas.

Un ejemplo de esta son los terceros molares no erupcionados; en estos casos habrá necesidad, primero de tratar la infección hasta lograr la normalidad de los tejidos y después efectuar la extracción.

- V.- Presencia de estomatitis o gingivitis ulceromembranosa.

En este caso habrá que tratar dichas anomalías antes de la extracción.

VI.- Presencia de sinusitis maxilar aguda.-

En cuyo caso no deberan extraerse los premolares y molares superiores.

VII.- Presencia de pericementitis y celulitis.-

Las cuales tendrán que ser sometidas a tratamiento químico con antibióticos, cuando haya necesidad de efectuar la extracción, la administración de fármacos, debiera ser a manera de pre y post-medicación.

VIII.- Sospecha de tumores malignos.-

Hay que recordar que el traumatismo operatorio, tiende a estimular la velocidad de infiltración.

IX.- Dientes que han permanecido en hueso irradiado.-

Recordemos que como consecuencia de la irradiación, sobreviene una falta de vascularización y por lo tanto baja la resistencia a la infección, pensamos entonces que en caso de una extracción en estas condiciones a pesar de los antibióticos que administremos, se presentará la infección que degenerará en una osteomielitis de lenta evolución.

Ahora bien considero que sí podemos efectuar la extracción, siempre y cuando nuestro paciente esté debidamente controlado, teniendo extremas precauciones con respecto al aspecto infeccioso.

Estados Patológicos.-

Para el estudio de las contraindicaciones sistémicas debidas a estados patológicos, revisaremos uno por uno de los aparatos y sistemas que integran el organismo, para así ordenar y clasificar debidamente todas y cada una de las contraindicaciones.

A) Aparato Cardio-vascular.-

Hay algunas enfermedades del corazón que nos pueden - dar alguna contraindicación, ya que algunas de estas enferme - dades nos pueden causar problemas a la hora de desempeñar - nuestro trabajo, ya sea porque el uso de las sustancias que utilizamos en odontología como es el caso de los anestésicos pudiese complicar de alguna forma alguna anomalía del aparato cardio-vascular; así mismo debemos de tomar en cuenta el estado psicológico del paciente como es el estado de Stress-emocional el cual también se puede complicar con alguna afec - ción del aparato cardiovascular.

Entre los signos y síntomas de alteraciones cardio- - vasculares los más frecuentes son: Mareos, Cefaleas, Lipoti - mias, Disnea de reposo y esfuerzo, Edemas en los tobillos - los cuales son vespertinos formando una coloración azulosa, - Oliguria Ortostática, (sensación de micción cuando el pacien - te se recuesta y la cual cesa al ponerse de pie), taquicar - dias, Anomalías en la presión arterial y enfermedades como - las que mencionaré a continuación.

Una forma de saber los límites normales de la presión arterial será siguiendo la regla que menciono a continua - - ción:

Mn - Presión Mínima.

Mx - Presión Máxima.

$$\text{Paciente Hipertenso: } Mn = \frac{Mx}{2} + 20$$

$$\text{Paciente Normal: } Mn = \frac{Mx}{2} + 15$$

$$\text{Paciente Hipotenso: } Mn = \frac{Mx}{2} + 10$$

1) Leucemia.- Que es un neoplasma maligno que involucra a las células blancas o leucocitos, y cuyas principales características son:

- A.- Proliferación anormal de leucocitos y sus precursores inmaduros.
- B.- Inhibición de la médula ósea, que ocasiona anemia, trombocitopenia y agrandamiento de otras estructuras como son: Hígado, Bazo y ganglios linfáticos.

La leucemia se puede presentar en forma aguda o crónica.

Forma Aguda.-

- A).- Manifestaciones purpúricas indicadas por, tendencia al sangrado con facilidad, manchas hemorrágicas y equimosis.
- B).- Agrandamiento gingival: de consistencia blanda, color rojo intenso y fácilmente sangrante.
- C).- En ocasiones, se presentan ulceraciones y necrosis de encía, acompañada de escalofríos, fiebre y malestar general.

Forma Crónica.-

Aparecen los mismos síntomas solo que en menor grado, con agrandamiento y dolor de las encías.

Durante la fase aguda, las extracciones deben posponerse, pues es muy fácil desencadenar una hemorragia postoperatoria. Para poder practicar una extracción, se debe esperar a terminar el tratamiento de la enfermedad y ordenar un recuento leucocitario, si este se acerca a las cifras normales, no existe tanto peligro de provocar una hemorragia o necrosis. En este tipo de pacientes es conveniente recomendar una buena higiene bucal y además el uso de enjuagatorios si éstos son del tipo antiséptico, mejor.

Teóricamente la forma crónica se diferencia de la anterior, en que la encía sangra con la presión.

2.- Hemofilia.- Enfermedad caracterizada por hemorragias debido a la dificultad de coagulación de la sangre, como consecuencia de la falta de trombina en la misma.

La hemofilia es transmitida por la mujer, pero solamente la padece el varón; tiene su aparición durante los primeros años de la vida y si persiste después de los veinte años de edad es muy difícil que desaparezca. Nos podemos dar cuenta de esta enfermedad por la aparición espontánea de hematomas y hemoartrosis; así mismo como por los antecedentes hereditarios del paciente.

No obstante que la hemofilia es una contraindicación, se presentarán ocasiones en que sea inminente la extracción de una pieza dentaria debido a que es un foco de infección, y para ello tendremos el cuidado, aunque sea temporalmente, de hacer llegar a la normalidad los tiempos de sangrado y -

coagulación, así como el tiempo de protrombina. En caso de que hubiésemos tenido la necesidad de efectuar la extracción el tratamiento post-operatorio consistirá en llevar un control sobre la herida hasta la formación del coágulo y la cicatrización de la misma. Si el coágulo no se formase correctamente, recurriremos a métodos hemostáticos como son: presión, taponamiento, administración de coagulantes, régimen alimenticio, pudiendo llegar en ocasiones a la transfusión sanguínea.

3.- Angina de Pecho.- Sensación de dolor intenso, generalmente súbito, localizado en el pecho detrás de esternón; debido a deficiencia en la irrigación del miocardio.

Si la extracción es inminente, recomendamos ponerse en contacto con el médico tratante de nuestro paciente para saber si está en condiciones para llevar a cabo el acto operatorio o si debemos de utilizar algún medicamento antes y después del mismo.

4.- Oclusión Coronaria.- Obturación de las pequeñas arterias del corazón, cuya causa más común es la trombosis coronaria; durante la fase aguda de éste padecimiento, está contraindicada toda terapéutica dental.

5.- Endocarditis Bacteriana.- Infección del Miocardio o membrana interior del corazón.

En pacientes con este padecimiento se ha observado que después de haberles practicado extracciones se presentan bacteremias; en caso de pacientes con endocarditis, se aconseja administrar 100 mil unidades de penicilina cada tres horas, un día antes de la extracción y dos días después de la misma; como medidas preventivas de las bacteremias transitorias, se pueden mencionar las siguientes:

- 1).- Administrar dos gramos de aureomicina en cuatro-dosis de medio gramo, en 24 horas; o sea cada 6-horas, un día antes y uno después de la extrac--ción.
- 2).- Extracciones lo menos traumáticas posibles.
- 3).- Formación normal del coágulo, después de la ex--tracción.

Con este tipo de pacientes se deberá tener aun más - cuidado en las medidas profilácticas de asepsia.

6.- Fiebre Reumática.- También conocida como reumatis-mo, es una colagenosis que puede lesionar cualquier zona del tejido conjuntivo, afectando con mayor frecuencia, músculo - y articulaciones.

7.- Hipertensión Arterial.- Elevación de la presión-sanguínea. Ante este padecimiento, deberemos evitar todo - aquello que pueda elevar más la presión; así como seleccio--nar cuidadosamente el anestésico que vayamos a emplear; y - administrar sedantes con el fin de disminuir la tensión ner-viosa.

8.- Insuficiencia Cardíaca.- Es la incapacidad del - corazón para bombear eficientemente la sangre y hacerla lle-gar a los rincones del cuerpo.

Puede ser por alteración en las coronarias o por alte-raciones del miocardio. (Reumatismo, defectos congénitos, - hipertensión arterial o enfermedad hipertensiva del cora- --zón).

En este caso, las intervenciones dentales implican un gran riesgo. La terapéutica odontológica será meramente paliativa como se hace en el caso de enfermedades incurables, con el fin de aliviar los dolores o mitigar su violencia. Y en caso de una extracción necesaria, se pospondrá hasta que su médico tratante nos indique que la podemos llevar a cabo.

9.- Tromboflebitis.- Grave enfermedad de las venas, que consiste en la formación de coágulos (trombos), como consecuencia de la inflamación de las paredes internas de las venas (flebitis).

En el caso de una extracción urgente, deberemos entrar en contacto con el médico tratante de nuestro paciente, para que nos indique los medicamentos que le podemos administrar, así como el momento oportuno en que podamos llevar a cabo la extracción, recordemos que no será prudente el uso de anestésicos que contengan epinefrina o adrenalina.

10.- Arterioesclerosis.- Engrosamiento, endurecimiento y pérdida de la elasticidad de las paredes arteriales; con tendencia, por consiguiente, a la disminución de la luz interior, debido al depósito de substancias minerales en la pared interna de las arterias.

En este padecimiento, la contraindicación se debe principalmente, al uso de anestésicos que contengan algún hipertensor, lo cual podría ocasionarnos la ruptura de un vaso,, aumentando el peligro si éste se encontrase en un órgano noble, como cerebro, hígado, riñón etc.

B) Aparato Renal.-

Como ya sabemos, a través de éste aparato se va a eli

minar la anestesia, por lo cual es de gran importancia para el Cirujano Dentista, ya que este en muchas de las especialidades odontológicas, principalmente exodoncia, hace uso de los anestésicos; y si dichas soluciones se administran en personas con alteraciones renales, se podrían provocar en el organismo altas concentraciones que podrían afectar a nuestro paciente, debido a que tardaría un mayor tiempo en eliminarlas.

Dentro de los signos y síntomas que podemos emplear para darnos cuenta de alguna anomalía se encuentran los siguientes:

- a).- Edemas matutinos en la región palpebral. También se les denomina edemas geográficos, que también pueden presentarse en las manos.
- b).- Dolor lumbar al sentarse.
- c).- Albuminuria. Presencia de albúmina en la orina, que es fácil de comprobarse por el olor fétido y espuma persistente en la misma.
- d).- Hematuria.- Presencia de sangre en la orina.
- e).- Disuria. Dolor al orinar.
- f).- Piuria. Presencia de pus en la orina.
- g).- Sequedad en la boca.
- h) Nicturia. Necesidad de orinar en la noche

Las enfermedades más comunes del aparato renal son las siguientes:

1) Glomérulo Nefritis.-

Que es una inflamación de los glomerulos del riñón. -
 Puede deberse a infecciones, medicamento, obstrucción por -
 cálculos renales, tumores, lesiones de la médula espinal, -
 estrechamiento de la urétra y uréter, malformaciones congéni-
 tas, hipertrofia de la próstata, riñón flotante, aumento en-
 la presión de los líquidos en el interior del riñón, (hidrone-
 frósis).

2).- Tumores Renales.-

Malignos y benignos, primarios, y a veces secundarios

3).- Malformaciones congénitas.-

Siendo la más común, el riñón en forma de herradura,
 debido a la unión de ambos polos inferiores de los riñones.-
 También esta el riñón poliúístico.

4).- Nefroesclerosis.-

Endurecimiento de las arterias renales.

5).- Nefritis.-

Inflamación o infección de uno o de los dos riñones

6).- Nefrosis.-

Degeneración de los túbulos renales; en este punto -
 deberemos prestar especial atención cuando sea necesaria una
 extracción y el diente tenga infección crónica, pues pudiese
 desencadenar una nefritis aguda.

C).- APARATO DIGESTIVO.-

Debido a que el anestésico no solo se elimina por vía renal, sino que también por medio del hígado, debemos de tomar muy en cuenta a este último.

Hígado.- Entre las principales funciones del hígado se pueden mencionar:

- 1).- La Urotrópica. Encargada de la formación de la urea.
- 2).- Urogénica.- Para el almacenamiento de los azúcares en forma de glicógeno, y cuando el organismo los necesita, los transforma en glucosa.
- 3).- Antitóxica. Encargado de retener todos los tóxicos del organismo, actuando a manera de filtro.
- 4).- Biliar. La formación de bilis la cual es aproximadamente de medio litro diario; cuando esta función está alterada, puede ocasionar autointoxicaciones.
- 5).- Hematopoyética. Para la formación de glóbulos rojos en la sangre.

ENFERMEDADES DEL HIGADO:

- 1).- Atrofia.- Desaparición de las células normales.
- 2).- Congestión pasiva crónica.- Como consecuencia de la acumulación de sangre en el hígado.

3).- Degeneración Grasa.- Debido a la infiltración de células hepáticas por residuos grasos.

4).- Cálculos Biliares.- Concreciones de elementos que entran en la composición de la bilis, principalmente el colesterol, y que por alguna razón, se han cristalizado en la vesícula biliar.

5).- Ictericia.- Coloración amarillenta de la piel debido a que no hay una correcta formación de hemoglobina y en vez hay bilirrubina.

6).- Hepatitis.- Inflamación del hígado a causa de gran variedad de microbios y virus. Los síntomas de esta enfermedad son: náuseas, vómitos, pérdida del apetito e inflamación de la zona hepática.

7).- Cirrosis.- Endurecimiento de los tejidos hepáticos, como resultado de un proceso infeccioso, envenenamiento por toxinas, o por deficiencias en la nutrición.

Los síntomas de esta enfermedad son: Endurecimiento de la región hepática, así como un aumento de volumen y dolor en la misma.

Dentro del aparato digestivo tenemos enfermedades gastrointestinales como pueden ser: úlcera gástrica o duodenal, alteraciones intestinales, colitis etc. Los signos y síntomas que pueden presentarse en estos casos son:

- 1.- Disfagia.- Dificultad al tragar.
- 2.- Dispepsia.- Problemas en la digestión.
- 3.- Dolores frecuentes de estomago.
- 4.- Estreñimiento y diarrea frecuentes.

5.- Meteorismos.- Gases.

6.- Anorexia.- Disminución o pérdida del apetito

7.- Náuseas y vómitos con sangre.

8.- Presencia de sangre digerida en las heces fecales

Cuando el paciente nos refiera alguno de estos síntomas y sospechemos de alteraciones gastrointestinales o hepáticas, requeriremos la opinión del médico general con el objeto de extremar precauciones.

D).- APARATO RESPIRATORIO.

Entre las enfermedades que se presentan no todas son contraindicación, pero hay que tomarlas en cuenta ya que provocan una congestión de mucosas, y en algunos casos dificultan la respiración y además no se presentan solas.

Es de vital importancia para nosotros el darnos cuenta si alguno de nuestros pacientes sufre alguna de estas enfermedades, ya que nosotros podremos tomar las medidas necesarias de protección, no solo para con el paciente que las padece, sino para evitar el contagio de nosotros mismos y de otros pacientes que se encuentren en tratamiento.

1).- Faringitis; inflamación de la farínge, cuyo síntoma principal es el dolor de garganta.

2).- Laringitis; Es la inflamación de la laringe, que se manifiesta por ronquera, sequedad en la garganta y dificultad al tragar.

3).- Bronquitis; inflamación de los bronquios, por enfriamiento o inhalación de gases o polvos irritantes.

4) Vegetaciones Adenoideas; hipertrofia o crecimiento de ciertas glándulas linfáticas, que existen en la parte posterior de la nariz (adenoides) ocasionan dificultad al respirar y propician la aparición de catarros, sinusitis e infecciones del oído.

5).- Influenza; enfermedad ocasionada por un virus - que ataca sobre todo el aparato respiratorio, gastrointestinal y al sistema nervioso.

6).- Difteria; infección aguda ocasionada por bacilo. Se caracteriza por la aparición de pseudomembranas grisáceas en la garganta y amígdalas y en ocasiones puede obstruir la tráquea.

7).- Pleuresía; inflamación de la pléura, que puede ser complicación de la pulmonía o de la tuberculosis; puede ser aguda o crónica, presentándose con dolores punzantes y penetrantes en el costado, y la aparición de escalofríos, fiebre y tos.

8).- Bronconeumonía; complicación de la pulmonía, resultando afectados los bronquios. O bien a consecuencia de una bronquitis crónica.

9).- Pulmonía; inflamación e infección de los pulmones, ocasionada por neumococos, localizados en uno o varios lóbulos de los pulmones.

10).- Tuberculosis; Afección pulmonar ocasionada por bacilo y contagiosa.

F).- SISTEMA NERVIOSO.

Las afecciones del sistema nervioso son amplísimas, por lo cual solo desarrollaré aquellas que se encuentran más

intimamente ligadas con el trabajo odontológico.

1.- Neurastenia; Depresión nerviosa y agotamiento. - Su principal síntoma es una fatiga excesiva y pérdida de la energía.

2.- Ansiedad; Miedo hacia algo desconocido, que a menudo representa una falta de sentido de seguridad. Sus manifestaciones físicas son: sudoración, taquicardia, elevación de la presión arterial, temblor y respiración agitada.

3.- Neurosis; Es una forma relativa de enfermedad mental, que podría definirse como un desorden emocional.

4.- Neuritis; Inflamación de un nervio. En el caso del Cirujano Dentista, debido a la región en la cual trabaja se encuentra intimamente relacionado con el quinto par craneal o Trigémino, cuya afección más común es la neuralgia del trigémino; cuyo tratamiento consiste en bloqueos a diversos niveles con soluciones anestésicas o alcoholizadas, o por medio de cirugía, seccionando el nervio cuando el caso es de mayor gravedad y el tratamiento anteriormente descrito no ha surtido los efectos deseados.

5.- Epilepsia; Alteración súbita de ciertas funciones de cerebro, con pérdida total o parcial de la conciencia. - Se sabe que la epilepsia puede ser resultado de cualquier lesión del cerebro, de enfermedades en otros órganos del cuerpo, alteraciones emocionales, excesos de alcohol o narcóticos; en este caso deberemos de consultar con el médico tratante.

6.- Corea; Afección en la cual, el síntoma principal, es la aparición de movimientos involuntarios e incontrolados de torsión, principalmente en brazos y piernas, son movimien

tos rridos, desordenados, de gran amplitud y sin finalidad aparente, se puede acompanar de otros trastornos del sistema nervioso y generalmente de lesiones cardiovasculares. Debido a esto el gran cuidado que debemos tener con este tipo de pacientes, sin olvidar desde luego consultar a su médico tratante, antes de nosotros intervenir.

G).- SISTEMA ENDOCRINO.

Todas las actividades del cuerpo humano, están reguladas y controladas por las glándulas endócrinas, llamadas así por no tener un conducto a través del cual vaciar al exterior del cuerpo los productos que elaboran; sino que dichos productos son recogidos directamente por la sangre. Las glándulas endócrinas son siete y las mencionar en el orden que se encuentran en el organismo principiando por la cabeza y continuando hacia la región pélvica.

Estas glándulas son;

- 1.- Pituitaria o Hipófisis.
- 2.- Tiroides.
- 3.- Paratiroides.
- 4.- Quimo.
- 5.- Suprarenales.
- 6.- Páncreas (islotes de Langer Hans).
- 7.- Gónadas.

Las glándulas endócrinas actúan en el organismo, por medio de sus secreciones, conocidas con el nombre de hormonas, (del griego excitar).

Estas hormonas van a ser producidas en un lugar (glándulas) y van a actuar a distancia en otros órganos del cuerpo los cuales las necesitan tanto para el crecimiento y desarrollo de ciertos tejidos como para la nutrición y funciones de los mismos.

La producción de hormonas está regulada por estados -
ánimicos así como estados fisiológicos de la persona. Cuando
hay alguna anomalía hormonal se pueden dar afecciones que
nos contraindiquen la extracción, como puede ser:

1.- HIPERTIROIDISMO.

Aumento de la tiroxina por secreción excesiva de la -
tiroides, que como consecuencia eleva el metabolismo basal, -
acompañándose de pérdidas de peso, rapidez de pulso y respi-
ración, bocio, ojos saltones y nerviosismo constante.

Las intervenciones bucales están contraindicadas en -
los pacientes hipertiroideos, aunque deben eliminarse los fo-
cos infecciosos.

Para realizar extracciones en éste tipo de paciente, -
se remitirán a su médico para que los someta al tratamiento -
adecuado, y con la aprobación de éste, se procederá a reali-
zar las extracciones necesarias. Si éstas se practican sin-
haber tratado previamente al paciente, se corre el riesgo de
provocarle la muerte.

En éstos pacientes es aconsejable utilizar anestesia-
general pues además de disminuir el trauma psíquico se elimi-
na el problema de la adrenalina, que puede causar reacciones
muy desagradables.

2.- DIABETES MELLITUS.

Trastorno metabólico, crónico, hereditario, poligené-
tico y recesivo que se caracteriza por la ausencia total o -
parcial de insulina o por la inefectibilidad de la misma, -
que es la hormona secretada por los islotes de Langerhans, -
situados en el Páncreas.

La insulina es la substancia por medio de la cual el azucar o substancias hidrocarbonadas, son capaces de entrar a la célula.

La triada sintomática de la diabetes es: Polidipsia, - Poliuria y Polifagia.

Quando hay una disminución de insulina o ausencia de la misma, provoca una acumulación de glucosa en sangre, y dado a que el hígado no es capaz de transformarla en glicogeno llega al riñón y se filtra con rapidez y ocasionando la eliminación de grandes cantidades de orina azucarada, causando de esta manera "Poliuria" y Polidipsia.

Una vez que esta glucosa ha sido eliminada por medio de la orina no es capaz por supuesto de ceder su energía a la célula, ya que en este caso el azucar no es desdoblada y es eliminada sin cumplir sus propósitos, en la célula habrá necesidad de energía lo cual provocará un aumento de apetito.

Se puede presentar también aliento cetónico, debilidad, mareos, infecciones de la piel, intolerancia al frío en las extremidades inferiores, y en la mujer provocará abortos, hijos que al nacer pesen más de cuatro kilos, así como una historia personal y familiar de obesidad; en el hombre se puede presentar pérdida del libido.

El Cirujano Dentista está en buena posición de diagnosticar, esta enfermedad antes de su aparición clínica, observando analizando y estudiando los síntomas bucales de la misma, los cuales se presentan anticipadamente al desencadenamiento de la enfermedad.

Dichos síntomas orales son:

- 1.- Hipersensibilidad dentaria en ausencia de sobrecarga funcional, que puede variar desde 1/2 a tercer grado.
- 2.- Agrandamiento lingual con pérdida de las papilas. Y huellas en los dientes en los bordes (Identaciones).
- 3.- Identaciones en los carrillos.
- 4.- Sensación de ardor en la lengua.
- 5.- Sensación de ardor en la boca.
- 6.- Sequedad en la boca, sin llegar a la Xerostomía.
- 7.- Hipersensibilidad dentaria en ausencia de lesiones cariosas.
- 8.- Hipersensibilidad gingival.
- 9.- Presencia de abscesos paradontales frecuentes.
- 10.- Proliferación del margen gingival.
- 11.- Reacción inflamatoria que no está en relación con la acumulación de placa bacteriana y tártaro en la boca.
- 12.- Movilidad dentaria.
- 13.- Radiográficamente se puede observar pérdida gradual y progresiva de la cresta alveolar.

Las complicaciones de la Diabetes son:

- a).- Propensión a las infecciones.
- b).- Acidosis.

- c).- Coma.
- d).- Infartos.
- e).- Complicaciones Renales.

Podremos efectuar una extracción en este tipo de pa--
cientes, solo que se encuentre bajo atención médica y que -
las cifras de glucosa en sangre se encuentren entre 120-180-
mg., En otras palabras que la situación se encuentre contro-
lada.

CAPITULO III

TECNICAS DE ANESTESIA EN EXODONCIA

TECNICAS DE ANESTESIA EN EXODONCIA

En lo personal considero que una buena técnica de anestesia es de suma importancia debido a que nuestro paciente se sentirá mas a gusto durante el tratamiento que estemos llevando a cabo y por lo tanto cooperará mas con nosotros, traduciendose esto en una mayor rapidez y efectividad de nuestro trabajo.

Los dos tipos principales de anestesia local por inyección son: A) La anestesia supraperiódica y B) La anestesia subperiódica.

A) La anestesia supraperiódica.

Se hace de preferencia en el maxilar superior debido a que es un hueso particularmente esponjoso y rico en foraminas.

El sitio de punción es en el pliegue mucolabial o fondo de saco con los dedos índice y pulgar se toma el labio a nivel del sitio a puncionar y se tracciona hacia arriba y hacia afuera.



La jeringa deberá ir ligeramente paralela al eje de los dientes, se punza y se introduce gradualmente inyectando pequeñas cantidades de solución y poco antes de llegar a la región arical se modifica ligeramente la dirección de la aguja haciéndola correr en forma paralela al hueso para evitar la perforación del periostio.

Una vez logrado esto se deposita suavemente la solución anestésica cuya cantidad estará en proporción a la operación que habrá de realizarse.

Esta técnica de anestesia se utiliza también para el maxilar inferior y se realiza con la misma técnica que mencioné anteriormente para el maxilar superior.



Este método produce anestesia del tejido pulpar y en el lugar de punción, o sea del lado labial, nos producirá la anestesia de los tejidos blandos.

La anestesia infiltrativa en el maxilar inferior es -
insuficiente en la exodoncia de los molares inferiores, pre-
firiendose usar el bloqueo troncular del nervio dentario in-
ferior. Además a nivel de la cara lingual la anestesia su-
praperióstica debe ser evitada por los peligros que represen-
ta.

Por medio de la técnica supraperióstica en el maxilar
superior vamos a anestesiar los nervios: nervio alveolar su-
peroposterior, nervio alveolar superior medio y el nervio -
alveolar superoanterior.

Al anestesiar el nervio alveolar superoposterior se -
anestesian: Tercer molar, Segundo molar, y la Raíz disto-ves-
tibular del primer molar superior.

Anestesiando el nervio alveolar superior medio se -
anestesian: la raíz mesiovestibular del primer molar así co-
mo el primero y segundo premolares superiores.

Finalmente al anestesiar el nervio alveolar superoan-
terior se anestesian los tres dientes anteriores superio--
res.

La anestesia de los nervios alveolares representa -
anestesia para grupos de dientes; ahora bien, la técnica -
puede utilizarse para anestesiar un diente en particular, --
dirigiendo la punta de nuestra aguja hacia el ápice de esa -
pieza en especial y depositando en ese lugar nuestra solu- -
ción anestésica.

La cantidad de anestésico inyectado será menor para -
un solo diente que la utilizada para un grupo de dientes.

Es importante reforzar esta técnica supraperióstica -
con una inyección en la bóveda palatina.

En dicha bóveda palatina existen dos tipos de tejidos uno que es fibroso, el cual se encuentra cercano a las piezas dentarias con una extensión de un centímetro, así como en el refé medio; y una zona de tejido laxo, el cual se encuentra entre estas dos regiones fibrosas.

Es importante el conocer estas diferentes zonas ya que la inyección de sustancias anestésicas es muy diferente en una y otra, ya que en la zona fibrosa la punción es muy dolorosa y la inyección del líquido anestésico es difícil debido a la gran presión que tenemos que aplicar para que el mismo pueda atravesar la trama de los tejidos.

La zona a elegirse para efectuar nuestra punción es la del tejido laxo, pues es el lugar en el que el líquido, así como nuestra aguja encontrará la menor oposición y lógicamente provocará menor dolor.

El nervio palatino anterior se bloquea en o al lado del agujero palatino posterior situado a la altura del segundo molar, un centímetro por arriba del reborde gingival.



El nervio naso palatino se bloquea inyectando inmediatamente al lado del conducto incisivo situado en la línea media del paladar por detras de los incisivos.

Recordando un poco de anatomía nerviosa sabremos que anestesiando a nivel del agujero palatino posterior, lograremos bloquear el nervio palatino anterior.

Y la anestesia a nivel del agujero palatino anterior, lograremos bloquear, al nervio palatino posterior.



Bloqueo del Impulso Nervioso

Por medio de estas técnicas de bloqueo se interrumpe la conducción nerviosa. Para ello se deposita la solución anestésica en un punto determinado del trayecto nervioso entre el campo operatorio y el cerebro.

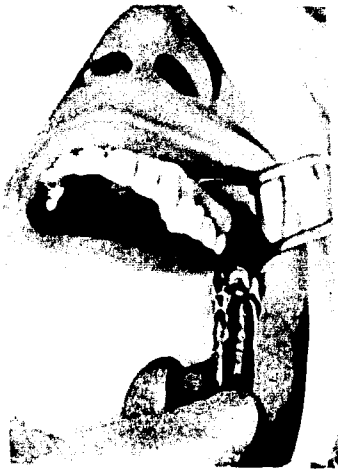
Estas técnicas tienen varias ventajas como son: cuando esté contraindicada la técnica suprapariostica, que nos vá a proporcionar insensibilidad a toda la zona simultaneamente, en zonas donde exista una mayor densidad ósea como es el maxilar inferior, en la zona de los molares, para efec-

tuar extracciones múltiples tanto en el maxilar como en la -
mandíbula, así mismo es infinitamente útil en tratamientos -
quirúrgicos protésicos y en operatoria dental.

Anestesia Cigomática.-

Por medio de esta técnica anesthesiaremos el nervio al -
veolar superoposterior abarcando el tercero y segundo molar -
así como la raíz distovestibular del primer molar superior.

Esta técnica deberá ser reforzada por medio de una in -
yección supraparióstica, o sea, un punto localizado a la altura
de la raíz mesiovestibular del primer molar superior, así co -
mo la inyección palatina posterior.



El sitio de punción sera en el fondo de saco o plie--
gue mucogingival a la altura del tercer molar, pero en caso-
de que no tengamos esta referencia, lo realizaremos en el -
punto más elevado del pliegue mucogingival, a nivel de la -
raíz distovestibular del segundo molar superior. Para esto-
el paciente solo entreabre la boca con el fin de permitir -

una mayor elasticidad, y que de esta manera el operador pueda estirar la comisura bucal con una mayor amplitud.

Es importante llevar la aguja hacia arriba, adentro - y atras, con una angulación de 45 grados y siempre en contacto con el hueso para evitar lesionar órganos importantes como son: la arteria maxilar interna, el plexo venoso pterigoideo, la bola adiposa de Bichat o el músculo pterigoideo externo.

Anestesia del Nervio dentario inferior.-

Esta técnica produce anestesia de todos los dientes - del lado inyectado con excepción del incisivo central y del incisivo lateral ya que también reciben fibras del lado - opuesto por lo cual no quedan anestesiados totalmente con esta técnica.

Para alcanzar el nervio dentario inferior es necesario llegar con la aguja hasta las proximidades del orificio del conducto dentario.

El orificio superior del conducto dentario se encuentra ubicado en la cara interna de la rama montante o rama - ascendente del maxilar inferior. Tiene forma triangular con vértice inferior y su borde anterior tiene forma de lingula - y se denomina espina de Spix.

Este orificio se encuentra situado a unos 18 mm. del - borde anterior y a unos 6 mm. del borde posterior, estas cifras cambiarian de acuerdo a las características anatómicas - así como con la edad del individuo.

Con el dedo índice de la mano izquierda palpamos el - borde anterior de la rama ascendente; y colocado sobre las - caras oclusales de los molares por anestesiarse.



La colocación de nuestro dedo deberá ser de tal manera que no importando el lado por anestesiar, la uña quedará siempre hacia lingual y colocada sobre la línea milohioidea u oblicua interna.

El sitio de punción será inmediatamente por atrás del borde interno de la rama ascendente del maxilar inferior y - aproximadamente un centímetro por encima del plano oclusal - del tercer molar.



Perforamos la mucosa, entrando en tejido laxo, se avanza con la jeringa paralela al cuerpo de la mandíbula y descargando pequeñas cantidades de solución anestésica, un centímetro y medio. Con esto se logra la anestesia del nervio lingual que está por adelante y adentro del dentario inferior.

En esta posición y sin abandonar la ubicación del dedo de la mano izquierda, se dirige la jeringa hacia el lado opuesto, llegando hasta la altura de los premolares, con el objeto de alcanzar la tabla interna de la rama ascendente.



Se profundiza la aguja medio centímetro y en ese momento estaremos en presencia del punto elegido para dejar nuestra solución.

Para cerciorarnos de no haber caído con la punta de la aguja dentro de un vaso sanguíneo (arteria o vena dentaria inferior), retiramos ligeramente el émbolo de la jeringa y si la solución de nuestro cartucho no se tinte ligeramente de rojo sabremos que esto no ha sucedido, pudiendo así inyectar ya, la solución anestésica.

Este bloqueo también lo podemos efectuar insertando - desde un principio la aguja con la jeringa en la posición final descrita anteriormente y haciendola avanzar directamente hacia la rama. Para utilizar esta técnica es necesario - tener una gran experiencia.

Anestesia Bucal.-

Quando de van a efectuar extracciones en la región molar, es necesario completar nuestra anestesia infiltrando el periostio y la mucosa del lado bucal, ya que la cara vestibular de los mola es está parcialmente inervada por el nervio buccinador o bucal, el cual se separa del nervio maxilar poco después de su paso por el agujero oval.

Este tipo de anestesia excepcionalmente debe de ser usada como anestesia principal ya que su objeto será, como un refuerzo, lo cual ya mencioné anteriormente, así como bloquear la sensibilidad de la cara externa del maxilar inferior, desde el tercer molar hasta el primer premolar.

El sitio de la punción es el pliegue mucobucal a la altura del primer molar inferior y un centímetro por arriba de la cara oclusal de los molares inferiores.



La aguja se dirige hacia atrás y ligeramente hacia -- abajo hasta que se halle por detrás de las raíces de los molares inferiores.

Hacemos notar que la anestesia obtenida en la región de los incisivos por medio de esta técnica, puede ser relativa, debido a la doble inervación que existe en esta zona.

Anestesia Mentoniana.-

Por medio de esta técnica vamos a anestesiar los nervios incisivo y mentoniano, produciéndose bloqueo parcial - del maxilar inferior; con esta técnica podemos intervenir pre molares, caninos e incisivos centrales y laterales de un lado.

Podemos completar esta técnica por medio de una inyec ción lingual inmediatamente por detrás del diente por ex- - traer.

El foramen mentoniano se encuentra en el repliegue - inferior del vestíbulo oral, por dentro del labio inferior - e inmediatamente por detrás del primer premolar.

Separamos la mejilla con la mano opuesta a la que tomamos la jeringa y puncionamos entre los premolares, llevando una dirección hacia abajo y ligeramente hacia adentro, - con una angulación de 45 grados con respecto al plano vestibular, tratando de dirigir la punta de la aguja hacia el áp ice del segundo premolar, siendo en ese lugar donde dejaremos nuestra solución anestésica.

El utilizar otras técnicas en las cuales se introduce la aguja en el propio agujero para obtener mejor anestesia, - no es recomendable, debido al riesgo que representa, pues -

existe la posibilidad de producir lesiones nerviosas ya sea por roce o por seccionamiento parcial o total del nervio.

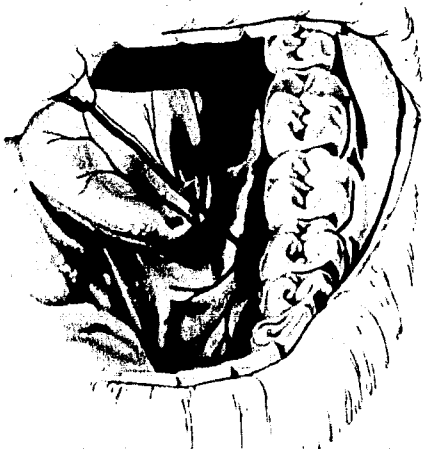
Anestesia Lingual.-

Esta técnica se usa para anestésiar el nervio lingual y nos sirve como un refuerzo para la mentoniana.

El nervio lingual se localiza por delante del nervio-alveolar inferior, entre el musculo pterigoideo y la rama ascendente de la mandíbula.

Este nervio lingual inerva a la lengua, piso de la boca en su cara interna y encía lingual del maxilar inferior.

Este nervio se separa del dentario inferior en el espacio entre la rama ascendente y el pterigoideo interno, -- transcurre a lo largo de la cara interna del hueso por debajo de la mucosa bucal, inervando, como ya dijimos, mucosa, -- encía lingual, así como a la glándula sublingual.



Se puede abordar por debajo de la mucosa y un poco -
más atrás del sitio por operar a nivel del tercio medio de -
la raíz del diente por anestésicar.

La inyección a nivel de la encía del lado interno es -
peligrosa, debido a que se sigue con frecuencia de complica-
ciones infecciosas del piso de la boca así como una posible -
lesión de la glándula sublingual si es que no la efectuamos -
con sumo cuidado.

Esta técnica de anestesia está indicada para el trata -
miento de los incisivos, caninos o primer premolar de la man-
díbula.

Las extracciones en el grupo de dientes mencionado an-
teriormente, deben ser efectuadas después de haberse comple -
tado con la anestesia del nervio lingual.



CAPITULO IV

POSICION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR

POSICION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR

A) POSICION DEL PACIENTE. -

El paciente debe de estar confortablemente sentado en el sillón dental. Su espalda perfectamente apoyada en el respaldo y su cabeza colocada comodamente en el cabezal descansando sobre el hueso occipital; y de tal manera que al abrir nuestro paciente la boca, tanto para realizar operaciones como para inyectar, el plano oclusal quede paralelo al piso o a un ángulo de 10 grados.

I.- Posición para operar el maxilar superior:

El respaldo del sillón debe colocarse en un ángulo de 45 grados; la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás de modo que la arcada superior forme un ángulo de 90 grados con el eje del tronco.

La arcada superior del paciente debe encontrarse a la altura de los hombros del operador de esta manera la visión será más clara y precisa, así como las maniobras y el esfuerzo más sencillos.

II.- Posición para operar en el maxilar inferior:

a) Lado Izquierdo.-

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

b) Lado derecho.-

El sillón inclinado hacia atrás a 45 grados, estando el operador detrás del paciente. Por lo tanto debe colocarse el sillón en posición inferior.

B) POSICION DEL OPERADOR.-

Cuando se trate de maxilar superior el operador debe colocarse a la derecha del sillón dental y ligeramente delante del paciente, dándole el frente.

Para la extracción de todos los dientes de la arcada inferior del lado derecho, el profesional alcanza su mayor eficiencia ubicándose detrás del paciente, debiendo dominar el campo operatorio, inclinando su cuerpo por arriba de la cabeza del enfermo.

Como hemos podido apreciar, la posición del paciente y del operador son de suma importancia ya que logrando una correcta ubicación y acomodo lograremos una mayor efectividad en nuestro trabajo.

Así mismo el operador deberá de pararse lo más erguido que le sea posible, y repartiendo el peso total de su cuerpo entre las dos piernas; evitando de esta manera posiciones viciosas que pudiesen acarrearle consecuencias desagradables al paso del tiempo.

CAPITULO V

INSTRUMENTAL: Forceps.
Elevadores.
Osteotomos.
Limas.
Cucharillas.

INSTRUMENTAL: Forceps, Elevadores, Osteotomos, -
Cucharillas, Limas.

A través de los años los forceps han sufrido una serie de mejoras hasta llegar al llamado "Forceps Anatómico", cuyos bocados están conformados de tal manera que pueden aplicarse muy bien al cuello del diente por extraer. Ya que los cuellos de los dientes varían en su forma, así mismo lo harán los bocados de los forceps, debido a que en este lugar del diente se llevará a cabo la sujeción del mismo.

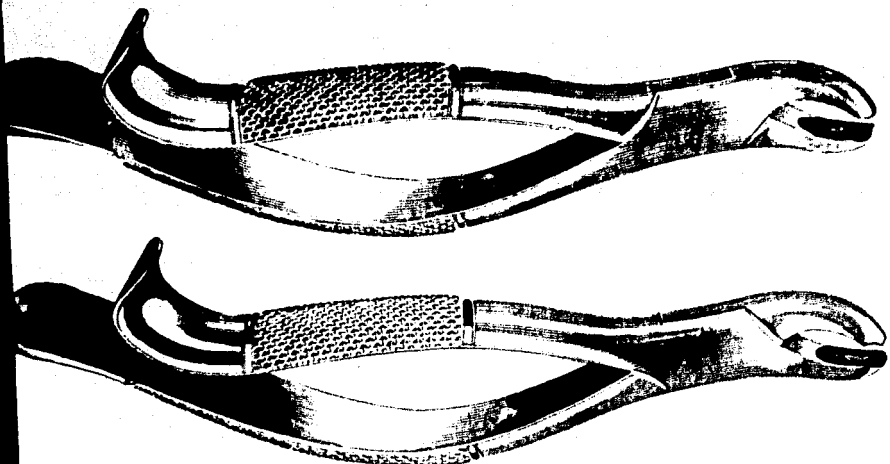
Las partes de un forceps son:

a.- Bocados: Que será la parte que entrará en contacto con la pieza, (con el cuello del diente), y que tendrá forma anatómica.

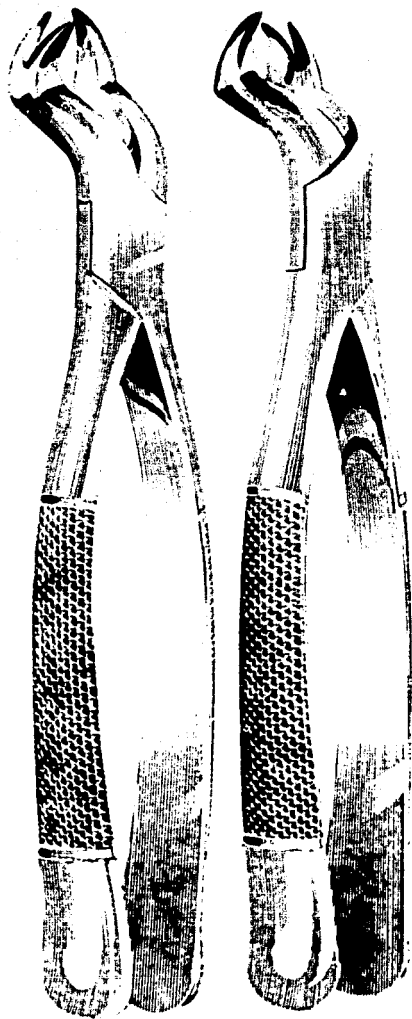
b.- Articulación; Es el punto de apoyo y la unión entre las dos ramas.

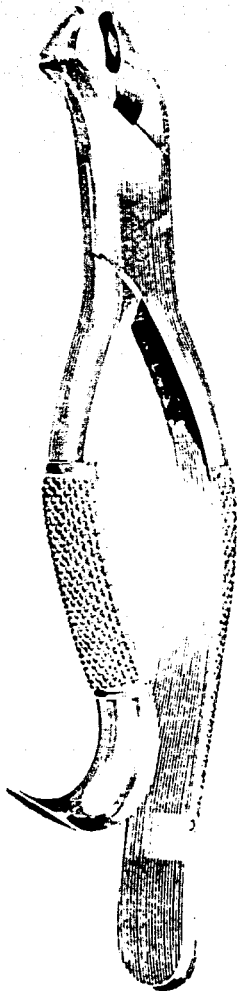
c.- Ramas: Por medio de las cuales nosotros tomamos el instrumento, y a través de ellas ejercemos la fuerza de palanca suficiente para llevar a cabo la prehensión de la pieza por extraer.

Los forceps se clasifican en: Superiores e Inferiores.

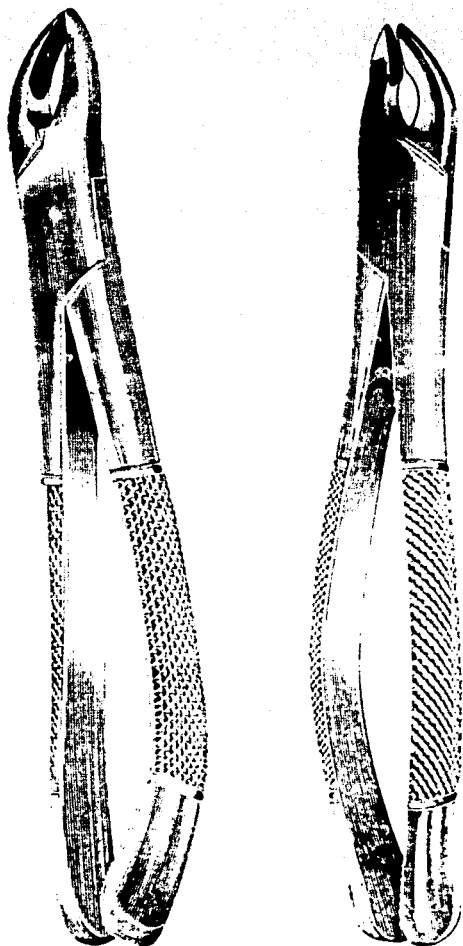


FORCEPS PARA PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES

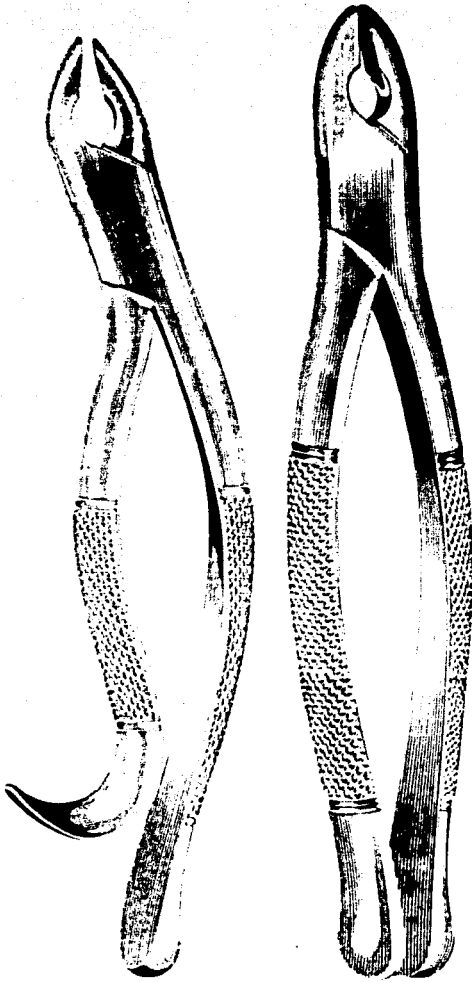




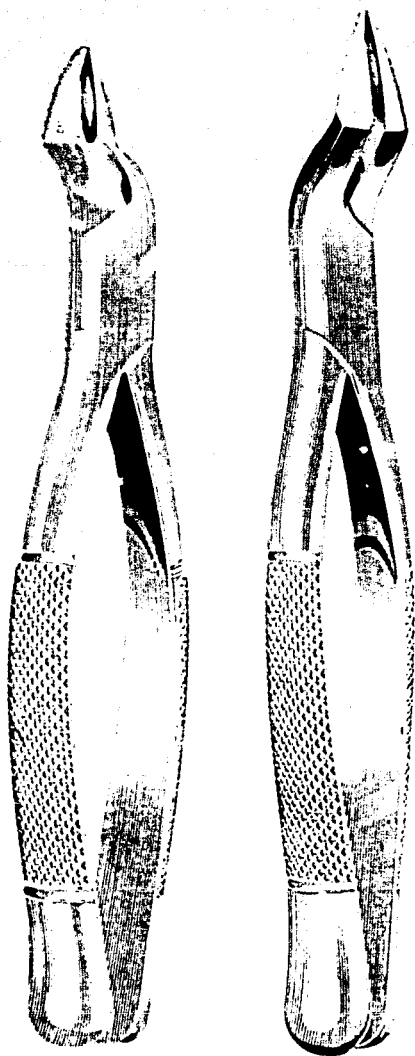
FORCEPS PARA TERCEIROS MOLARES.



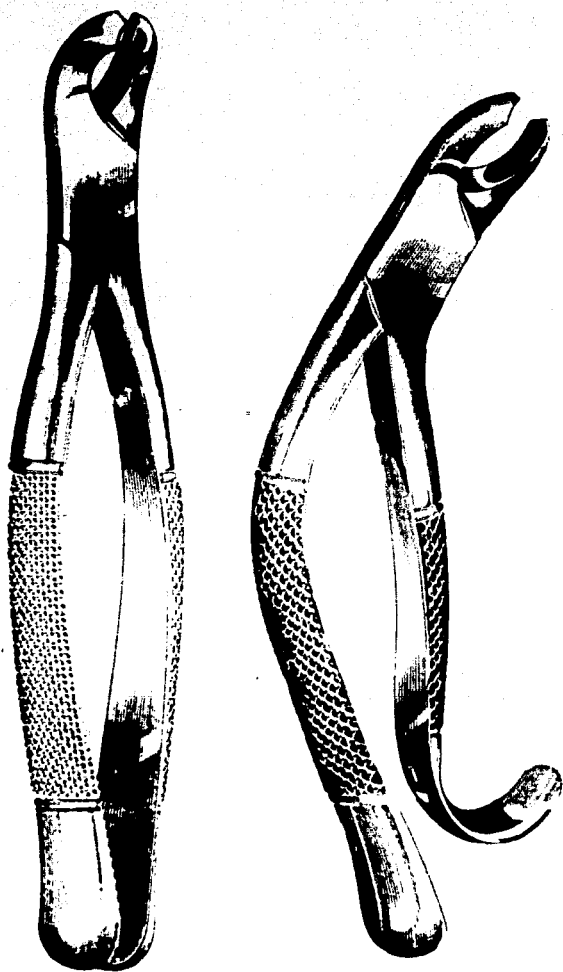
FORCEPS PARA PREMOLARES E INCISIVOS SUPERIORES.



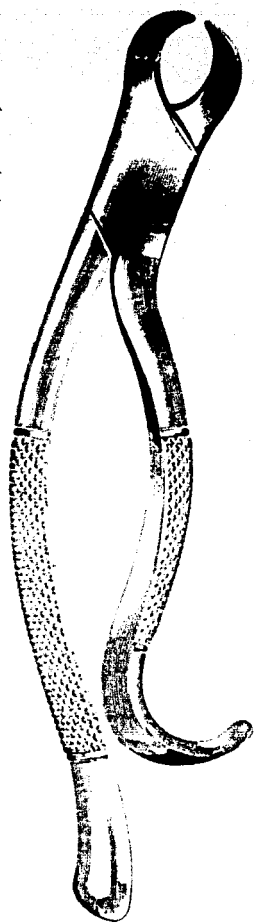
FORCEPS PARA INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES.



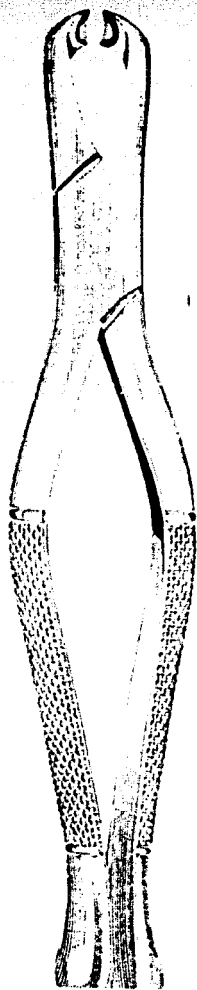
FORCEPS PARA LA EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES.



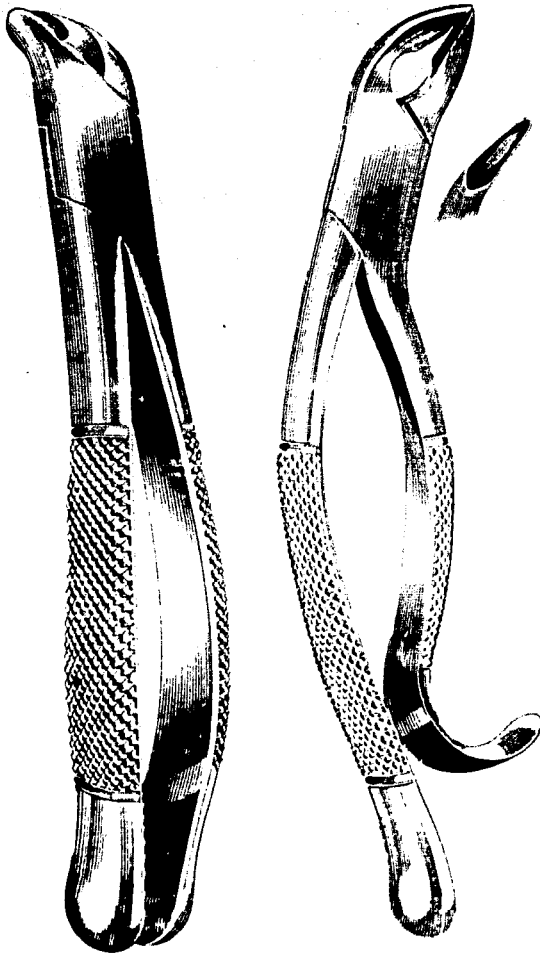
FORCEPS PARA LA EXTRACCION DE PRIMEROS Y SEGUNDOS
MOLARES INFERIORES.



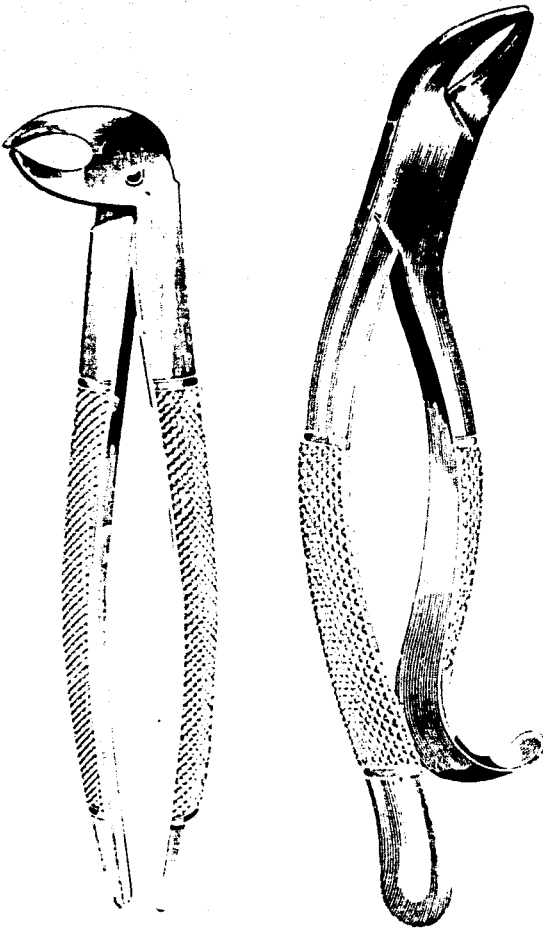
"Cuerno de vaca, para la extracción de molares inferiores con corona fracturada.



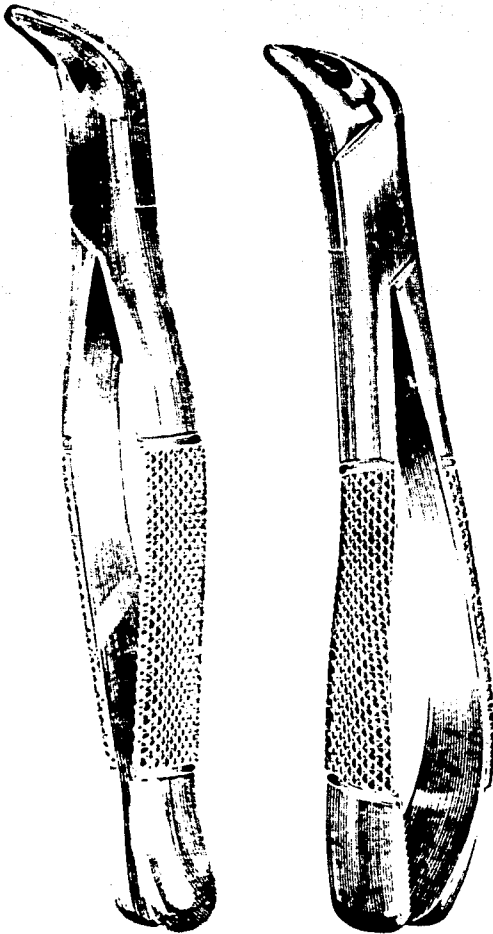
Forceps para la extracción de terceros molares.



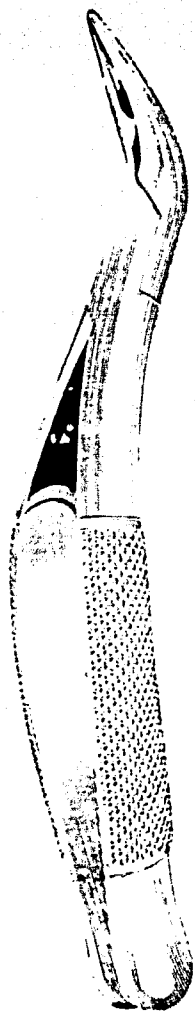
FORCEPS PARA LA EXTRACCION DE PREMOLARES INFERIORES.



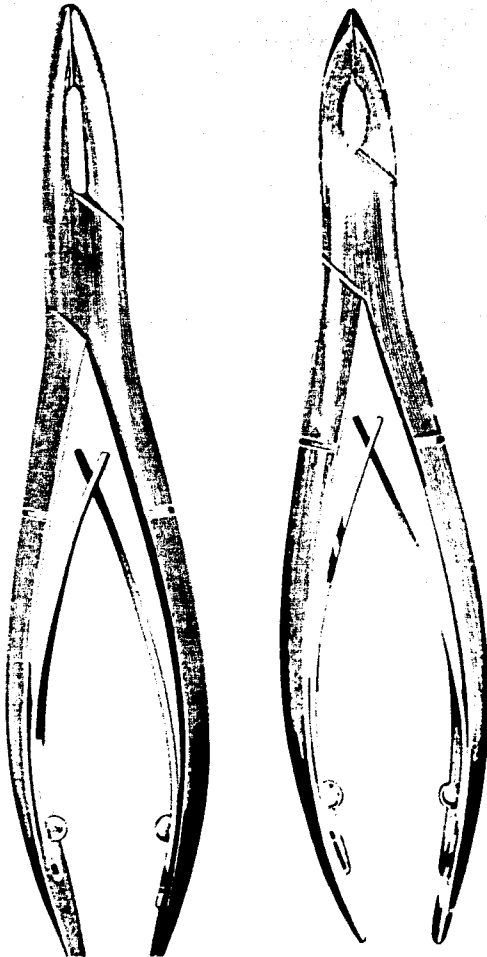
FORCEPS EMPLEADOS PARA LA EXTRACCION DE INCISIVOS INFERIORES.



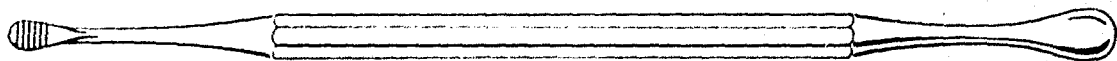
FORCEPS EMPLEADOS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES
ANTERIORES INFERIORES.



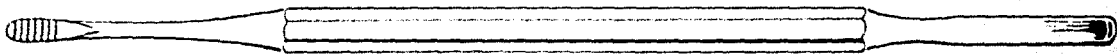
FORCEPS EMPLEADO PARA LA EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES -
TANTO SUPERIORES COMO INFERIORES. TAMBIEN LLAMA
DO "S" ITALICA.



OSTEOSTÁTICOS: Los hay de diferentes formas, con el fin de utilizar el que mejor nos sirva para nuestros propósitos. Los hay de filo convergente hacia el hueso, de puntas redondeadas, así como de puntas cuadradas.



No 11--(23394)



Limas para hueso.- Nos servirán para alisar el hueso después de una regularización de proceso, o después de una extracción.

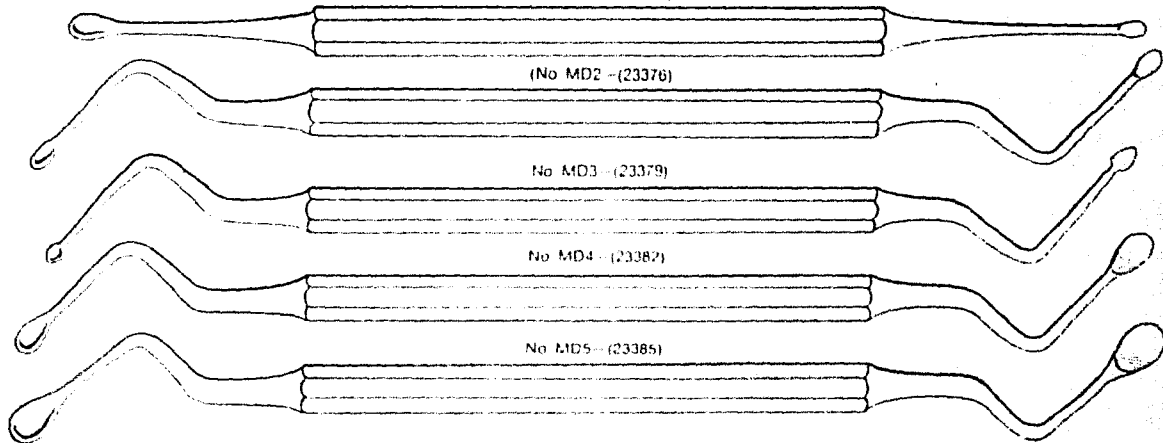
No MD1-(23373)

(No MD2-(23376)

No MD3-(23379)

No MD4-(23382)

No MD5-(23385)



Curetas: Las cuales nos servirán para curetear el alveolo, ya sea para eliminar alguna patología o esquirra ósea, después de una extracción.

ELEVADORES.

El uso de los elevadores es fundamental en exodoncia, ya que se emplean para prevenir fracturas innecesarias del diente por extraer, para la extracción de restos radiculares los cuales son focos de infección en potencia, y en muchos casos para llevar a cabo la sindesmotomía y luxación del diente por extraer.

El manejo de los elevadores deberá de hacerse con respecto a ciertos principios básicos, los cuales menciono con una mayor amplitud en el capítulo de Técnica de Exodoncia.

Todos los elevadores constan de las siguientes partes:

- a) Mango.
- b) Tallo.
- c) Hoja.

Hay varios tipos de elevadores, los más comunes son los de bandera, los rectos, los universales, y los de Seldin

Los elevadores rectos se utilizan para debridar cualquier pieza así como para su luxación, pero en especial dientes Anteriores Superiores e Inferiores.

Para raíces de molares tanto Inferiores como Superiores o cualquier raíz que presente curvatura, utilizaremos los elevadores de bandera, de Seldin así como los Universales.

También tenemos elevadores Apicales los cuales como su nombre nos lo indica se utilizan para la extracción de restos apicales que no salieron con el resto del diente.

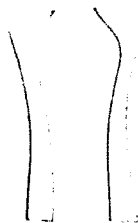
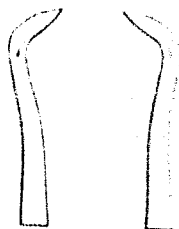
Los bocados de los elevadores tienen forma anatómica-
la cual nos dará un mayor ajuste con el diente, y evitará -
que se resbale el instrumento en el momento de ejercer fuer-
za.



Elevador Recto: Se utiliza para Sincesotomía y luxación de cualquier pieza, pero en especial para dientes Anteriores tanto Superiores como Inferiores.

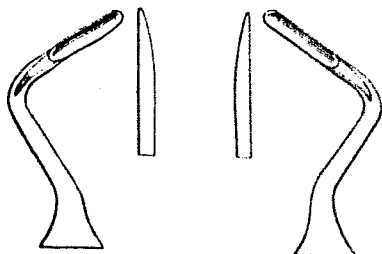


Seldin

Elevadores de:
Gendera

Universal

Para la extracción de raíces de los molares Superiores e Inferiores o cualquier raíz que presente curvatura.



Elevadores Apicales: Para la extracción de tercios-
apicales que no hayamos extrai-
do con el resto del diente.

CAPITULO VI

TECNICA DE EXODONCIA

TECNICA DE EXODONCIA

Considerao que este capítulo es de suma importancia - en exodoncia, ya que de una buena técnica dependerá el éxito de nuestro trabajo, y evitaremos ciertos accidentes los cuales pueden ser muy desagradables, tanto para nosotros como - para nuestros pacientes.

Uno de los principios básicos que en exodoncia nos - pueden ser de mayor utilidad es la paciencia, ya que como - nos repitió infinidad de veces nuestro maestro C. D. Manuel- G. Bravo Puente "la exodoncia no es una especialidad en la - cual nos podamos dar el lujo de desesperarnos o tratar de - llevar a cabo con suma rapidez".

Una vez hecha la anestesia, colocaremos a nuestro pa- ciente en la posición más adecuada; la cual está mayormente- explicada en el tema de posiciones en exodoncia.

Procederemos entonces a lo que conocemos con el nom- bre de debridación o sindesmotomía, que es separar las fi- bras de la encía adherida, y las fibras de soporte del diente, en este paso se pueden utilizar las pinzas de curación - o un elevador recto, siendo mejor este último; se introduce- dos o tres milímetros aproximadamente por debajo del borde - libre de la encía, hasta llegar al hueso, haciendo esto todo alrededor del diente, y teniendo cuidado de no pasar por alto aunque sea una pequeña zona, ya que esto nos podría difi- cultar una aplicación correcta de nuestros forceps, así como provocar un desgarre de tejido en el momento de traccionar - la pieza; una vez que nos encontramos a nivel de hueso efec- tuaremos movimientos de torción.

Se toma el elevador recto con la palma abierta y el- dedo índice siguiendo la línea axial del elevador, dejando -

una distancia aproximada de 3 milímetros entre la punta del elevador y la punta de nuestro dedo, con el objeto de que si se resbala, podamos adelantar el dedo para proteger. Asimismo el resto de los dedos de la mano nos servirán para sujetar firmemente el elevador.

En piezas superiores vamos a trabajar con el sillón - alto; y para inferiores posición posterior derecha, que es aproximadamente 10 cm. por abajo de la escuadra formada por el brazo.

La posición del elevador deberá ser lo más perpendicular posible, a la superficie oclusal. El elevador nos sirve como ya dijimos anteriormente, para debridar, así como para aflojar la pieza.

Con los dedos pulgar e índice de la mano contraria, - debemos proteger a los alveolos.

Los elevadores presentan una gran variedad tanto en anchura como la terminación de la punta de los bocados (vease capítulo de instrumental).

Los pasos para la extracción son:

- a) Prehensión.- Que es la que hacemos en la pieza lo más - apical posible.
- b) Luxación.- Movimientos realizados para aflojar la pieza por extraer.
- c) Tracción.- O extracción propiamente dicha, es el mo--mento en el que retiramos completamente la pieza del alveolo.

El siguiente paso a seguir, es la colocación de nuestro forceps en la pieza por extraer, para ello deberemos de haber elegido anteriormente el forceps indicado para cada pieza en particular, lo cual está ampliamente desarrollado en el capítulo de instrumental.

En piezas superiores.- La punta del bocado de nuestro forceps irá hacia afuera del operador, el cual tomará con la palma de la mano. Nuestra colocación será diferente y al lado derecho del paciente, y la posición del mismo será como se explica en el capítulo de "posiciones del paciente y del operador".

Procedemos a efectuar nuestra "prehensión"; la posición de las puntas de nuestros bocados, nunca deberán ser en alguna zona de la corona del diente, sino ser aplicadas en el cuello lo más apical posible, con el fin de evitar la fractura de la corona, pues el cuello es un punto que tiene mayor resistencia.

Con los dedos índice y pulgar de la mano opuesta, protegeremos las tablas óseas vestibular y palatina, colocando el dedo índice en vestibular y el dedo pulgar en palatino, de tal manera que la palma de nuestra mano quede viendo hacia la cara del paciente, esta es la posición que se adoptará para dientes anteriores y posteriores del lado izquierdo, y para el lado derecho en dientes posteriores, el dedo índice deberá ir por palatino y el pulgar colocado por el lado vestibular.

"Luxación".- En piezas superiores el movimiento es con todo el brazo a base de movimientos de palanca, o movimientos pénculares y firmes de vestibular a palatino hasta lograr la total luxación del diente.

"Tracción".- O extracción propiamente dicha. En este momento debemos de prestar especial atención, pues el movimiento de tracción, se realiza tirando hacia abajo y afuera, en algunos casos se hará ligeramente hacia adelante, como es el caso de los dientes anteriores, teniendo cuidado de no lesionar nuestras piezas antagonistas con el instrumento.

En piezas Inferiores.- El bocado de nuestro forceps se sostiene con la palma de la mano pero en posición opuesta a la que adopta para piezas superiores, es decir, que se sostiene con el bocado viendo hacia nosotros. La colocación de nuestro paciente será más baja que en superiores (verse capítulo "posición del paciente y del operador"), así mismo nosotros ocuparemos la posición posterior derecha.

Llevaremos a cabo nuestra "prehensión", de la misma forma que indico en dientes superiores; con los dedos índice y pulgar de la mano desocupada, protegeremos las tablas óseas, para lograr esto, pasaremos nuestro brazo por la parte posterior de la cabeza de nuestro paciente.

El dedo índice irá colocado en vestibular ayudandonos también a retraer un poco el carrillo o el labio cuando se trate de dientes anteriores, y el dedo pulgar nos ayudará a proteger la tabla lingual, así como controlar un poco la lengua, esta posición se adoptará cuando se trate de dientes anteriores, y posteriores del lado derecho.

Cuando se trate de piezas posteriores del lado izquierdo, la posición de los dedos índice y pulgar serán a la inversa.

Los dedos restantes de esta misma mano, nos servirán para sujetar la mandíbula por abajo, con el fin de mantenerla en una posición más firme y evitar de esta manera lesiones.

nes a la articulación temporomandibular, cuando estemos efectuando los movimientos de luxación y tracción.

Llevaremos a cabo nuestra "prehensión", lo más apical posible y procederemos con la "luxación" de nuestra pieza, - que a diferencia con las superiores, los movimientos serán - de muñequo de vestibular a lingual.

"Tracción".- La cual se llevará a cabo traccionando-hacia arriba y hacia afuera, y en ocasiones ligeramente hacia adelante como es el caso de los incisivos centrales y laterales, deberemos prestar especial cuidado en no lesionar - las piezas superiores cuando efectuemos este movimiento, así como de mantener bien fija la mandíbula con nuestra mano izquierda, con el fin de evitar alguna lesión a la articulación temporomandibular.

Una vez realizada la extracción, revisaremos el alveolo haciendo uso de una cucharilla con el fin de eliminar alguna esquirla que pudiese haber quedado en el alveolo; y con la misma rasparemos el hueso lo suficiente como para producir sangrado, con el fin de lograr la formación de un buen-coágulo, esencial para una buena cicatrización; asimismo con los pulpejos de los dedos índice y pulgar, presionaremos la encía para lograr una mayor aproximación de bordes.

Paso seguido, colocaremos un algodón y le pediremos - al paciente que lo conserve en la boca por lo menos durante una hora, asimismo que evite el ejercicio y que no moleste - el coágulo con la lengua.

El paciente deberá visitarnos al segundo día después de la extracción o antes si presenta algún problema, lo cual permitirá al profesional llevar un mejor control sobre el - trabajo realizado.

CAPITULO VII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES MAS COMUNES EN EXODOCNCIA.

A pesar de lo que opinan algunas personas con respecto a la Exodoncia, a la cual no le conceden importancia y - piensan que el hecho de hacer una extracción no representa - ninguna dificultad y que por lo tanto no implica riesgo algu - no; es decir, creen que dicha intervención se trata de una - simple maniobra mecánica sin peligro, la realidad es que di - cha intervención reviste gran importancia dado todos los pro - blemas que en un momento dado pueden presentarse durante el - desarrollo de la misma, motivo por el cual se deben tomar el - mayor número de precauciones con el fin de evitar todos és - tos accidentes y complicaciones que se pueden presentar du - rante la extracción o después de ella; en caso de que desa - fortunadamente llegaran a ocurrir a pesar de nuestros cuida - dos, debemos estar debidamente preparados para poder enfren - tarnos a la situación, y sacar adelante el problema en cues - tión.

En ocasiones estos accidentes, son provocados por la - irresponsabilidad o falta de cuidado del cirujano dentista, - quien emplea instrumental contaminado o en condiciones poco - favorables en cuanto a su calidad; o bien que por no hacer - un interrogatorio y una historia clínica completas para ente - rarse de las condiciones sistémicas de su paciente, actua a - ciegas. Lo que trae como consecuencia trastornos y complica - ciones que en determinado momento pudieran resultar de conse - cuencias graves y aún funestas.

Otro factor que interviene en este aspecto, es el ex - ceso de confianza que en presencia de un caso aparentemente - fácil, pueda sentir el Cirujano Dentista; dicho factor de - confianza, puede ocasionar serios trastornos y contratiempos, - ya sue por la misma seguridad que el operador tenga de sí - mismo, muchas veces lo lleva al error de no valorar debida - mente un caso y empezar a intervenir sin grandes precaucio - nes, pero al presentarse la realidad, es decir, aquella ex -

tracción aparentemente fácil se comienza a tornar difícil, - provoca que aquella actitud confiada y segura del principio, se torne en desconfianza, inseguridad, nerviosismo y alteración que complicará más la situación ya existente.

Pero no sólo el Cirujano Dentista es responsable de - estos accidentes y complicaciones; también lo son la reac- - ción del organismo, los defectos de fábrica del instrumental, las condiciones de los dientes por extraer y la conducta del paciente tanto durante la extracción, así como después de - ella.

Ahora bien, se sabe que los accidentes y complicaciones en Exodoncia, se van a dividir en cuatro grandes grupos, los cuales a su vez van a subdividirse en subgrupos, tales - como:

I.- Complicaciones debidas a la solución anestésica.

A.- Generales.-

- a).- Lipotímia.
- b).- Colapso.
- c).- Shock.

B.- Locales.

- a).- Lesión vascular con formación de Hematoma.
- b).- Zona isquémica.
- c).- Dolor y parestesia.
- d).- Parálisis facial
- e).- Necrosis.
- f).- Trismus de la Inyección.

II.- Accidentes Inmediatos.-

A.- Relacionados con el instrumental.

- a).- Fractura de Agujas.
- b).- Fractura de algún instrumento.

B.- Relacionado con el diente o dientes vecinos.

- a).- Trastornos del diente.
- b).- Luxación de los dientes vecinos
- c).- Extracción del folículo del permanente.

C.- Relacionado con los maxilares.

- a).- Fractura del proceso alveolar.
- b).- Fractura completa.
- c).- Luxación de la mandíbula.
- d).- Lesión del Seno Maxilar.

D.- Relacionado con las partes blandas.

- a).- Desgarradura de la mucosa.
- b).- Contusión o herida de labios, carrillos, bóveda palatina, piso de la boca y lengua.

III.- Accidentes Consecutivos.-

- a).- Hemorragias.
- b).- Abscesos.
- c).- Flemones.
- d).- Tétanos.
- e).- Penetración de los dientes a las vías respiratorias o digestivas.

IV.- Accidentes del Simpático.-

- a).- Neurálgias.
- b).- Trastornos de los órganos de los sentidos.
- c).- Trastornos en los estados fisiológicos.

De todos ellos, podemos decir que los que con mayor frecuencia se presentan, son: lipotimia, trismus de la inyección, fractura del diente por extraer, luxación de los dientes vecinos, fractura del proceso alveolar, lesión del seno-maxilar, luxación de la mandíbula, hemorrágias y alveolitis. A continuación, trataremos cada uno de ellos, dando su descripción, etiología y tratamiento.

LIPOTIMIA.-

Pérdida repentina y temporal del conocimiento y sensibilidad, como consecuencia e la anemia cerebral consecutiva al descenso rápido de la tensión sanguínea o vasodepresión - excesiva. Tiene su origen en una depresión de la acción cardíaca causada por alguna acción o factor del medio; en el caso que nos ocupa, comunmente es el Stress nervioso. La consecuencia de ello, es la disminución de flujo sanguíneo al cerebro; sus síntomas son: mareo, dificultad visual, zumbido de oídos, conducta insegura, la piel se torna pálida, existe sudoración fría, náuseas y el pulso se acelera pero a la vez es débil.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición de tren de lenburg, con el fin de que exista mayor aporte sanguíneo al cerebro, alfojarle las ropas que puedan ejercer cierta presión sobre el cuerpo y que por lo tanto dificultan la circulación sanguínea; en algunos casos es necesario dar a inhalar alcohol o sales amoniacaales y administrar bebidas calientes tales como café o té.

TRISMUS DE LA INYECCION.-

Rapidez esposmódica de los músculos masticadores, lo que origina que las arcadas dentarias se mantengan en oclusión constante. Es una reacción entálgica o inflamatoria - directa de los músculos masetero y pterigoides principalmente. Puede presentarse con inflamación, dolor y tumefacción, las cuales no son constantes, mientras que la limitación de los movimientos puede presentarse súbita o gradualmente.

La causa de dicha reacción, es la lesión que provocamos en las fibras musculares cuando introducimos la aguja - para anestesiar.

El tratamiento consiste principalmente en dar una especie de masaje a dichos tejidos, a base de movimiento mandibular ya que éste tipo de ejercicio va a ayudar a reestablecer paulatinamente el movimiento muscular; uno de los medios más socorridos y eficientes para dicho ejercicio, es el de - masticar chicle durante media o una hora tres veces al día, - la cantidad de chicle debe ser de dos a tres tablillas. Además se deben administrar fármacos del tipo antiinflamatorio - con el fin de lograr una recuperación más rápida.

FRACTURA DEL DIENTE POR EXTRAER.

Como su nombre lo indica, es la solución de continuidad de los tejidos del diente que se va a extraer. Es el - accidente más frecuente en Exodoncia, presentandose durante el acto operatorio y siendo varias las causas que lo provocan, tales como: Mala colocación de los bocados del forceps, fuerza excesiva durante los movimientos de luxación, coronas debilitadas por procesos cariosos extensos y anomalías radiculares. Aunque las causas principales de dichos accidentes se fijan en el incompleto estudio clínico y radiográfico -

del diente por extraer, o a las equivocadas técnicas quirúrgicas. Todos estos factores influyen para que se presenten fracturas de las formas más variadas, pero con la particularidad común de desprenderse la corona y quedar la raíz en su respectivo alveolo.

Si analizamos lo dicho anteriormente, podremos darnos cuenta de la importancia que tiene el hecho de ser cautos y cuidados tanto al auscultar la zona clínica y radiográficamente, como al actuar durante el acto operatorio; logrando con ello prevenir de éstos accidentes en lugar de tratarlos después.

Quando la fractura se ha presentado, toda nuestra atención debe dirigirse y concentrarse en extraer los fragmentos o restos radiculares que han quedado en el alveolo. Si la extracción se inició sin estudio radiográfico previo, será conveniente tomar una radiografía para darnos idea de la forma y disposición radicular. A continuación se procederá a eliminar todos los fragmentos óseos y dentarios que se encuentren en la zona y se cohibe la hemorragia, con el fin de aclarar el campo operatorio, lo cual se complementa con un lavado de la región a base de suero o agua bidestilada.

Una vez logrado esto, se procede a la extracción de los restos radiculares; cuando se trata de fracturas provocadas por las condiciones coronales del diente, por lo general se puede efectuar dicha operación con relativa facilidad, empleando para ello elevadores y forceps para la extracción de raíces. Pero habrá ocasiones en que necesariamente se tenga que levantar un colgajo en la mucosa gingival, para poder hacer la extracción por medio de una ventana ósea que facilite la extirpación de los restos radiculares sin causar gran traumatismo en los tejidos vecinos al campo operatorio. Para ello se deben seguir los siguientes pasos:

1o.- Se hará la asepsia de toda la zona, empleando para ello sustancias antisépticas no caústicas, pues lasterían los tejidos.

2o.- Se practica una incisión cuya longitud, amplitud dirección y forma nos permita levantar un colgajo mucoperiostico amplio que facilitará una mejor visibilidad y por lo tanto una mayor seguridad y protección para los tejidos y la intervención misma.

3o.- Se harán unos trepanos con una fresa de bola, las cuales se unirán posteriormente con una fresa de fisura para poder desprender la ventana ósea por la que vamos a extraer el resto radicular; cabe hacer la aclaración, que todos estos pasos, se deberán hacer bajo un chorro constante de suero, solución salina o agua bidestilada, con el objeto de estar enfriando constantemente el hueso y no provocar en el trastornos mayores como pudiera ser una osteomielitis causada por sobre calentamiento óseo; todo este corte en hueso, deberá ser empleando motor de baja velocidad, ya que si empleáramos el de alta podríamos provocar enfisemas debido al aire que expulsa dicho motor o turbina.

En algunas ocasiones no es necesario abrir una ventana ósea amplia, ya que en dichos casos basta con hacer un trepano por debajo del ápice del resto radicular que se desea extraer, y a través de él introducir un elevador y empujarlo hacia el borde alveolar.

4o.- Una vez que se ha levantado la ventana ósea, se procederá a remover las raíces de sus alveólos, ya sea extrayéndolas por la cara vestibular del hueso y a expensas de la ventana abierta en el mismo, o bien ayudandonos de dicha ventana, podremos hacer cortes radiculares con el fin de eliminar toda retención que impida la extracción de las raíces en cuestión.

5o.- Cuando se ha eliminado todo vestigio de resto ra-
dicular, tenemos la obligación de efectuar un raspado de to-
da la zona vecina a los restos que acabamos de extraer, con-
el fin de retirar todo el tejido necrosado, así como todos -
los residuos de colección purulenta que pudiera existir.

6o.- Se procede a regularizar todos los bordes óseos,
para eliminar partes o zonas anfractuosas que quedaron como-
resultado de la osteotomía y que posteriormente laceren y --
lastimen los tejidos blandos; para dicha regularización, em-
plearemos osteotomos y limas para hueso.

7o.- El paso siguiente consistirá en el lavado con --
suero, solución salina o agua bidestilada para eliminar to--
das las esquirlas óseas que se encuentren en la zona, las .-
cuales en caso de permanecer ahí, van a alterar la coagula--
ción y la cicatrización.

8o.- Por último, para dar por terminada la interven-
ción, se esperara a que el alveolo se llene de sangre, se -
adosará el colgajo a su sitio de origen y se sutura emplean-
do sutura de tres ceros; en estos casos no es aconsejable -
emplear para suturar materiales absorbibles como el catgut,-
porque en algunas ocasiones empieza la absorción del mate- -
rial de sutura, antes de que se encuentren adosados más o me-
nos firmes los tejidos blandos, y consecuentemente hay un -
desprendimiento de ellos o una falsa cicatrización.

LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS.

Este accidente se presenta al transmitir la presión -
ejercida sobre el forceps o los elevadores a los dientes ve-
cinos, los cuales resultan lesionados de diversas maneras; -
las cuales pueden variar desde la fractura de sus coronas -
por encontrarse debilitadas las mismas por procesos cariosos

o por obturaciones sumamente amplias, hasta moverlos de su posición inicial hasta desalojarlos de sus alveolos.

El tratamiento de dichos accidentes variará dependiendo de la gravedad del caso y la valoración que del mismo se haga. En caso de fractura coronaria, se retirarán los fragmentos y posteriormente se procederá a la reconstrucción de la parte afectada; tratándose de una luxación pequeña, pero que ha provocado movilidad en el diente, se tratará de mantenerlo en su sitio por medio de una férula; cuando el diente ha sido avulsionado completamente, el tratamiento variará dependiendo de la valoración del caso y siempre y cuando dicho diente sea importante desde el punto de vista funcional o que no se encuentre involucrado en un proceso patológico; dicho tratamiento será más complicado y en combinación con un tratamiento endodóntico.

FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR.

Este accidente se presenta con relativa frecuencia durante el curso de extracciones difíciles o cuando el hueso alveolar deja un espacio de salida menor de diámetro que el de la raíz. En algunas ocasiones el fragmento óseo se desprende del resto del hueso y sale adherido a la raíz del diente extraído; en estos casos, por lo general queda una superficie anfractuosa, dentada y lacerante, la cual habrá que suavizar empleando una lima para hueso.

En otras ocasiones el fragmento se desprende quedando suelto en el alveolo, de donde deberos sacarlo ya que puede causar procesos infecciosos como osteitis o abscesos que persistiran mientras no se extirpe el fragmento mencionado.

Una variedad de éstas fracturas, es aquella en la que el fragmento fracturado se ha desprendido de uno de sus extremos y queda adherido en el otro en cuyo caso existe un ma

por número de probabilidades que se presente una cicatriza--
ción ósea, regenerandose así el hueso lesionado.

LESION DE SENOS MAXILAR.

Es un accidente o complicación en la que se ve involu--
crado el Antro de Highmore y la cual debemos tratar perfecta--
mente para evitar complicaciones mayores. Puede presentarse
en cualquiera de las siguientes condiciones: lesión o perfora--
ción de la mucosa sinusal, penetración o proyección de algu--
n instrumento al interior del seno maxilar y proyección y
permanencia en el seno maxilar de alguna raíz o diente com--
pleto. Suele deberse a la negligencia del operador o al em--
pleo de técnicas operatorias inadecuadas, pero la causa que--
podría llamarsele predisponente, es la amplitud de dicho se--
no y la vecindad del mismo con las raíces de algunos dientes
como sucede con los molares y premolares.

En opinión de algunos autores es una complicación muy
frecuente durante la extracción y no es raro que el odontólogo
no advierta lo ocurrido, debido a lo pequeña que resulta--
la comunicación o abertura sinusal.

En otros casos como sucede con la proyección de algún -
instrumento al interior del seno, se puede decir que carece--
de importancia, siempre y cuando se vigile la correcta forma--
ción del coágulo, para lo cual se puede proteger el alveolo -
con gasa esterilizada, la cual dejaremos en el sitio adecua--
do por un tiempo más o menos razonable que permita la forma--
ción y organización del coágulo, que será el que vaya a se--
llar o tapar la apertura provocada en la mucosa sinusal. En
estos casos no es aconsejable el empleo de agentes hemostáti--
cos absorbibles ni de ningún otro tipo de material, ya que -
lo ideal es conseguir que el alveolo sea ocupado por un coá--
gulo normal.

En el caso de la penetración y permanencia de una raíz o un diente completo al seno maxilar, el tratamiento es más complicado, pues abarca desde la extracción de fragmentos óseos o dentales que se encuentren en la zona del problema, una correcta y completa asepsia de la misma, localización radiográfica de la raíz, localización clínica de la misma y extracción de dicho cuerpo del seno maxilar. Para (extraer) extraer un diente o una raíz del seno maxilar, es necesario e indispensable determinar su posición, tamaño y forma para poder trazar un plan de tratamiento adecuado a las necesidades del caso; y la única forma de lograr esto, será a base de un estudio radiográfico en el cual se van a emplear radiografías periapicales con distintas angulaciones y radiografías oclusales que nos ayudarán a determinar los datos al principio mencionados.

Una vez localizado el cuerpo que se va a extraer del seno maxilar se procederá a efectuar la extracción propiamente dicha, la cual variará dependiendo del sitio en que se encuentre dicho cuerpo, y así tenemos:

1o.- Cuando la raíz o el diente han quedado cerca del alveolo original, se efectuará una exploración armada de la zona, teniendo mucho cuidado en ello para no introducir más dentro del seno el cuerpo en cuestión; una vez localizada, si no es posible extraerlo con algún instrumento delgado o con un aspirador quirúrgico, se procederá a ampliar la comunicación entre el seno maxilar y el alveolo, y poder hacer la extracción sin riesgo de una complicación mayor.

Una vez logrado esto, habrá que tratar de afrontar los tejidos blandos para ver que cantidad de hueso de las láminas externa e interna hay que eliminar para permitir la aposición de dichos tejidos, los cuales una vez suturados van a proteger y a facilitar la cicatrización de todos los tejidos y estructuras afectadas ya sea durante el accidente o en el tratamiento del mismo.

2o.- Cuando la raíz ha quedado muy arriba dentro del seno, entonces la vía de acceso será la vestibular y para ello se empleara la siguiente técnica:

1).- Se trazan dos incisiones convergentes, que iran desde el surco vestibular hasta el borde libre de la encía, - ésta incisión debe coincidir con el alveolo en el que se inicio la extracción.

2).- Se levanta el colgajo para dejar al descubierto el hueso; ayudandonos de las radiografias, vamos a calcular a que altura se encuentra el piso del seno y por lo tanto la raíz o el diente por extraer.

3).- Se practican unos trepanos que pueden ser cuatro, seis u ocho los cuales se van a unir posteriormente entre sí para poder levantar la ventana ósea a expensas de la cual vamos a realizar la extracción; cabe hacer la aclaración que toda esta maniobra habrá que realizarla con sumo cuidado para no lesionar la mucosa sinusal.

4).- Una vez que ha quedado al descubierto dicha mucosa, vamos a practicar en ella una incisión con un bisturí para poder llegar al interior del antro y una vez terminada la intervención poderla suturar para que su recuperación sea más rápida y el riesgo de complicaciones postoperatorias sea mínimo.

5).- Cuando se ha establecido una franca vía de acceso, vamos a proyectar un haz luminoso al interior del seno, - se buscará la raíz o el diente y con una pinza de disección - larga y angosta vamos a tomarlo y a extraerlo; también se puede emplear una cucharilla para hueso.

6).- Una vez hecha la extracción, se procede a la sutura de los tejidos blandos, la cual no solamente debe efec-

tuarse en la mucosa sinusal y en el colgajo que levantamos, -sino que también habrá necesidad de hacerlo en borde alveolar tal y como se hizo en el caso anterior.

Ambos casos se emplean por lo general para la extracción de raíces o dientes pequeños; y como medidas postoperatorias, se administran antibióticos, antiinflamatorios y se le indica al paciente que no deberá sonarse la nariz durante varios días, empleando para su limpieza isopos limpios.

Cuando el diente que se ha proyectado hacia el interior del seno es un diente grande y está completo como sucede frecuentemente con el tercer molar, la técnica a seguir es la de Caldwell. Esta vía es de preferencia por su fácil acceso y exposición óptima, siguiendo la técnica antes mencionada y que es a nivel de la fosa carina.

Cuando se presenta hemorragia durante la intervención basta con aplicar un taponamiento al seno durante unos minutos antes de suturar.

LUXACION DE LA MANDIBULA.

Es la salida parcial o total del cóndilo de la cavidad glenoidea. Este accidente se debe a todas las causas que tienden a exagerar el descanso normal de la mandíbula; pudiendo ocurrir por la abertura exagerada de la boca al bottear, reirse o vomitar; la artritis crónica causada por oclusiones anormales, puede tener como consecuencia la luxación habitual de la articulación temporomandibular.

Este problema, también puede presentarse por situaciones traumáticas, o por situaciones operatorias, como sucede en la introducción de abre bocas, durante una operación larga y fatigante y en la extracción de los terceros molares infe-

riores por ejercer demasiada presión sin proteger ni sujetar la mandíbula.

De acuerdo con la anatomía de la articulación temporo mandibular, la única luxación posible del cóndilo sin que exista fractura, es la que se lleva a cabo hacia adelante; - pues cuando se efectua hacia arriba, afuera y atrás, se presenta fractura de hueso temporal o del cóndilo de la mandíbula.

Dentro de esta luxación hacia adelante, se pueden presentar cuatro variantes: anterior, superior, posterior, y la terial.

Tratamiento:

El maxilar puede volver a ser ubicado en su sitio. - En la mayoría de los casos, la reducción se produce por sí sola; en caso de que esto no suceda, habrá de corregirla el operador por medio de un procedimiento sencillo conocido con el nombre de Nelatón, consiste en lo siguiente:

El paciente debe estar sentado lo más bajo posible - con la cabeza apoyada firmemente en el cabezal; para ello se necesita que una segunda persona le sujete fuertemente, en caso de no disponer de alguien que nos ayude, podemos lograr dicha sugección mediante vendas o algún otro material que nos permita fijar la cabeza del paciente al cabezal del sillón. Una vez logrado esto, el operador debe situarse por delante del paciente y colocar los dedos pulgares sobre las caras oclusales de los molares y los demás sujetando el borde inferior de la mandíbula.

A continuación se procederá a efectuar los movimientos necesarios para reducir la luxación y que son los siguientes:

- 1).- Se fuerza la apertura de la boca haciendo presión hacia abajo, para salvar el obstáculo que la cavidad glenoidea del temporal ofrece al cóndilo de la mandíbula.
- 2).- Un movimiento hacia arriba y atrás reducirá la luxación.
- 3).- El empleo de antiinflamatorios, compresas húmedas calientes y fisioterapia, ayudan bastante en la recuperación del paciente.

Quando se trata de luxaciones persistentes o recurrentes, puede ser necesario emplear la fijación que se obtiene de la ligadura intermaxilar por un período de tres o cuatro semanas.

HEMORRAGIA.

Es la salida de sangre de los vasos que la contienen debido a diversas causas, siendo la principal la ruptura de las paredes de dichos vasos. Lo conveniente en éste tipo de problemas, es prevenirlas y no tener que estarlos tratando en medio de cierto nervisismo y alteración del paciente, lo cual en un momento dado puede complicar más la situación y provocar situaciones graves y aún funestas.

El mejor medio para prevenir estos trastornos es hacer una buena historia clínica que nos permita darnos cuenta de las condiciones de nuestro paciente y en éste caso particular, las condiciones de su aparato cardiovascular y por lo tanto propensión a hemorragias debido a insuficiencia de vitaminas K, C, P; o bien por algún otro tipo de alteración como son las discracias sanguíneas.

En el caso de las hemorragias que se presentan durante la extracción o después de ella, por lo general son pequeños vasos sangrantes que durante algunos minutos están vertiendo líquido hemático pero que por sí solos se van obliterando por el mismo mecanismo de defensa o protección circunstante de la sangre como lo es la fibrina.

Aunque existan ocasiones en que los vasos que sangran no son tan pequeños y entonces se presenta un sangrado constante al que hay que atender en forma especial; para ello contamos con medios principales para cohibir una hemorragia, estos son: medios mecánicos, biológicos y químicos; los cuales se emplean en el mismo orden en el que se han mencionado.

Medios Mecánicos.

De ellos el más común es la presión, la cual puede efectuarse con los dedos, los cuales van a presionar las paredes del alveolo y por lo tanto cerraran la luz de los vasos sangrantes; esta presión también puede llevarse a cabo haciendo que el paciente muerda una gasa, lo cual además de proporcionar presión, facilitará la formación del coágulo así como la organización y retracción del mismo, con lo cual cesará el sangrado. También puede lograrse por medio de la cera ósea, la cual se introducirá en el alveolo y se presionara hacia la región apical con el fin de obstruir el paso de la sangre o bien de presionar el vaso sangrante y cerrar su luz, para evitar la salida de líquido.

Medios Biológicos.-

Son materiales o medicamentos de origen orgánico tales como la espuma de fibrina, la albúmina, la gretina, la celulosa etc., los cuales van a favorecer la formación del

coágulo y por lo general se aplican localmente.

Medios Químicos.-

Se emplean farmacoquímicos llamados hemostáticos, que pueden ser clasificados en; coagulantes y vasoconstrictores- los primeros favorecen la formación y retracción del coágu-- lo; entre ellos se encuentran el ácido oxálico, el ácido tánico etc. Los segundos obran disminuyendo la luz del vaso - y por lo tanto favoreciendo su obliteración; entre ellos se pueden citar la adrenalina, la epinefrina, la antipirina, - etc.

ALVEOLITIS

También se le conoce como alveolo seco, alveolo doloroso, alveolo infectado etc. Podemos decir que es una cicatrización en falso acompañada de dolor, el cual varía desde leve hasta exasperante; aunque en realidad el término más - adecuado para ello es el de alveología, que significa dolor- en el alveolo.

Su etiología está dada por diversas causas como son: infección periapical en el momento de la extracción, traumatismo a las paredes del alveolo durante la extracción, infiltración de drogas ácidas, tóxicas o izquemias las cuales - provocan vasoconstricción exagerada.

Para el tratamiento de éstas alveologías, se emplean técnicas que han resultado satisfactorias. Una de ellas con siste en lavar el alveolo con suero tibio, secar suavemente- aislar con gasa, colocar en el interior una gasa yodofarmada suturada con eugenol y se cubre el alveolo con una mezcla de óxido de zinc y eugenol, se hace esto cada tercer día.

Otra técnica, consiste en limpiar de restos de coágulo y alimenticios el alveolo, empleando para ello unas pinzas de curación envueltas con algodón para evitar lesionar el hueso; se efectúa un lavado a presión con agua bidestilada, utilizando para ello una jeringa hipodermica con aguja, la cual llevaremos hasta la región periapical, con el fin de eliminar todo el tejido necrosado o contaminante. Una vez hecho esto, se seca perfectamente y se coloca en el interior del alveolo esponja de fibrina, para después cubrirlo con una mezcla de óxido de zinc y eugenol o bien con cemento quirúrgico.

CONCLUSIONES

I.- Todo Cirujano Dentista que pretenda llevar a cabo un trabajo altamente profesional, deberá de efectuar una Historia Clínica completa y cuidadosamente elaborada, no solo con el objeto de llevar un mejor control de su paciente, sino para disminuir riesgos durante y después del acto operativo, los cuales podrían ser de consecuencias desagradables para ambos.

II.- El conocimiento de las Indicaciones y Contraindicaciones para llevar a cabo una extracción es de primordial importancia, ya que por medio de ellas nos podremos dar cuenta hasta que punto se puede conservar una pieza dentaria, o cuando deberemos realizar la avulsión de la misma, pues su conservación podría poner en peligro la salud del paciente.

III.- Una posición correcta tanto del paciente como del operador, se traducirá en una mayor efectividad de nuestro trabajo, así mismo disminuirán las posibilidades de provocar algún accidente durante el tiempo en el cual realizamos la extracción, y evitará que el operador adopte posiciones viciosas, las cuales lo afectaran con el paso del tiempo.

IV.- Uno de los postulados para llevar a cabo una correcta extracción, es la de evitar todo dolor innecesario, por lo cual el Cirujano Dentista deberá de dominar todas las técnicas de anestesia empleadas en exodoncia, de esta manera el paciente quedará mayormente agradecido para con nosotros.

V.- El instrumental que vamos a emplear deberá de encontrarse siempre en buen estado y perfectamente esterilizado, los accidentes también se verán disminuidos, con el buen conocimiento y empleo del mismo.

VI.- Siempre una buena técnica nos conducirá al éxito de un tratamiento, en el caso de exodoncia esto nos reducirá las probabilidades de fracaso, evitando fracturas o lesiones a tejidos contiguos a la pieza dentaria por extraer, lo cual constituye uno de los puntos básicos para llevar a cabo una buena extracción.

VII.- La práctica de la exodoncia, requiere de bases científicas bien cimentadas por parte del Cirujano Dentista, de otra manera el trabajo del operador dejará mucho que desear, y por lo tanto, no podrá ser considerado como un auténtico profesional.

VIII.- Considero que todo paciente tiene el derecho de saber el por que de la pérdida de alguna de sus piezas dentarias, y es nuestro deber como profesionales el dedicar un poco de nuestro tiempo, para explicar al paciente la causa; Así mismo habrá que indicarle, la necesidad de la colocación posterior de algún aparato protésico, con el fin de restablecer la oclusión y conservar la salud del aparato estomatognático, y no solo esto, sino que también le será devuelta la estética lo cual es motivo de gran preocupación por parte del paciente.

IX.- Si por alguna razón se llegaran a presentar accidentes y complicaciones, es importante que estemos preparados para tratarlos y que tengamos consciencia de lo que se va a hacer, como lo vemos a realizar, y que sepamos cuales son nuestras limitaciones con el fin de no complicar más el problema.

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

Apuntes Inéditos de la Cátedra de Exodoncia.

C. D. Manuel G. Bravo Puente

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

U. N. A. M.

- ORAL AND MAXILOFACIAL SURGERY. W. Harry Archer; Volume One; W. B. Saunders Company; Fifth Ed; 1975; Philadelphia, London, Toronto, Pags. 16-25, -42-46, 46-93.
- CIRUGIA BUCAL. Ries Centeno; Ed. EL ATENEO; Séptima Edición; 1973; Buenos Aires, Pags. 145-169, -179-181, 201-233, 437-453.
- CIRUGIA BUCAL. Gustav D. Kruger; Editorial Interamericana; 1a. Ed. 1960; México; Pags. 359-361.
- MEDICINA BUCAL. Diagnóstico y tratamiento. Burket L. W; - Ed. Interamericana 6a. Ed.; México, 1973.- Pags. 231-248, 257-260, 269-277, 281-310 - 311-336, 364-395.
- MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA. ASTRA. México: Pags. 16- 32
- INSTRUMENTS. S.S. WHITE. Philadelphia, U.S.A. Págs. 31-43.