

14 852

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



**INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN
EXODONCIA.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ELISINDA DEL CARMEN REYES MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO I

DEFINICION E HISTORIA

CAPITULO II

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE CARA Y DIENTE

CAPITULO III

**INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN LA -
PRACTICA DE LA EXODONCIA**

CAPITULO IV

INSTRUMENTAL Y SUS TECNICAS DE USO

CAPITULO V

CASO CLINICO Y SU TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

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

Como se tiene conocimiento y se sabe, que cuando la Odontología Reconstructiva y Operatoria, Tratamientos Radiculares y Terapia Médica son insuficientes para sanar una lesión dental se debe intervenir con la Terapia Quirúrgica.

Es el motivo por el cual se ha escogido el tema de Indicaciones y Contraindicaciones en Exodoncia ya que es de suma importancia conocer estos puntos para poder llegar a efectuar una extracción dentaria.

Las técnicas que se usan durante la práctica quirúrgica se deben conocer para que se tenga un fin positivo durante la intervención. Así como un tratamiento a seguir con extremo cuidado para un postoperatorio satisfactorio.

Debemos de tratar hasta donde estén nuestras posibilidades de conservar la vitalidad de las piezas dentarias ya que una dentadura sana y completa desempeña funciones de masticación, lenguaje y el aspecto estético que depende de las relaciones intermaxilares específicas de la mandíbula y el maxilar.

CAPITULO I

DEFINICION E HISTORIA.

Etimológicamente la palabra "EXODONCIA", se forma de la raíz griega EXO-que significa fuera y-ODONTOS-dientes, es decir dientes fuera.

La EXODONCIA es la rama de la odontología - que se ocupa de la avulsión de los órganos dentarios.

La extracción dentaria es la operación que tiene por objeto desalojar de sus alvéolos la raíz de los dientes, que se consideran como nocivos.

La extracción hasta hace poco se consideraba como un acto quirúrgico de poca importancia que se dejaba en manos de empíricos llamados sacamuelas por el vulgo.

Se tienen conocimientos de que en la antigüedad se hacían extracciones principalmente de dientes con extrema movilidad.

HIPOCRATES entre los griegos y CELSO entre los romanos practicaban esta ciencia.

ESCULAPIO (médico griego del siglo XIII - - A.C.) fue el que invento los instrumentos destinados a las extracciones dentales y los llamo (ODONTOGOGOS) y eran para uso de piezas completas y (RIZAGAS) para las raíces.

El fórceps moderno no es mas que el perfec-

cionamiento del mas antiguo de los instrumentos conocidos para la avulsión de los dientes.

PABLO DE ENGINE (600 años antes de J.C.) - formula algunas reglas para hacer la extracción dentaria, aconsejando desprender lo más profundo que sea posible la enfa del reborde alveolar y usando para hacer la extracción una pinza llamada "Acantabolas".

En la edad media uno de los instrumentos más usados un gancho de hierro o dentario, que vino hacer más tarde el "Pelicano". En el siglo XIV, GUY DE CHAULIC juzgó esta operación lo bastante peli- grosa para no ser permitida más que por los médicos.

AMBROSIO PARE (1550) manifiesta que para realizar una extracción dentaria se debe colocar al paciente lo más bajo posible a veces en el suelo sosteniendo la cabeza del paciente entre las piernas del operador. Entre los instrumentos que utilizó y de los cuales se encuentran dibujos se encuentran los pelicanos y el Pousoir, botador que es parecido al pie de cabras.

PIERRE DIONIS (siglo XVII) describe como instrumentos necesarios en exodoncia, el botador, el fórceps, la pinza de Pico de Cuervo, el Pelicano y el tiradientes.

GERENGEOT (1740) invento la llave que lleva su nombre y que deriva del pelicano. A este instrumento se le dio el nombre de llave inglesa por haber venido de Inglaterra, algunos años más tarde con ligeras modificaciones.

Por más de cien años esta lleva quedo constituida como el instrumento predilecto de los dentistas.

El fórceps anatómico fue ideado y fabricado por Thomes en el año de 1854, con un modelo especial para cada tipo de pieza dentaria.

ALBUCASIS describe los botadores, recibiendo cada uno el nombre de acuerdo con la forma de estos.

CAPITULO II

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE CARA Y DIENTE.

Debido a la importancia que se tiene el conocer la formación histológica y embriológica de la cara y la formación del diente también de sumo interés se hablara de esto en el capítulo a continuación.

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA:

A partir de la cuarta semana de vida intrauterina cuando el embrión alcanza una medida de alrededor de 3.5 mm., se inicia la formación de la cara en su extremo cefálico. La cara comienza a organizarse tomando como centro de referencia una pequeña depresión o estomatodeo, que sera la futura cavidad oral a partir de esta cavidad se forman surcos o fisuras que se profundizan por el crecimiento de las estructuras o de los procesos que forman la cara.

PROCESOS LOS CUALES SON:

- 1.- Proceso Fronto-Nasal.- Que forma la frente, segmentos orbitarios internos y la nariz.
- 2.- Los Procesos Maxilares daran origen al tercio lateral de la cara, regiones malares y maxilares.
- 3.- Proceso Mandibular, que formara la mandíbula, la lengua y el piso de la boca.

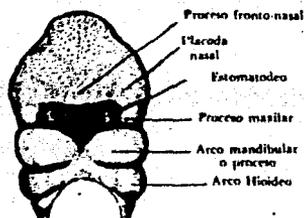
LAS FISURAS SON:

- 1.- La Fisura Oculonasal, que va del ángulo inter-

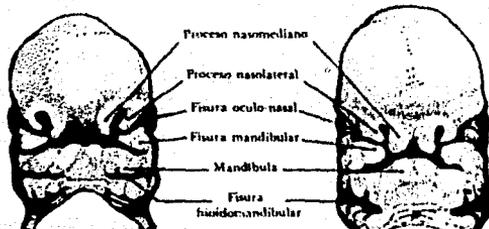
no del ojo primitivo a la base de la nariz, separa el proceso frontonasal del Maxilar.

- 2.- La Fisura Mandibular, que va de las partes más laterales del Estomatodeo hasta el lado externo de la cara separa el Proceso Maxilar del Mandibular.

EMBRIOLOGÍA HUMANA



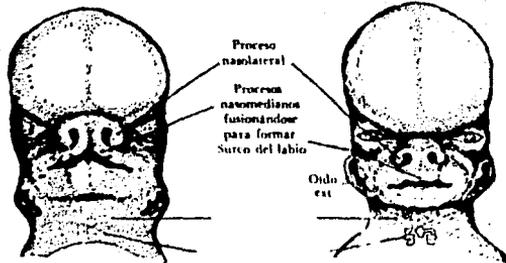
A. Cuatro semanas (8,5 mm.)



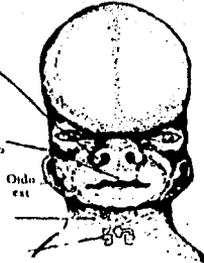
B. Cinco semanas y media (9 mm.)



C. Seis semanas (12 mm.)



D. Siete semanas (19 mm.)



E. Ocho semanas (28 mm.)

DIBUJOS QUE MUESTRAN EN LA SUPERFICIE FRONTAL, ALGUNAS DE LAS ETAPAS IMPORTANTES EN LA FORMACION DE LA CARA.

A partir de la cuarta semana, los lados de la prominencia frontonasal aparecen unas pequeñas depresiones o fositas ópticas, por debajo del Proceso Mandibular se observa una Fisura llamada Hioideo Mandibular que separa el Arco Mandibular de el Arco Hioideo.

En los bordes libres de la Fisura Hioidea - Mandibular se formara el Conducto Auditivo Externo y parte del Condilo Mandibular.

De la cuarta a la octava semana, las estructuras Faciales sufren un Proceso de medialización, se reúnen con su contraparte y los surcos que existían en ella desaparecen. Los Procesos Mandibulares se unen en la línea Media y forman la Mandíbula.

Los Procesos Maxilares se unen a los Mandibulares, formando en su unión las mejillas y el ángulo externo de la boca.

Los Procesos Maxilares se fusionan con el Proceso Fronto-Nasal, formando el tercio Medio de la Cara, El Labio Superior y la Nariz.

Los ojos se desplazan a los lados de la cara, hasta alcanzar su situación más anterior y más medial.

Todos estos pasos tienen lugar durante la cuarta y la octava semana de vida intrauterina y al final, las Fisuras desaparecen y los Procesos quedan firmemente unidos unos con otros.

De la Octava a la Decimosegunda semana, ocurre la formación del Paladar de la siguiente manera:

Existe al principio solo una gran cavidad - Oro-Nasal, ya que del Proceso Maxilar emergen dos conchas Palatinas que están situadas a los lados - de la Lengua, en el techo de la cavidad Oro-Nasal - esta el Septum-Nasal separando las cavidades Oral - y Nasal.

Los Segmentos quedan separados al principio por paredes Epiteliales que a continuación desaparecen y se hace una fusión sólida entre ellos, de esta manera al finalizar la doceava semana el Paladar se encuentra en definitiva formado.

Quedan por último aspectos de remodelación - y crecimiento, ya que la cara está con fuerza flexionada sobre el tórax, y posteriormente sufre un proceso de deflexión para permitir el crecimiento de la zona mandibular.

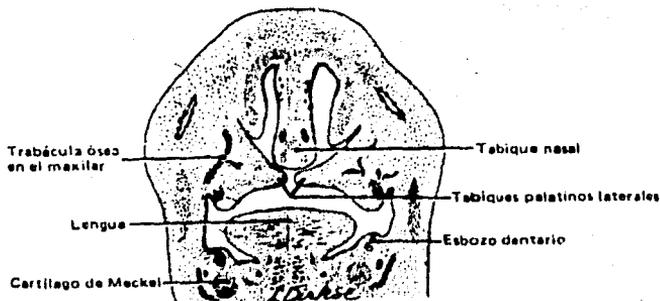


FIG. 1

DESARROLLO HISTOLOGICO Y EMBRIOLOGICO DEL DIENTE:

Cuando el embrión tiene aproximadamente 6 - semanas de edad, las células ectodérmicas de la Capa Basal del Estomatodeo Anterior empiezan a dividirse produciendo un engrosamiento prominente, al continuar el desarrollo, el epitelio crece dentro del Mesenquima Adyacente.

Alrededor de una semana aproximadamente se han formado 2 bandas anchas y solidas del epitelio llamadas "Láminas Dentales" una es localizada en - el Arco Maxilar Superior y la otra en el Arco Maxilar Inferior.

Cada diente se desarrolla a partir de una - yema dentaria, la cual consta de las siguientes - partes:

*Organo dentario que deriva del ectodermo Bucal, -
Papila Dentaria proveniente del mesenquima y Saco Dentario que deriva también del mesenquima.

El Organo Dentario produce el Esmalte, La - Papila Dentaria origina la pulpa y la dentina, el cemento y el ligamento parodontal los formara el - saco dentario.

El Epitelio Bucal, en su capa de células Basales, comienza a proliferar a un ritmo más rápido que las células adyacentes, originando un engrosamiento en la región del futuro Arco Dentario, el - cual se extiende a lo largo del borde libre de los Maxilares.

En forma simultánea con la diferenciación de la lámina dentaria, se originan de ella salientes redondeadas u ovoideas en diez puntos diferentes que corresponden a los diez dientes primarios y son los esbozos de los órganos o yemas dentarias.

Este crecimiento provoca cambios regulares en el tamaño y las proporciones de los germen^{es} dentarios provocados por una invaginación poco marcada, en la superficie profunda de la yema, las células periféricas forman el epitelio dentario externo en la convexidad.

Las células situadas en el centro del órgano dentario forman la malla conocida como "Reticulo Estrellado". Estas células del órgano dentario que se encuentran al centro forman el nódulo de esmalte y el cordón del esmalte, mismos que desaparecen en unos cuantos días. El casquete se agranda y se transforma en una estructura en forma de campana.

- 1.- Las células periféricas contiguas al epitelio interno dentario, crecen y se diferencian hacia odontoblastos.

Las células formadoras de los germen^{es} dentarios sufren cambios definitivos tanto morfológicos como funcionales sin embargo, estas suspenden su capacidad para multiplicarse conforme adquieren nueva función.

En esta fase alcanza su más alto desarrollo el órgano del esmalte y precede a la aposición del esmalte y de la dentina.

El órgano del esmalte adquiere forma de campana conforme se produce la invaginación del epitelio y proliferación de sus márgenes. El epitelio dentario interno es diferente en los ameloblastos - forman la capa llamada "Estrato Intermedio".

El epitelio dentario externo se dispone en pliegues proporcionando aporte nutritivo para la actividad metabólica del órgano vascular del esmalte. La lámina dentaria prolifera en su extremidad distal dando origen al órgano dentario del diente secundario, el cual se separa de la lámina en el momento en que se forma la primera dentina.

Las células periféricas de la papila se diferencian en odontoblastos, bajo la influencia del epitelio; esto se realiza ante la producción de esmalte. Por la influencia organizadora de la capa externa de la vaina epitelial de "Hertwig", se diferencian sus células en cementoblastos.

Las células formativas se disponen de tal manera que bosquejan y disponen la forma del futuro diente, durante esta capa el epitelio dentario interno y los odontoblastos, se marca la unión amelodentinaria, además da origen a la vaina epitelial de Hertwig.

La Actividad de Función de la Lámina Dentaria se puede considerar en tres fases:

- 1.- Iniciación de toda la dentición primaria a partir de los 2 meses de vida intrauterina.
- 2.- Iniciación de los dientes secundarios y prolongación

gación de la lámina para la formación del primer molar, su actividad es prolongada por unos cinco años y antes de desaparecer puede activarse en la región del tercer molar, pudiendo resistir sus restos como perlas de epitelio.

- 3.- El vestibulo se forma a partir del surco vestibular, la Vaina Radicular Epitelial de Hertwig esta constituida por epitelio dentario externo e interno, modela las raíces e inicia la formación de la dentina, cuando ha producido la diferenciación de las células del tejido conjuntivo hacia odontoblastos, la vaina pierde su continuidad, persistiendo solamente como "RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ" en el ligamento periodontal.

Hay diferenciación en cuanto ha su desarrollo de esta vaina en dientes mono o poliradicales pues forma el diafragma epitelial antes de comenzar la formación radicular.

La diferenciación de los odontoblastos y la formación de la dentina sigue el alargamiento de esta vaina radicular.

Las células de tejido conjuntivo se ponen en contacto con la superficie de la dentina y se diferencian en cementoblastos. El ahujero apical se reduce primero hasta la anchura diafragmatica y después se estrecha por la aposición de dentina y cemento en el vertice de la raíz.

El crecimiento es el resultado del depósito en forma de capas de una secreción extracelular no

vital que forma una matriz de tejido.

La matriz es depositada por las células a lo largo del lugar bosquejado por las células formativas en la etapa de morfodiferenciación y de acuerdo con una norma definida de la actividad celular.

Las células toman del torrente sanguíneo los materiales, que preparan y depositan en forma de globulos unos sobre otros. Los ameloblastos elaboran los granulos de pre-esmalte. Estas formaciones se llaman calcoferitos, los cuales se depositan unos sobre otros hasta producir un prisma de esmalte, manteniendose unido por la substancia interprismatica.

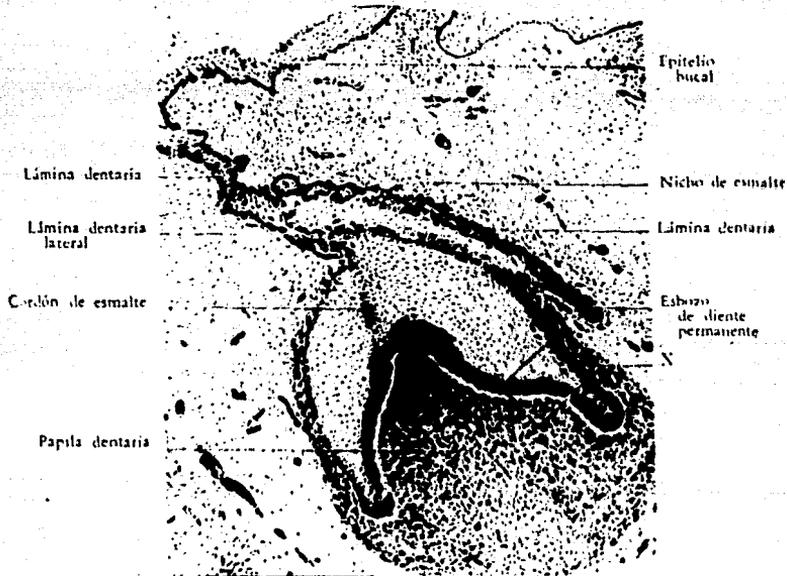
La matriz de la dentina se deposita en estado fluido que pronto se calcifica y recibe el nombre de preentina.

Las Fibras de Korff que estan entre los odontoblastos se convierten en parte integral de la matriz.

Las células periféricas de la pulpa, odontoblastos se retiran con el depósito de la matriz. Los odontoblastos dejan largas terminaciones protoplasmáticas (fibrillas dentinarias) que quedan encerradas dentro de la matriz dentaria, formando los tubulos dentinarios.

La migración del diente hacia la cavidad bucal comienza cuando esta todavía dentro del maxi--

lar. La primera aparición del diente en la cavidad-bucal es solo una fase del proceso eruptivo que continua.



FORMACION HISTOLOGICA Y EMBRIOLOGICA DEL DIENTE.

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN EXODONCIA.

Entre las indicaciones de la exodoncia podemos hacer mención de las siguientes:

1.- Afecciones Dentarias.

- a) Afecciones Dentarias, para las cuales no hubiese tratamiento conservador.
- b) Caries de Cuarto Grado.
- c) Complicaciones de dichas caries.

Por el tratamiento de conductos radiculares se ha disminuido la indicación de la exodoncia, quedando circunscritas en casos de afecciones del diente, propiamente dichas aquellas en que existe la inaccesibilidad del diente o de los conductos y no permitan aplicar la técnica conservadora.

2.- Afecciones del Paredencio.

Parodontosis que no puedan ser tratadas (como: movilidad de tercer grado, falta de sosten óseo, etc.).

3.- Razonamientos Protéticas, Estéticas u - Ortodónticas, Dientes Temporarios persistentes, - Dientes Supernumerarios, Dientes Permanentes por - razones protéticas u ortodónticas, cuya indicación de extracción sera dada por el protesista u ortodóncista.

Los dientes temporarios persistentes deben-

ser extraídos cuando la edad del paciente, de acuerdo con la cronología de la erupción dentaria normal del permanente. Así como los dientes supernumerarios y ectópicos deben ser extraídos.

4.- Anomalías de Sitio.

Retenciones y Semiretenciones sin tratamientos ortodónticos, los dientes retenidos en los maxilares deben ser extraídos cuando producen accidentes (nerviosos, inflamatorios u tumorales). La extracción puede evitarse en aquellos casos en que la técnica ortodóntica logre ubicarlos en su sitio de normal implantación. Esta justificada la extracción en caso de que la extracción no logra su éxito, el diente retenido produzca molestias.

Los dientes retenidos generalmente han de ser extraídos, estos producen en realidad problemas de potencia, será inteligente medida resolverlos antes de la aparición de los accidentes en estudio Rx de los maxilares, antes de la preparación de prótesis total se descubrirán muchas veces dientes retenidos, cuya eliminación debe efectuarse.

5.- Accidentes de Erupción de los Terceros-Molares, los accidentes de Erupción indican la eliminación del diente causante (Pericoronitis a repetición por accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales).

CONTRAINDICACIONES EN EXODONCIA.

Las contraindicaciones se pueden clasificar relacionandolas con el diente en sí, con los tejidos periodontarios o con el estado general del pa-

ciente.

1.- Afecciones que dependen del estado del-
ciente a extraer:

Enfermedades Locales y Estados Generales -
perturbados por la afección dentaria o Peridenta--
ria.

2.- Afecciones en Dependencia con el estado
general del Paciente.

a) Estados Fisiológicos: Menstruación y Embarazo.

Estados Patológicos: Fiebre, Afecciones de-
los Aparatos y Sistemas.

**AFECCIONES EN DEPENDENCIA CON EL ESTADO GENERAL -
DEL PACIENTE.**

A) Estados Fisiológicos

1) Menstruación

2) Embarazo

1.- Menstruación.- El período menstrual, sin lle-
gar a constituir una contraindicación, es una-
causa para que no se le extraiga una pieza den-
taria a nuestra paciente, el caso no es de ur-
gencia hasta que aquel termine, ya que el esta-
do general del paciente y sus hormonas estan -
modificadas en la época de sus reglas.

Un traumatismo operatorio es un traumatismo
de importancia variable. Aunque el concepto sobre-
la oportunidad de la cirugía en este estado del pa-
ciente ha variado en los últimos años; ya no se -

contraindica la exodoncia en la época menstrual, - salvo que tal estado cree en el paciente particula res problemas.

2.- Embarazo.- El embarazo, excepción hecha de - - ciertos casos particulares. Lo mismo podemos - decir de la gravidez, aunque no se ha observa- do jamas un accidente a consecuencia de la ex- tracción en un embarazo. Pero en una persona - que le tema a la extracción dentaria es prefe- rible no realizarla durante los tres primeros meses de embarazo siempre y cuando los dolores y el peligro de infección nos aconsejan inter- venir de inmediato, tomando en este caso las - medidas convenientes.

Entre los estados Patológicos que pueden - oponerse a la extracción dentaria debemos mencio- - nar:

HEMOFILIA.- Es una enfermedad congenita, se caracteriza por hemorragia excesiva, a consecuen- cia de un traumatismo menor, su padecimiento es - una contraindicación poderosa a la extracción den- taria, solo se intervendra a estos pacientes en ca- sos extremos y previa medicación con vitamina K, o suero de caballo.

Dosis de 10 a 20cc por vfa endovenosa.

EL PACIENTE DIABETICO EN ODONTOLOGIA:

Entre otras contraindicaciones para la ex- tracción dentaria y que se encuentran dentro de - las afecciones en dependencia con el estado gene--

ral del paciente tenemos la Diabetes.

Para el Cirujano Dentista, el conocimiento de la Diabetes es de gran utilidad para poder proteger la salud de sus pacientes y para poder explicarse algunas complicaciones que durante el tratamiento dental de estos pacientes diabéticos se presentan.

En la antigüedad la Diabetes era una enfermedad mortal, y no fue sino hasta el siglo pasado que se conoció la relación entre el páncreas y la Diabetes.

El conocimiento y la terapia de esta enfermedad avanzaron notablemente a partir de 1921, en que Banting y Best descubrieron la insulina.

Se considera a la diabetes como Primaria - por su etiología cuando no hay ninguna enfermedad que la produzca. Este es el tipo más frecuente y se considera hereditario, o en raros casos idiopática, cuando no hay antecedentes familiares de diabéticos.

Se considera Secundaria cuando es producida por otra enfermedad del Páncreas.

La diabetes consiste en la deficiencia de - insulina metabólicamente activa; es un trastorno - de metabolismo de los carbohidratos, aunque como - consecuencia se altera también el metabolismo de - las proteínas y las grasas.

Como consecuencia se encuentran (en las dia

betes no controladas) en la sangre grandes concentraciones de glucosa, mayores de 100 a 150 mg. por 100 ml.

Además se encuentran en la sangre cuerpos cetónicos como resultado de la desintegración de las grasas, que producen acidez, el coma y la muerte del paciente sino es controlado ese desequilibrio.

Junto con la Diabetes podemos encontrar padecimientos secundario. Daño Renal (Glomeruloesclerosis Capilar) infecciones, etinopatía, arterioesclerosis.

Sos pechamos que una persona es diabética y no esta controlada cuando tiene una o varios síntomas de la Diabetes: Boca Seca, predisposición a infecciones de la piel, poliuria, polifagia, aliento a manzanas dulces, astenia.

En caso de saber que nuestro paciente es un diabético y no esta controlado debemos remitirlo al especialista para que instituya el tratamiento adecuado.

Una vez que sabemos que esta siendo tratado podemos proceder con nuestro tratamiento.

Si en el consultorio se nos presenta con un paciente controlado una crisis de hipoglucémica, debemos darle azúcar.

COMO PRECAUCIONES SE RECOMIENDAN:

- 1.- Utilizar anestesia local con epinefrina.

- 2.- En las intervenciones quirúrgicas, utilizar an tibióticos profilácticamente por la propensión a la infección de estos enfermos, que se presenta con más facilidad y es de mayor gravedad.
- 3.- Como la regeneración de los tejidos es más lenta, se recomienda suturar las heridas por extracción.
- 4.- Mantener una higiene escrupulosa para evitar la enfermedad Parodontal.
- 5.- Eliminar todo foco de infección que es más grave en estos pacientes.

Si el paciente sigue con todas las indicaciones que se le dan y nosotros tomamos las precauciones necesarias, podemos realizar todos los tratamientos necesarios.

MANIFESTACIONES ORALES EN LA DIABETES:

El odontólogo está capacitado para detectar ciertos datos que hacen sospechar de la existencia de la diabetes en el paciente. Estos son obtenidos a través de la anamnesis y la exploración clínica del paciente, cuando los hallazgos de la exploración oral y la anamnesis se confirman uno al otro, el odontólogo tiene la obligación de solicitar los análisis necesarios y específicos para la detección de la diabetes preclínica ante el laboratorio, el diagnóstico de la diabetes no depende de los hallazgos dentales sino de la interpretación de las propias técnicas de laboratorio del descubrimiento de las anomalías de la glucemia determinada a ciertos intervalos de tiempo cuando se efectúa la curva de tolerancia a la glucosa.

Un dato de gran importancia para ratificar la presencia de diabetes en los pacientes no detectado, es el obtenido a través de la biopsia de la encía, en el cual aparecen la microangiopatias y las variaciones del tejido normal gingival como son: reducción de la queratinización, vacuolización intranuclear de las células epiteliales, aumentos de la presencia del infiltrado inflamatorio y la existencia de infiltración lipoidea, a nivel del tejido arteriolar exaceración de la fuccinofilia, engrosamiento de las paredes una disminución de luz del vaso, degeneración y vascularización de la capa íntima de los vasos.

Por la presencia de dichos datos obtenidos y los antecedentes de carácter hereditario positivos, nos hace sospechar de la presencia de un estado diabético preclínico, que posteriormente dará sus primeras manifestaciones clínicas clásicas del padecimiento como son la POLI-TRIADA ya conocida por nosotros.

EL APARATO CARDIOVASCULAR.

Los anestésicos locales en el aparato Cardiovascular. El sitio principal de acción es el miocardio, en el que disminuyen la excitabilidad eléctrica, la velocidad de conducción y la fuerza de contracción.

Las convulsiones y el colapso cardiovascular y el respiratorio son las complicaciones que mas se deben temer. El tratamiento inmediato tiene como método contrarrestar estas complicaciones.

Las convulsiones pueden ocasionar lesiones-

corporales, aspiración de vomito y paro respiratorio, seguido de daño cerebral por hipoxia y de paro cardíaco. Así la prevención de la hipoxia es de capital importancia. Aunque las convulsiones intensifican el metabolismo del cerebro, la oxigenación del tejido nervioso y las funciones cerebrales mantienen su normalidad si se consigue restaurar la ventilación pulmonar y sostener la presión arterial.

MOORE Y BRIDEBAUGH 1960 administraron solusuccinilcolina, que reprime la actividad muscular esquelética y facilita la institución de ventilación artificial con oxígeno.

Como es sabido, la adrenalina produce hipertensión, aumenta la irritabilidad del miocardio dando lugar a taquicardia, extrasístoles y otros trastornos del ritmo.

Esto no es común observarlo en las dosis que se emplean en el consultorio dental, salvo en los casos de pacientes nerviosos y excitables en que no se han tomado cuidados previos; en estos pacientes el miedo aumenta el tono del simpático liberándose en la sangre una cantidad exagerada de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, serotoninas, etc.).

En los pacientes Cardíopatas pueden usarse, de acuerdo a la American Dental Assoc. y la New York Heart Assc. soluciones que contengan epinefrina en pequeña cantidad.

Es preferible usar una pequeña cantidad de-

epinefrina como la que contienen las soluciones - bloqueadores, para obtener una analgesia profunda y de buena duración, que exponerse a no obtener una buena analgesia con bloqueadores en solución simple. El dolor como es sabido, es mas peligroso en un paciente cardiovascular, pues el estímulo del simpático al igual que el miedo, libera epinefrina en cantidades que pueden ser perjudiciales.

Aunque la dosis que generalmente usa el Cirujano Dentista para los procedimientos de rutina es muy pequeña (20-30 mg.), la región gingivodental es ricamente vascularizada, puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el sistema nervioso central tales como:

Escalofrío, temblores, visión borrosa, etc. Otras veces más raras aún, se presentan reacciones por sensibilidad inmunológica que pueden ocasionar trastornos respiratorios, tales como espasmo bronquial, disnea y estado asmático.

Estos trastornos se acompañan de alteraciones cutáneas o de las mucosas, tales como urticaria, eritema y edema angioneurótico, así como de estado de shock anafilactóide (Collins).

Una paciente con edad avanzada puede presentar una crisis de Angor Pectoris, un Diabético caer en estado de Còma o un Hipertenso presentar algún accidente cardiovascular. El síncope no es poco común en pacientes con trastornos nerviosos o neurovegetativos.

Son estos los accidentes que se presentan - con menos frecuencia, sin embargo, un paciente muy nervioso, un anciano hipertenso o con tirotoxicosis pueden ser casos cuya patología pre-existente sea un factor que predisponga a algún accidente - por la acción de los vasoconstrictores sobre todo de las aminas presoras.

Para tratar el Colapso Circulatorio deberán usarse aminas presoras y analépticos por vfa endovenosa (5 a 10 mg. de metoxamina diluida y fraccionada, 1 mg. de atropina diluida si hay bradicardia acentuada). Debe efectuarse por vfa endovenosa, - las inyecciones intramusculares no son de utilidad en estos casos, por estar comprometida la circulación sistémica.

LA ARTEREOESCLEROSIS.

Es una contraindicación poderosa también para efectuar la extracción dentaria, debido a los trastornos de la anestesia, entre ellos la hemorragia cerebral, se recomienda usar anestesia local a base de novocaina sola, ya que la adrenalina es vasoconstrictor lo cual agravaría el caso.

PARO CARDIACO.

Cuando no se reconoce un accidente y no se instituye el tratamiento adecuado se puede llegar hasta el paro del corazón.

Es importantísimo que el dentista se cuenta del momento en que se presenta el Paro Cardíaco, pues aunque este accidente es muy grave, sin embargo haciendo el diagnóstico oportunamente-

y administrando el tratamiento adecuado puede salvarse la vida del enfermo.

Nos interesa saber entonces:

- 1.- Como se hace el Diagnóstico y
- 2.- Cómo debe hacerse el tratamiento.

El Paro Cardíaco clínicamente se traduce por el paro de la dinámica circulatoria.

Si ha cesado la acción del corazón, puede observarse cualquiera de los siguientes signos:

- 1.- Falta de pulsación de los grandes vasos.
- 2.- Falta de Ruidos Cardíacos.
- 3.- Palidez súbita en manchas o cianosis moteada.
- 4.- Dilatación de las pupilas.
- 5.- Bloqueada o falta de respiración.
- 6.- Signos electrocardiográficos de asistolia o fibrilación ventricular.

Cuando se sospecha Paro Cardíaco, debe iniciarse el tratamiento adecuado inmediatamente, masaje cardíaco, con tórax cerrado y ventilación artificial.

Extendiendo el paciente en una superficie firme se ponen las manos sobre el esternón inmediatamente por arriba del apéndice xifoides, y se aplica presión para mover el esternón 3 ó 4 cm. hacia la columna vertebral en cada compresión.

El resultado es que expulsa sangre del corazón. Se hacen 50 ó 60 movimientos por minuto con una pausa cada cinco compresiones para la ventila-

ción artificial.

Las piernas del paciente deben estar levantadas y hay que administrar líquido por vía venosa con la mayor rapidez posible.

LOS ANESTESICOS LOCALES:

Los Anestésicos Locales son farmacos que bloquean la conducción nerviosa cuando se aplican en el tejido nervioso en concentración adecuada. Actúan en cualquier parte del sistema nervioso y en todos los tipos de fibras nerviosas; por ejemplo, cuando se aplican en la corteza motora, desaparece la transmisión de los impulsos sensitivos. Una anestésico local en contacto con el tronco nervioso causa parálisis sensitiva y motora en el área que tal tronco inerva.

HISTORIA:

El primer anésthico local descubierto fue la cocaína, alcaloide que en gran cantidad (0.6 a 1.8 por 100) poseen las hojas de *Erythoxylon Coca*. El Alcaloide puro fue aislado por Niemann quien no to que tenía sabor amargo y producía un efecto peculiar en la lengua; y casi la privaba de toda sensibilidad.

Los anestésicos locales, como los alcohóles (MULLINS 1965) y los barbitúricos (BLAUSTEIN 1968), bloquean la conducción porque obstaculizan los procesos fundamentales de la generación del potencial de acción del nervio, es decir el gran aumento transitorio de permeabilidad de la membrana de los iones de sodio, que ocurre por despolarización li-

gera de la membrana (TAYLOR 1959).

BRAUN, en 1903, demostro que al añadir adrenalina a las soluciones anestésicas locales aumenta notablemente el tiempo de su acción, y esta se intensifica. En la practica general, la inyección de un anestésico local suele contener además adrenalina (de una parte en 50,000 a una parte en - - 50,000).

Noradrenalina (una parte en 100,000) o un congenero adecuado por ejemplo, femiledrina.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Después de absorbidos, todos los anestésicos locales nitrogenados producen estimulación del sistema nervioso central y causan inquietud y temblor que adquiere a veces los caracteres de convulsiones crónicas. En general, los anestésicos más potentes son los que producen convulsiones con mayor facilidad.

UNION NEUROMUSCULAR Y SINAPSIS GANGLIONAR:

Los anestésicos locales efectuan también la transmisión de la unión neuromuscular. HARVEY, - - 1939 observo que la inyección intra-arterial cerrada de 0.2 mg. de procaína en el muslo tibial disminuía las contracciones espasmodicas.

DESTINO DE LOS ANESTESICOS LOCALES:

La mayor parte de los anestésicos locales - corrientes son ésteres y en su toxicidad suelen - perderse por hidrolisis.

PERIODO DE LATENCIA:

Es el tiempo comprendido entre la aplicación del anestésico y el momento en que se instala la analgesia satisfactoria. Un período de latencia corto elimina pérdidas de tiempo innecesarias. Es bien sabido que los anestésicos en odontología se usan en combinación con soluciones de vasoconstrictores; entre otras razones para prolongar la duración de la anestesia y para hacer más profunda la analgesia.

VASOCONSTRICTORES:

Los vasoconstrictores prolongan la acción y reducen la toxicidad sistémica de los anestésicos locales por retraso en la absorción. Deben usarse en zonas ricamente vascularizadas como la región gingivodental; si se omite su uso, la anestesia es inadecuada y pueden presentarse fenómenos de toxicidad por absorción rápida de la droga.

Usados propiamente en Odontología son de gran valor en la anestesia por infiltración y en bloqueos maxilares y tronculares, pero su acción es ineficaz en anestesia tópica.

Son dos las soluciones que se tienen para usarlas adecuadamente de acuerdo con cada paciente y con las necesidades operatorias:

- 1.- XYLOCAINA al 2% con epinefrina al 1:100,000.
- 2.- CITANEST OCTAPRESIN: Citanest al 3% con octapresin al 0.03U.l x ml.

1.- XYLOCAINA CON EPINEFRINA AL 1:100,000.

Las características de esta solución bloqueadora son: rapidez de acción, baja toxicidad, buena difusión y carencia de efectos alérgicos.

Tiene un poder de difusión tres veces mayor que la procaina y la duración de Xylocaina en relación con esta droga fue estudiada por varios investigadores empleando el método de la algosimetria de la pulpa dental.

2.- CITANEST OCTAPRESIN. Citanest al 3% y Octapresin al 0.03 U.l x ml.

La combinación de propiedades tanto del agente anestésico como del localizador, hacen que esta solución sea eminentemente adecuada con un máximo de seguridad en Odontología.

Citanest es una amina secundaria con las características de un excelente bloqueador, de toxicidad aguda más baja, menor acción vasodilatadora que otros anestésicos, latencia corta y con duración satisfactoria.

Octapresin es el primer sustituto adecuado de la adrenalina que confiere un período prolongado de anestesia sin isquemia local en el sitio de inyección y sin reacciones sistémicas.

Este tipo de anestesia elimina los temores para las complicaciones postoperatorias después de las extracciones. La falta de isquemia en el sitio de la inyección permite al dentista tomar las precauciones necesarias para detener las hemorragias-

que siguen a las extracciones, evitando así el riesgo de hemorragias tardías.

TECNICA DE LA INYECCION:

No es posible obtener una anestesia eficaz sino se emplea una técnica adecuada para la inyección, independientemente del agente anestésico que se utilice.

Para lograr una analgesia completa, hay que depositar el anestésico en la proximidad inmediata a la estructura nerviosa que se va anestesiar. Las variaciones que pudiera haber en la posición de la aguja, se compensan en parte con las cualidades excelentes, en cuanto a profundidad y difusión, que son características de soluciones anestésicas.

Tanto la inyección por infiltración como la anestesia por bloqueo, la aplicación debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo, y para obtener los requisitos mencionados es necesario conocer las características más importantes de la anatomía oral.

Existen algunos casos en que no se obtiene analgesia o la profundidad de esta no es satisfactoria. Es fácil atribuir este fenómeno a la solución usada pero no siempre es responsable. Existen muchos otros factores que impiden el bloqueo de las raíces nerviosas, entre las cuales se pueden mencionar:

- 1.- Anomalías Anatómicas, diferente inervación y estructuras óseas compactas.

- 2.- Alvéolo Seco.
- 3.- Acidez de los tejidos por inflamación.
- 4.- Elevación del umbral del dolor en un paciente-
excitable.
- 5.- Dosis insuficiente de la droga.
- 6.- Defecto de la técnica.
- 7.- Falta de respeto al tiempo de latencia propio-
de cada droga.

XYLOCAINA CON EPINEFRINA.

Solución inyectable (CARTUCHOS DENTALES)

Cada ml. contiene: Clorhidrato de Xylocaina (clorhidrato de 2-dietilamino-26-acetoxilidida) 20 mg. Epinefrina, 0.010 mg: Vehículo c.b.p. 1 ml.

CITANEST OCTAPRESIN.

Solución inyectable (CARTUCHOS DENTALES)

Cada ml. contiene: Clorhidrato de Citanest- (Clorhidrato de prilocaína) 30 mg. Felipresina -.- 0.03 U.l Vehículo c.b.p. 1 ml.

CONTRAINDICACIONES:

Hasta la fecha no se han encontrado contra-
indicaciones, debiendo valorarse su uso en aque- -
llas personas que se sabe son hipersensibles a los
anestésicos locales.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Con sobredosificación o en personas hiper--
sensibles pueden presentarse mareos, escalofríos,-
nerviosidad y náuseas.

CAPITULO IV

INSTRUMENTAL Y SUS TECNICAS DE USO.

Cuando hablamos de la extracción dentaria - se llega a la conclusión que desde tiempos remotos el vulgo la consideraba una operación formidable, - y tal vez el recuerdo de escenas terribles y de gran terror de los tiempos pasados, es la causa - aun en día que el paciente le tema tanto a la extracción, más que a una intervención quirúrgica complicada.

Muchas de las veces la extracción dentaria es considerada por algunos dentistas como una operación leve y sin gran importancia, debido a lo cual efectúan extracciones difíciles con la certeza de que todo saldrá bien para inmediatamente confiarlo al especialista para que traten las complicaciones que se les presenten.

La Rama de la Exodoncia requiere: Criterio, Experiencia y Conocimiento de la pieza por extraer y de las partes interesadas en el caso.

Para que podamos efectuar nosotros la extracción debemos determinar las posibilidades de que exista fractura, tanto en la corona como en la raíz, también su situación y forma, posición que ocupa en el Arco Dentario, y tamaño de la corona y las raíces.

Psicológicamente también se debe intervenir, ya que se puede llegar el caso de un paciente demasiado aprensivo al cual se debe suministrar un tranquilizante antes de la intervención.

Algo que es muy importante y lo cual se le debe tomar una gran consideración es la confianza que se le debe inspirar al paciente, ya que en el caso de que sucediera algún accidente en el transcurso de la operación el paciente notaría inmediatamente nuestra inseguridad, y debemos tomar un aire de despreocupación hasta haber concluido con la extracción.

Los principales instrumentos para la extracción dentaria son los fórceps. Sin embargo no constituyen los únicos medios que deba valerse el odontólogo puesto que existen instrumentos accesorios tales como los botadores llamados también elevadores que resultan muy útiles.

El dentista debe trabajar con toda comodidad y sin el menor estorbo a fin de que se pueda aplicar la fuerza de tal modo que resulte un trabajo útil.

Teniendo en cuenta esto el Cirujano debe mantener:

- 1.- Lo más cerca de su costado a fin de que los movimientos puedan regularizarse y gobernarse correctamente.
- 2.- La cabeza del paciente se elevara o se hará descender, el mentón se elevara o deprimirá según las exigencias del caso, y la cabeza se volverá hacia el dentista de manera de que sus lados tengan fácil acceso al diente sobre el que se opera.

La mano derecha esta destinada al manejo de los instrumentos mientras que la izquierda debe ser su colaboradora sosteniendo el maxilar, separando los labios y la lengua pudiendo lograrlo con el espejo.

No se debe de desviar la vista de la pieza que se va a extraer durante la intervención. La visibilidad no debe ser obstruida por la sangre, la lengua del paciente o la mano del cirujano o por el fórceps.

Para lograr la luxación de las piezas dentarias se toman los mangos del fórceps con fuerza suficiente para sujetar al diente pero sin aplastarlo. Hay necesidad de una gran experiencia para saber la fuerza que se tiene que aplicar.

Por el sentido del tacto se determina donde y cuando hacer la presión y el grado de esta, se imprime al diente movimientos de rotación y de vaiven según el caso de la pieza a extraer.

Hasta que se dilate el alvéolo y se rompa la insertión del diente es el momento en el cual se puede extraer.

LA EXTRACCION DEL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR:

Se hace con el fórceps recto, de pico ancho, su raíz es cónica y rara vez esta deforme o curva por lo tanto se puede sin riesgo hacer movimientos de rotación, hasta que se rompa la inserción.

LA EXTRACCION DE LOS LATERALES SUPERIORES.

Se hace con el mismo fórceps, la raíz tiene menos diámetro que la del central. Es un poco más difícil por su localización en hueso más espeso, - su luxación es mediante movimientos de vaiven labiopalatino.

LOS CANINOS SUPERIORES:

Son los dientes más difíciles para la extracción, ya sea por su longitud de sus raíces y la frecuente curvatura apical, como que están encajados firmemente en el maxilar. El fórceps que se usa es igual que para los incisivos centrales; se inserta lo más arriba posible por debajo del borde alveolar marginal cortado, mientras se hace presión con un dedo sobre el lado palatino de la región, se hacen cuidadosos movimientos de rotación, - al mismo tiempo que se mantiene presión hacia arriba.

LOS PRIMEROS PREMOLARES SUPERIORES:

Por lo general tienen 2 raíces siendo muy variada la forma, tamaño y dirección de ellas. Los hay con una sola raíz o con dos raíces bifurcadas. Las raíces se adelgazan hasta terminar en punta fina y algunas veces están encorvadas la una hacia la otra, el hueso alveolar en que están encajadas puede ser muy sólido. Pero generalmente la pared bucal, es sumamente delgada.

El fórceps es el mismo que se usa para los incisivos y el movimiento que se les da es de vaiven bucopalatino.

LOS SEGUNDOS PREMOLARES SUPERIORES:

Son más fáciles de extraer que los primeros, pues casi siempre tienen su raíz única. Por lo general se logra la extracción con movimientos de rotación y de vaiven hacia el lado bucal.

LOS PRIMEROS MOLARES SUPERIORES:

Tienen tres raíces divergentes, la más fuerte y larga es la del lado palatino, las raíces bucales generalmente están encorvadas en posición distal. Por lo común, el diente está firmemente clavado en el hueso alveolar y reforzado en su cara externa por la prolongación de la apofisis cigomática. El fórceps que usa tiene el bocado vestibular en forma de pico, para que penetre en la bifurcación de las raíces y el bocado palatino es redondo. Hay uno para el lado derecho y otro para el izquierdo. Haciendo cuidadosos movimientos de vaiven hacia el lado del carrillo, se puede luxar la raíz

palatina y entonces la tracción bucolingual ayuda a efectuar la luxación total.

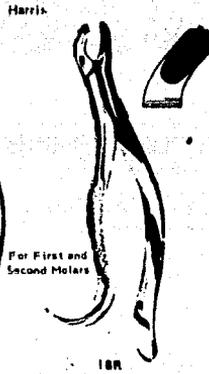
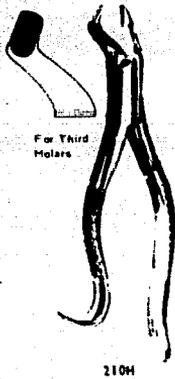
LOS SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES

Son semejantes a los primeros, por consiguiente la técnica de extracción es igual. Siendo sin embargo mucho más fácil su extracción, debido a que el hueso alveolar opone menor resistencia.

LAS RAICES DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES

Son variadas. No ofrecen resistencia a menos que estén encorvadas en forma de anzuelo, en diferentes direcciones para la extracción de esta pieza lo mismo que en las otras es recomendable el estudio Rx, se puede hacer la extracción de esta pieza con el mismo fórceps que usamos en el primero y segundo molar superior, pues es preferible usar uno de pico angular corto que llegue por detrás del segundo molar. Es recomendable que para la extracción de esta pieza el uso de un elevador o botador, con el fin de movilizar el molar y no hacer movimientos muy bruscos con el fórceps con el peligro de fracturar la tuberosidad del maxilar o el ala del esfenoides.

UPPER MOLARS



For Cuspids, Bicuspids and Molars



Parnly

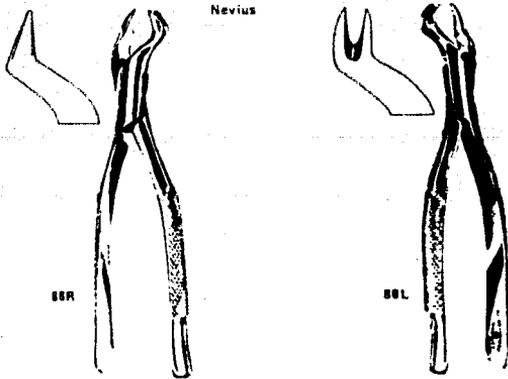
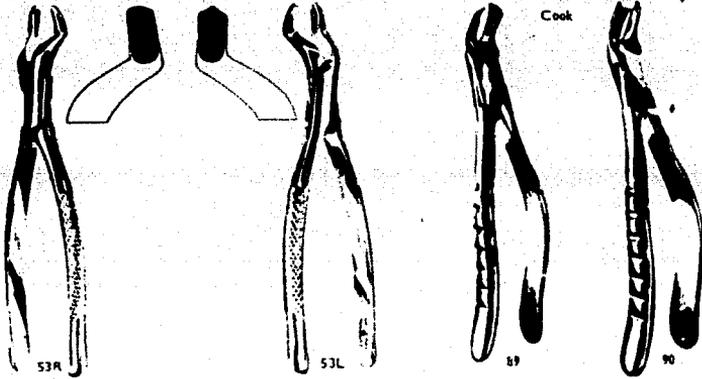


All Forceps Illustrated 7 1/2 Size

IMMUNITY TESTS INSTITUTION

FORCEPS PARA USO DE EXTRACCIONES DE MOLARES SUPERIORES TANTO DERECHOS COMO IZQUIERDOS.

UPPER MOLARS



Art. Forceps Illustrations - Size

IMMEDIATELY RETURN TO THE

FORCEPS PARA USO DE EXTRACCIONES DE MOLARES SUPERIO-
RES TANTO DERECHOS COMO IZQUIERDOS.

LOS INCISIVOS INFERIORES:

Generalmente tienen raíces planas y no se encuentran firmemente encajadas. La apofisis alveolar que los rodea es delgada y muy fácil de luxar el diente cuando se imprimen movimientos laterales hacia el lado labial. El fórceps que se usa es de pico delgado, especial para dientes inferiores. Se tendrá cuidado de adaptar firmemente el instrumento al cuello del diente, en dirección del eje longitudinal del diente, pues se resbala fácilmente.

LOS CANINOS INFERIORES:

Como en el caso de los superiores son las raíces largas y voluminosas y es bastante difícil para su extracción. La pared del alvéolo a menudo está adherida firmemente al diente y se fractura con facilidad. El fórceps que usamos es el mismo que para los incisivos, para efectuar la luxación se darán movimientos de oscilación.

LA BIFURCACION DE LAS RAICES DE LOS PREMOLARES INFERIORES.

Es muy rara, los segundos premolares generalmente tienen la raíz mayor que los primeros. Es tan frecuentemente rodeados de hueso compacto y grueso, pero su extracción no se dificulta casi nunca. El fórceps que usamos es el mismo que empleamos en los caninos.

LOWER ANTERIORS

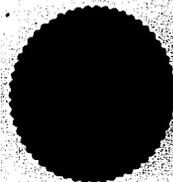
Milwaukee



Cryer



Parallel Beaks



All Forceps Illustrated 1/2 Size

IMMUNITY TEST INSTRUMENTS

FORCEPS 3, 151, 151A, PARA EFECTUAR LA EXTRACCION DE
DIENTES ANTERIORES INFERIORES DERECHOS E IZQUIERDOS.

LOS PRIMEROS MOLARES INFERIORES:

Son una de las piezas que más frecuentemente son destruidas por la caries, sus raíces son anchas a menudo encorvadas hacia el lado distal.

El hueso que sustenta a esta pieza, presenta gran resistencia a la extracción ya que se encuentra reforzado por la cresta oblicua externa y la interna. El fórceps empleado es de tipo pico doble, cuyas puntas llegan a la bifurcación de las raíces y se hacen movimientos laterales bucolinguales para hacer la avulsión de esta pieza. Cuando la corona esta muy destruida se puede usar el fórceps en forma de cuerno de vaca, que nos sirve para levantar el diente de su alvéolo.

LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES:

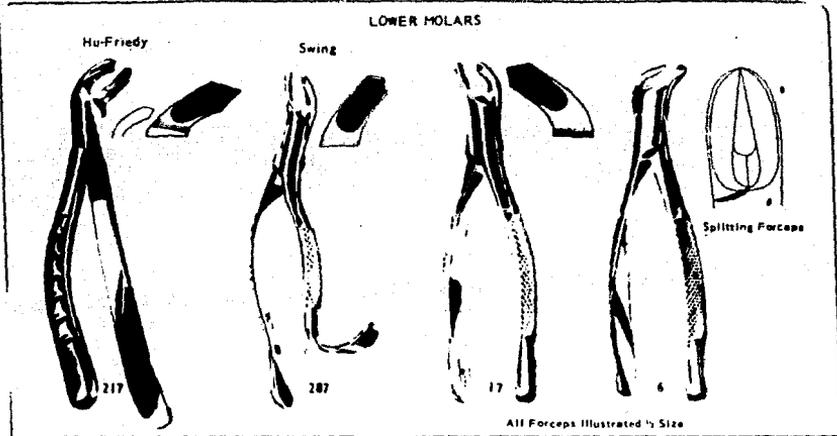
Estan firmemente implantados en hueso solido, pero ceden más fácilmente que los primeros molares, debido a que sus raíces son más pequeñas, - conicas y menos divergentes. El fórceps que se emplea es el mismo que para el primer molar y técnica que se usa es la misma.

LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES:

Al igual que los superiores es de suma importancia el estudio Rx dada la posibilidad de que las raíces sean cortas, largas, múltiples o encorvadas en varias direcciones. Su extracción es relativamente fácil cuando no esta mal situada o retenidas, usando un fórceps en forma de cuerno de vaca, se introduce el bocado lingual lo más bajo que se pueda atravezando la tabla interna que generalmente es -

muy delgada y opone poca resistencia; una vez que hemos hecho - se efectúan movimientos de lateralidad para que la pieza se desaloje de su alvéolo.

Es de mejor conveniencia hacer la extracción de esta pieza dentaria, con un elevador recto con el fin de que este nos sirva de palanca y así poder aflojar esta pieza de su alvéolo, - (este tipo de movimiento para la luxación lateral no es aplicable más que cuando las raíces son verticales o fusionadas).



DIFERENTES TIPOS DE FORCEPS PARA MOLARES INFERIORES DERECHOS E IZQUIERDOS.

USO DEL ELEVADOR.

El elevador es uno de los instrumentos que esta basado en los principios de palanca.

El punto de apoyo de este instrumento se encuentra de preferencia en hueso, la potencia esta representada por el mango, adaptada a la mano del cirujano y la resistencia la localizamos en el diente y en los tejidos circundantes.

Todo elevador consta de tres partes que son:

EL MANGO.- Puede ser recto es decir, tener la misma dirección que el vastago, o puede ser transversal a este, en forma de T, la hoja puede ser recta o angulada. El elevador puede ser tomado de tal manera que permita desarrollar la fuerza de palanca y evitar que se desaloje de su punto de aplicación. El cirujano se debiera de colocar comodamente, para que pueda actuar con seguridad y soltura, teniendo en consideración la pieza por extraer.

En general el botador se colocara entre el diente que se va a extraer y el hueso, presión manual directa ayudado por pequeños movimientos que tienden a introducir los bordes delgados del mismo, en el espacio indicado.

LOS TIEMPOS DE EXODONCIA CON ELEVADORES PUEDEN ESQUEMATIZARSE EN:

- A) Aplicación.
- B) Luxación.

C) Elevación o Extracción Propiamente Dicha.

APLICACION:

Para cumplir con eficacia el fin a que esta destinado el elevador, cualquiera que sea su tipo debe ser colocado en posición, es decir buscar su punto de apoyo.

El instrumento se toma con la mano derecha, empuñándolo ampliamente, el dedo índice debe acompañar el vastago para evitar incursiones no previstas.

Como son distintos los fines con que trabaja el instrumento, la aplicación es diferente para la extracción de dientes retenidos y de raíces. Por lo general el instrumento puede ser guiado por el punto de apoyo, hasta su ubicación haciendolo avanzar por cortos movimientos de rotación, entre el alvéolo y la raíz del diente a extraer.

El punto de aplicación sobre la raíz dentaria debe ser el punto útil de aplicación a la fuerza. Este se descubre mediante el estudio Rx, de este modo no se fracturara o astillara la raíz a extraer.

LUXACION:

Una vez obtenido el punto de apoyo y el sitio de aplicación del elevador, se dirige el instrumento con movimientos de rotación, descenso o elevación.

Maniobras por las cuales el diente rompe -

sus adherencias parodonticas, dilata el alvéolo - permitiendo así su extracción. El tiempo de luxación no tiene límites precisos con la aplicación - del instrumento. En realidad desde la iniciación o penetración del elevador la raíz comienza a luxarse.

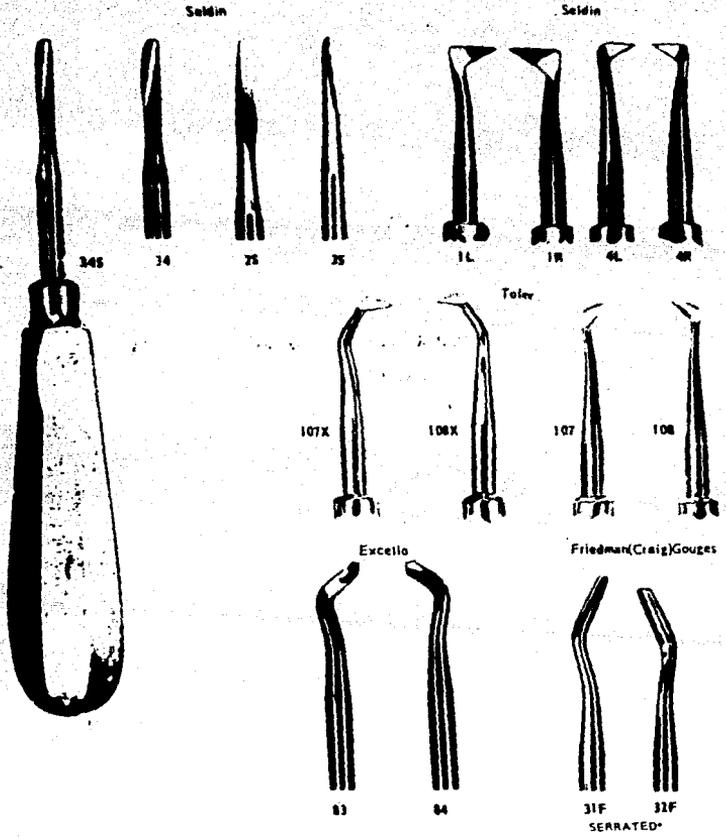
ELEVACION O EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Con sucesivos movimientos de rotación o descenso, el diente empieza a abandonar su alvéolo, - desde donde se puede extraer con los elevadores -- apropiados o con pinzas para extracción.

Las indicaciones en que esta recomendada el uso del elevador son las siguientes:

- 1.- Cuando los dientes no tienen corona o están muy destruidas estas, y por lo tanto es imposible la extracción con fórceps.
- 2.- Cuando las raíces están demasiado bifurcadas, es aconsejable separarlas previamente.
- 3.- En piezas supernumerarias u ectópicas.
- 4.- Cuando al hacer la extracción se fracturan las raíces, quedando estas dentro del proceso.

En resumen podemos decir que el elevador es un instrumento útil en cualquier tipo de extracción, su técnica es sencilla. La elección del punto de apoyo es de vital importancia, así como la colocación del dedo índice de la mano derecha que deberá limitar el recorrido de la hoja.



*Serrations may be added to any Hu-Friedy elevator

BOTADORES RECTOS Y DE BANDERA DERECHOS E IZQUIERDOS PARA DIENTES SUPERIORES E INFERIORES, DE DIFERENTE MEDIDA, TA MAÑO Y FORMA.

Región Gingival:**Color.-** Heritematoso.**Consistencia.-** Flácida.**Volumen.-** Irregular.**Atrofia e Hipertrofia.-** Hiperplasia Gingival.**Tártaro Dentario.-** Existe presencia.**Bolsas Parodontales.-** Supra e Infraoseas.**Sangrado.-** Existe Sangrado.**Dolor.-** Existe al tacto y cambios térmicos.**Exudado.-** Purulento.**ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS.****Renal.-** Sin datos patológicos (S.D.P.)**Sistema Nervioso.-** Existe Esquizofrenia (bajo control).**Aparato Digestivo.-** Presenta ulcera a nivel de duodeno (bajo control).**Aparato Respiratorio.-** Sin datos patológicos - - (S.D.P.).**Aparato Cardio-vascular.-** Sin datos patológicos - (S.D.P.).**Propensión Hemorrágica.-** Sin datos Patológicos - - (S.D.P.)**Estado General.-** Malo.**Analgesia Indicada.-** Si.**Técnica Empleada.-** Puntos Locales por Vestibular - en periostio y bloqueo por palatino en el ahujero palatino anterior.**Complicaciones.-** No se presento ninguna.**ESTUDIO DEL ODONTOGRAMA.****Higiene Bucal que practica.-** Ninguna.

Caries.- Generalizada.

Alteraciones Pulpares.- 4) 16.

Restauraciones.- No Presenta.

Dientes Primarios.- No Presenta.

Rafces Dentarias.- No Presenta.

Dientes Ausentes.- 3), 13, 14, 15, 11, 11, 2, 12.

Movilidad.- Generalizada. (Todo Tipo de Grados)

Prótesis fijas y removibles.- Contraindicada debido padecimiento paciente.

Estado General.-

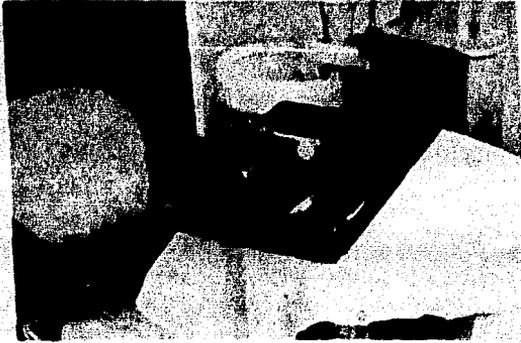
Esquizofrenia de Primer Grado.- Bajo estricto control médico.

Estado Bucal.- Problema Parodontal Generalizado.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Revisión de la evolución de la cicatrización alveolar, medicación indicada analgésicos en caso de presencia de dolor, antibióticos para prevención de infecciones.

Examen Efectuado por: Elisinda del Carmen Reyes - Martínez.



Instrumental Usado Durante la Intervención:

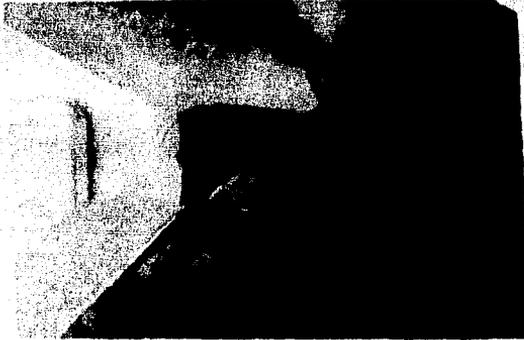
Uno x 4.- Que consta de: Jeringa, Espejo, Pinzas y Charola.

Botador Recto.

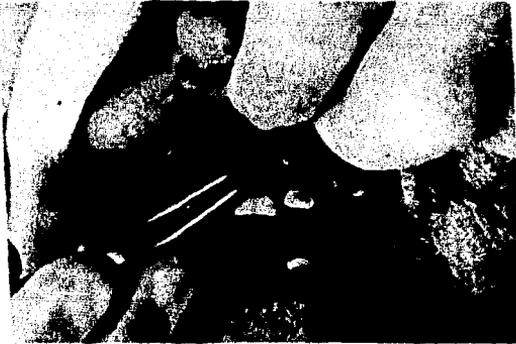
Fórceps para efectuar extracción del Incisivo Central Superior.



Piezas Indicadas para la extracción debido a Enfermedad Parodontal.



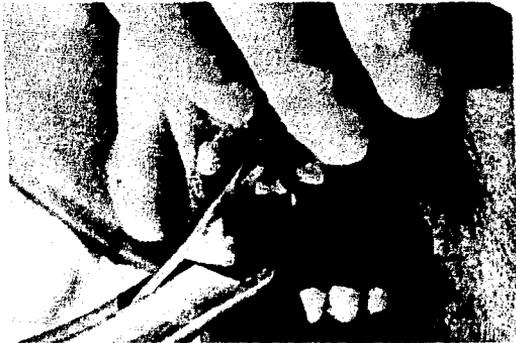
Técnica de Anestesia: Bloqueo por el Ahujero Palatino Anterior, y puntos por vestibular en Perios--
tio.



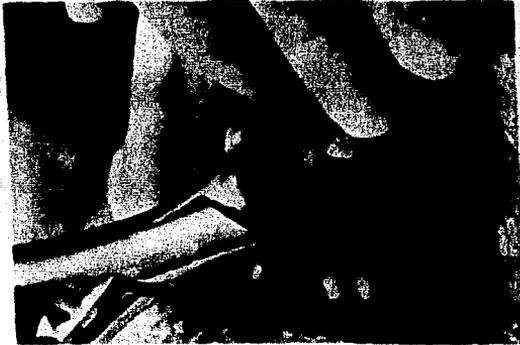
Debridación de la Pieza para colocación del fór- -
ceps y efectuar la terapia quirúrgica.



Colocación del fórceps, rodeando perfectamente el-
cuello de la pieza dentaria.



Movimientos hacia palatino.



Movimiento de rotación para romper la inserción y poder efectuar la extracción.



Extracción Completa de la Pieza.



Procedimiento de provocar sangrado para evitar la-
formación de coagulo falso.



Cerrando el alvéolo mediante presión digital y gasa previamente esterilizada.



Comprimiendo el alvéolo para cerrar la dilatación sufrida durante la intervención.

TRATAMIENTO A SEGUIR DESPUES DE HABER EFECTUADO LA EXTRACCION.

Después que hemos efectuado la extracción dentaria, procedemos hacer la limpieza de la cavidad alveolar con suero fisiológico, o con agua bilingüe destilada, así como a comprimir el alvéolo para juntar las laminas alveolares que quiza se hallan separadas en el procedimiento de dilatación producido en el movimiento de la extracción como los conos de (terramicina, aureomicina o sulfas) debido a su fácil manipulación, estos conos se colocan fácilmente en el alvéolo, se incorporan al coagulo y son reabsorvidos gradualmente.

Se pone una torunda de gasa sobre la herida y se le ordena al paciente que mantenga sujeta la gasa entre los maxilares por media hora, haciendo presión leve y uniforme.

Existe otro Tratamiento a seguir del cual hablaremos a continuación:

Hay otras opiniones en las que dicen que se colocara la torunda de gasa, pero no sobre la herida, sino del lado contrario y entonces se procederá a morder y mantenerla ahí, por el período de media hora como en el caso anterior.

Esto permite la formación del coagulo y evita la hemorragia. También se le advierte al paciente que no haga enjuagatorios, no se chupe la herida y no meta la lengua dentro del alvéolo. Y se le

explicara que podra romper el coagulo en caso de -
que no cumpla las indicaciones y asi retardar el -
proceso de la cicatrización alveolar.

CONCLUSIONES.

1.- La Terapia Quirúrgica tiene indicación cuando:

- a) Afecciones pulpares en las cuales no hubiese tratamiento conservador.
- b) Caries de Cuarto Grado.
- c) Complicaciones de Dichas caries.
- d) Tratamientos endodónticos que no pueden - - efectuarse por inaccesibilidad de el diente o de los conductos.
- e) Dientes Temporales Persistentes y Dientes .. Supernumerarios.
- f) Dientes Retenidos.
- g) Enfermedad Parodontal que no pueda ser tratada (como movilidad de tercer grado, falta de sosten óseo, etc.).
- h) Accidentes de erupción como en el caso de - los terceros molares, los cuales pueden producir problemas inflamatorios, nerviosos o tumorales.

2.- Para llegar a obtener el éxito en una intervención dentaria debemos encontrar los siguientes factores:

- a) Tener la más completa Asepsia para logro satisfactorio.
- b) Contar con el instrumental adecuado para el tipo de pieza que se va a intervenir.

- c) Confiar en la habilidad del operador.
- d) Un estudio Rx adecuado para el caso.
- e) Conocer las estructuras de la pieza la cual se va a tratar.
- f) Someter a revisión posterior, para la evolu
ción de la cicatrización alveolar.

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

- G.A. RIED CENTENO. CIRUGIA BUCAL.
- ORBAN: HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES HENRY SICHER EDITOR. LA PRENSA MEDICA MEXICANA 1976.
- TORRES RAMON: BIOLOGIA DE LA BOCA EDITORIAL PANAMERICANA, BUENOS AIRES 1973.
- WINTER LEO TRATADO DE EXODONCIA.
- GRABER: ORTODONCIA, TEORIA Y PRACTICA EDITORIAL-INTERAMERICANA, MEXICO 1974.
- KURT THOMA CIRUGIA BUCAL.
- KEITH L. MOORE: EMBRIOLOGIA BASICA EDITORIAL INTERAMERICANA 1976.
- FOTOS CATALOGO HU-FRIEDY 1979.