



Escuela Nacional de Estudios Profesionales

Jatucala - H. N. A. M.

Carrera de Cirujano Dentista

Breves consideraciones de Exodoncia

Tesis

que para obtener el Título de

Cirujano Dentista

presenta

Martha Salgado Martínez

San Juan Jatucala,

México 1980.



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.

## INDICE

### PROLOGO

### INTRODUCCION

## CAPITULO I

### HISTORIA CLINICA EN CIRUGIA

- a).- Evaluación General del Paciente ----- 10  
b).- Datos Personales del Paciente ----- 11

## CAPITULO II

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN EXODONCIA

- a).- Indicaciones en Exodoncia ----- 19  
b).- Contraindicaciones en Exodoncia ----- 20  
c).- Instrumental empleado para efectuar la extracción  
dentaria ----- 23  
d).- Técnica para realizar la extracción dentaria ----- 46

## CAPITULO III

### ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN EXODONCIA

- a).- Fractura de agujas al anestesiarse el Maxilar Infe-  
rior ----- 49  
b).- Raíces Fracturadas ----- 52  
c).- Fractura del Maxilar Inferior ----- 55

d).- Luxación del Maxilar Inferior -----	56
e).- Fractura de la Tuberosidad del Maxilar Superior ---	59
f).- Dislaceración de los Tejidos Blandos -----	61

#### CAPITULO IV

##### HEMORRAGIA Y SU TRATAMIENTO

a).- Hemorragia Primaria -----	67
b).- Hemorragia Recurrente, por reacción o Intermedia---	68
c).- Hemorragia Secundaria -----	69
d).- Agentes Hemostáticos -----	70

#### CAPITULO V

##### TRATAMIENTO A SEGUIR EN EL POSTOPERATORIO

a).- Cuidado de la Herida -----	73
b).- Instrucciones dadas al paciente, después de la ex tracción dentaria -----	75
c).- Analgesicos y Sedantes ( en caso de que se presente dolor agudo, inflamación e infección. Alvéolo Seco) --	76
d).- Incisión, Drenaje y Prescripción de Antimicrobianos (cuando se presenta infección como, osteomielitis y absceso) -----	78
CONCLUSIONES -----	81
BIBLILOGRAFIA -----	82

## PROLOGO

### BREVES CONSIDERACIONES DE EXODONCIA

Un buen principio en nuestra profesión, es tener conocimiento y crear conciencia en nosotros mismos, con respecto a los alcances de la misma. Al conocer lo que representa nuestra profesión estamos en posición de hacer un examen personal, sin prejuicios, ni benevolencias, que nos de mucho que analizar, corregir, aprender y reflexionar sobre nosotros y el trabajo que realizamos.

La orientación que el cirujano dentista debe tener, es guiada por sus conocimientos primero y por su organización después, en la cual el fin principal es relacionarnos con los pacientes para ganar su confianza y lograr, que tengan la seguridad de que la forma de nuestro proceder es la más adecuada.

Quien se inicia en la profesión operatoria y principalmente quien ha de empezar a operar en la boca del enfermo, debe tener un amplio conocimiento de todo el instrumental con que contamos, así como del tratamiento de que podemos disponer, según la sintomatología, que presente el paciente, antes y después de la fase operatoria.

Tomando en consideración los riesgos que se presentan durante la extracción dentaria, no son comunes a la de otra especialidad odontológica, se necesita atención minuciosa en todos aquellos detalles que se susciten durante la fase operatoria.

En la actualidad contamos con técnicas modernas, instrumental adecuado y eficaces drogas que en grupo reduce considerablemente las probables complicaciones que hacían de la Exodoncia un riesgo injustificado.

Un procedimiento bueno necesita una correcta evaluación preoperatoria del paciente, auxiliado con los datos de la Historia Clínica y el examen radiográfico.

Se pueden atribuir muchos problemas a errores en el diagnóstico que pueden ocurrir durante la fase operatoria, otras complicaciones que se presentan, en ese mismo proceso, son las que resultan por deficiencias técnicas o prolongación del tiempo a la hora de efectuar la extracción dentaria. Las complicaciones menos comunes que pueden ocurrir se atribuyen a descuido por parte del paciente o bien del cirujano dentista.

El objetivo que persigo en la realización de ésta tesis " BREVES CONSIDERACIONES DE EXODONCIA ", es recopilar datos bibliográficos de los problemas que tiene una extracción dentaria, así como clasificarlos y analizarlos detalladamente porque si no se cuenta con los conocimientos necesarios, pueden preocupar al odontólogo y como mencione anteriormente, para que no ocurra esto es necesario contar con una buena evaluación general del caso a tratar.

Hare lo posible por orientar en ésta tesis " BREVES CONSIDERACIONES DE EXODONCIA ", a mis colegas de lo que se puede hacer para evitarlos.

## INTRODUCCION

### EXODONCIA

Esta palabra etimológica proviene del griego y sus raíces son: Exos=fuera y Odontos=diente; a partir de ahí que la Exodoncia, como una rama de la odontología nos enseña las reglas para poder realizar una buena extracción.

La extracción dental ideal es la extirpación total del diente sin dolor, o de la raíz dental con el mínimo daño de los tejidos circundantes, para que la herida cicatrice sin complicaciones y no crear así un problema.

El cirujano dentista debe esforzarse para hacer que cada extracción dentaria que realice sea la ideal, y para obtener este objetivo ha de adaptarse a su técnica, para resolver las dificultades y posibles complicaciones que se presenten en la extracción de cada diente individual.

Aunque la extracción de los dientes es una de las operaciones quirúrgicas más antiguas, y al parecer más sencillas, ésta tesis "Breves consideraciones de Exodoncia" muestra la necesidad de entender los principios fundamentales de la técnica para la extracción dentaria.

Todos los dentistas piensan que la extracción dental es un arte simple, probablemente lo sea, pero como todo lo sencillo, puede resultar muy complicado. En cinco capítulos muestro la técnica de la extracción, describo las complicaciones de la extracción dentaria y propongo

ciono un apéndice donde enumero el instrumental básico que todo dentista debe tener para realizar una extracción dentaria.

En ésta tesis "Breves consideraciones de Exodoncia" incluyo desde como elaborar una Historia Clínica hasta lo que se puede hacer para evitar complicaciones durante y después de la extracción dentaria, esperando con esto orientar a mis colegas.



## CAPITULO I

## HISTORIA CLINICA EN CIRUGIA

## a).- Evaluación General del Paciente.

La evaluación general del paciente se inicia desde el momento que hace su entrada al consultorio dental, su apariencia y conducta general nos ayudan a considerar su condición física general, así como su estado mental y el umbral de sufrimiento; su andar y expresión son detalles que nos permiten ganar confianza, y formar un juicio corrcto sobre cada caso; además bastan unas cuantas preguntas bien formuladas después de nuestra impresión general para pasar al siguiente paso tan necesario e importante que es la inspección.

Antes de la inspección el cirujano dentista, debe lavarse cuidadosamente las manos con algún antiséptico débil que no maltrate su piel.

Para realizar la inspección nos valemos de diversos instrumentos como son los espejos, las pinzas de curación, exploradores, abatidores de lenguas, etc.

Iniciamos la inspección primero por los tejidos blandos, enseguida en los tejidos duros para asegurarnos si existe inflamación o infección; por último inspeccionaremos las piezas dentarias para observar detalladamente cada una de ellas, pues el exámen oral además de darnos datos del estado de los tejidos dentarios debe ser

acompañado del estudio radiográfico, para evaluar los tejidos duros y así podremos decidir el tratamiento necesario.

La mayoría de los pacientes de exodoncia requieren tranquilización en algún grado. Pero existen otros que se conforman con pocas palabras de explicación, y algunos más necesitan sosten psicológico o una patente medicación.

b).- Datos Personales del Paciente.

Todo paciente que llegue a nuestra consulta debe ser sometido a un interrogatorio que nos podrá ayudar, tanto para fundar como para establecer un diagnóstico definitivo y así instituir la terapia más recomendable.

Los errores en el diagnóstico suelen deberse a una Historia Clínica mal elaborada, existen pacientes como los hemofílicos o con tendencias hemorrágicas que dan esta información para su protección al cirujano dentista y saben las consecuencias de una preparación inadecuada, hay pacientes diabéticos que pueden conocer o no su enfermedad pero que con pocas preguntas se puede saber la necesidad de estudios de laboratorio que conducen a un pronto diagnóstico.

Una Historia Clínica debe formularse de la siguiente manera: primero se anotara la Ficha de Identificación que consta de;

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Edo. Civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de Na  
 cimiento \_\_\_\_\_ Lugar de origen \_\_\_\_\_  
 Lugar de residencia \_\_\_\_\_ Fecha de in  
 greso \_\_\_\_\_.

Los Antecedentes Hereditarios: aquí se pregunta al paci  
 ente sobre lo siguiente; antecedentes reumáticos, endó-  
 crinos, neuropsiquiátricos y lúéticos.

Antecedentes Personales no Patológicos:

Aquí se interroga al paciente sobre la habitación,  
 alimentación, hábitos (alcoholismo y tabaquismo) y toxi-  
 comanías.

Antecedentes Personales Patológicos:

Sirve para investigar las enfermedades que se pu  
 dieron presentar desde su infancia hasta antes de su -  
 padecimiento actual, entre estas enfermedades estan las  
 Eczantematicas (viruela, sarampión, escarlatina, etc. ),  
 enfermedades congénitas. Otra vez toca interrogar al pa  
 ciente sobr<sup>e</sup> antecedentes reumáticos, alérgicos, traumá  
 ticos, quirúrgicos y si es del sexo femenino se interro  
 ga sobre los antecedentes gineco obstétricos.

Padecimiento Actual:

Se interroga al paciente sobre la noción del tiem  
 po, sitio y la causa desencadenante de la enfermedad , y  
 se le da al paciente tribuna libre, de la cual se pueden  
 recuperar datos de sumo valor ya que el paciente puede  
 colaborar en esta forma al diagnóstico. También se inte  
 rroga sobre síntomas y signos, modo de inicio de la en

fermedad, evolución de cada uno de los síntomas y por último, síntomas y signos actuales, se procede a realizar, un análisis de órganos, aparatos y sistemas.

### Aparato Digestivo:

Se inicia la investigación por la boca: si existe sed, problemas de masticación y deglución, ausencia de piezas dentarias, estado general de las mismas y se investiga si no existe ptialismo o sialorrea. Se observa forma y estado de hidratación de la lengua, mucosas, conductos salivales, estado de la faringe, si existe dolor en el esófago, dificultad para deglutir o regurgitación.

Estómago: si hay dolor epigástrico o mesogástrico, agruras, vómito, náuseas, etc. El alivio temporal del dolor epigástrico es característico de gastritis y úlcera péptica. Mesogástrico: colon transversal, intestino delgado, mesenterio, la aorta y vena cava inferior.

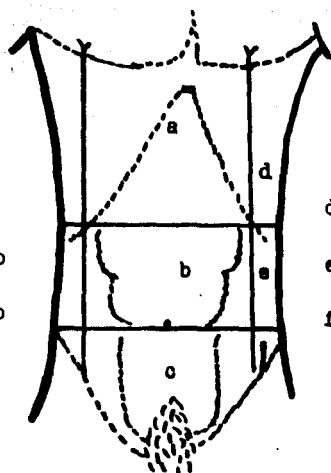
Intestinos: diarrea, estreñimiento o dolor.

Higado: si existe dolor en el hipocóndrio derecho e izquierdo.

En el hipocóndrio derecho: lóbulo derecho del hígado, fondo de la vesícula biliar, una pequeña porción del colon transversal, la extremidad superior del riñón derecho y la cápsula suprarrenal correspondiente.

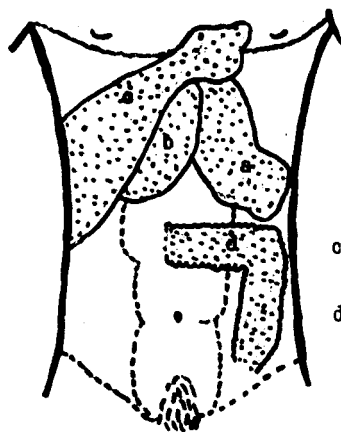
En el hipocóndrio izquierdo: el gran fondo de saco del estómago, el bazo, el epiplón gastroesplénico, una pequeña porción del colon descendente, la cola del páncreas, la extremidad superior del riñón izquierdo y la cápsula suprarrenal correspondiente.

- a. Epigástrico  
 b. Mesogástrico  
 c. Hipogástrico



- d. Hipocondrio  
 e. Flanco  
 f. Fosa ilíaca

- a. Bazo  
 b. Estómago



- c. Hígado  
 d. Colon

**Aparato Respiratorio:**

Aquí hay que observar si existe tos, expectoración disnea, cianosis, sifonía o dolor torácico.

**Aparato Cardiovascular:**

Se investiga si existe dolor precordial, palpitaciones, edema en los miembros inferiores y superiores además ver si existe en ellos palidez o enrojecimiento, cambio en la coloración y temperatura normal, calambres y adormecimiento.

**Aparato Genito Urinario:**

Ver si existe edema palpebral y en los miembros predominio diurno. Estudio de la micción, cantidad, frecuencia en 24 horas, si existe nicturia, disuria, poliuria y en la mujer saber como es su menstruación y flujo.

**Sistema Nervioso:**

Se investiga si hay movilidad, fuerza muscular, sensibilidad, lesiones tróficas y funciones psíquicas.

**Estudio Psicologico:**

Investigar si hay conflictos familiares, matrimoniales; ocupacionales, económicos o ambientales. Apreciación subjetiva del enfermo durante la consulta.

**Sintomas Generales:**

Se pregunta si existe anorexia, fiebre, pérdida de peso, astenia, adinamia, etc.

**Terapéutica Empleada:**

Es la que ya se le administró anteriormente al pa

ciente durante la evolución de su enfermedad.

### Exploración Física:

Aquí se observan sus signos vitales como son: tensión arterial; en hombres es de 120/80 y en mujeres es de 110/70, pulso periférico 60/80 por minuto, temperatura 36°, y por último peso corporal.

### Inspección General:

Se anota si el enfermo es encamado o ambulante, sexo, edad aparente, actitud, facies, conformación, constitución, movimientos anormales.

### Examen Radiográfico:

El examen radiográfico es uno de los medios más eficaz y necesario para la obtención de un diagnóstico correcto, los peligros se muestran en la interpretación radiográfica, son comunes los errores al observarlas e interpretarlas, frecuentemente se observa un cuadro completo, pero que no es correctamente interpretado.

Un tratamiento mal planeado puede deberse a estudios radiográficos inadecuados, si se recuerda que cada vez que se realiza Cirugía en maxilares se hace respon sable del diagnóstico, del tratamiento y de todas las patosis que puedan presentarse ahí, por lo tanto no se escatimaría esfuerzo alguno al hacer las pruebas radiográficas.

### Examen Oral:

El examen oral debe ser minucioso y debe seguir una serie de pasos en cada paciente:

1. Exámen de los labios con la boca cerrada y abierta; anotar cualquier anormalidad en su superficie.
2. Examine el vestibulo mucobucal y el frenillo; observar color, carácter y cualquier hinchazón de la mu cosa interproximalmente y en el vestibulo.
3. Inspeccione el dorso de la lengua en posición de des canso y la boca parcialmente abierta por cualquier hinchazón, ulceración, variación en tamaño, color y textura. Hacer que el paciente protuya la lengua y observar cualquier desviación, temblor, asimetría o limitación de movimiento.
  - Examine sus bordes, hacer que el paciente toque con la punta de su lengua el paladar y examine su superficie ventral y anotar cualquier varicosidad, hinchazón e inspeccione el piso de la boca.
  - Palpar la lengua para ver si hay induración.
  - Inspeccionar y palpar el paladar duro y blando.
  - Inspeccionar ambas fauces (área tonsilar) de los pilares anteriores (arco glosopalatino) y los pila res posteriores (arco faringo-palatino).
  - Intruya al paciente a decir "eh" lo cual expone una ampliación de la orofaringe.
  - La nasofaringe puede ser examinada colocando un es pejo del tamaño conveniente atrás de la úvula. Diga al paciente que respire a través de su nariz y la boca. Esto último que se ha esbozado es un procedi miento para la examinación oral del cáncer y su



descubrimiento y examinación podría comenzar con la Historia Clínica del caso.

- Palpar la cadena de Ganglios: preauriculares, parótid<sup>o</sup>s, submental, submaxilar: de la cabeza y los yu<sup>g</sup>ulares, por último los cervicales superiores del cuello.

## CAPITULO II

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN EXODONCIA

## a).- Indicaciones en Exodoncia

Las indicaciones serían imposibles de expresar de un modo definido en exodoncia, porque descansan muy a menudo sobre opiniones, convicciones y capacidades del odontólogo. La siguiente pauta puede ser de utilidad:

Condiciones del diente: aquí se incluyen las irregularidades de forma, posición y número de las raíces, la firmeza del diente, la extensión de la caries, lesión o afección del periodonto. Estas condiciones pueden enumerarse como sigue:

1. Malformación o malposición de los dientes, estas condiciones se asocian frecuentemente, por lo que a dientes en estas condiciones hay que extraerlos ya que predisponen a los dientes adyacentes a caries.
2. Dientes que han hecho erupción en posición anormal, que es imposible hacer una alineación correcta y que molestan a la lengua, labios y mejillas o que por su posición defectuosa predisponen a la caries a los dientes vecinos.
3. Si los dientes están apiñados hasta el extremo de dificultar su función.
4. Dientes que se hayan aflojado por absorción o destrucción de su alvéolo hasta el punto de ser inútiles, más bien perjudiciales a la masticación.
5. Dientes cariados o enfermos hasta el extremo de no ser recomendable adoptar el tratamiento conservador,

o en los que se emprende, fracasa.

6. Dientes en la línea de fractura.
7. Cuando un diente pierde utilidad con la desaparición de un antagonista o bien puede ocupar una posición tan irregular, que impide restaurar por medio de la prótesis la oclusión perfecta.
8. Cuando uno o más dientes quedan en los maxilares y son, por su condición y posición impropios para la retención de piezas artificiales.

#### b).- Contraindicaciones en Exodoncia

Aunque son pocas las verdaderas contraindicaciones de la extracción dentaria, se pueden clasificar relacionadas con el diente en si, con los tejidos parodontales y con el estado general del paciente:

Afecciones que dependen del estado del diente a extraer: estan principalmente las de carácter de proceso inflamatorio y las de proceso infeccioso como, el absceso.

En pacientes afectos de trastornos graves generales; como son las personas cardiacas, diabéticos y los que presentan problemas en su sangre, como los hemofílicos.

Podemos decir que las afecciones en dependencia con el estado general del paciente son las siguientes:  
Estado fisiológico: menstruación y embarazo.

Estados patológicos: afecciones de los aparatos y sistemas, y como mencione arriba a pacientes cardiacos, etc.

El periodo menstrual, sin constituir una contraindicación, es una causa para que no se le extraiga una pieza dentaria, si el caso no es de urgencia, hasta que aquel termine. Ya que el estado general de la paciente

y sus hormonas estan modificados en la época de sus reglas. Un traumatismo operatorio se traduce por trastornos de importancia variables.

Lo mismo podemos decir de la gravidez, aunque no hemos observado jamás un accidente a consecuencia de la extracción en una embarazada. Pero en una persona pusi lámine que le teme a la extracción, es preferible no realizarla durante los tres primeros meses del embarazo, siempre y cuando los dolores y el peligro de infección no aconsejen intervenir de inmediato, tomando en este caso las medidas convenientes.

Entre los estados patológicos que pueden oponerse a la extracción debemos mencionar:

La diabetes: enfermedad caracterizada por la presencia de glucosa anormal en la sangre, azúcar en la orina (Glucosuria), originada por el mal funcionamiento del páncreas, higado o riñon. Esta enfermedad se caracteriza por hambre, sed y aumento de la orina excesivamente. (Polifagia, Polidipsia y Poliuria).

Hemofilia: Es una enfermedad congénita, caracterizada por hemorragias excesivas a consecuencia de un traumatismo menor. Su padecimiento es una contraindicación poderosa de la extracción. Sólo intervendremos en estos padecimientos en casos extremos y previa medicación con vitamina K, o suero de caballo en dosis de 10 a 20 c.c. por via endovenosa.

En los enfermos cardiacos conviene conocer su grado de emotividad, pues generalmente se debe a ésta los síncofes. Es seguro que en un enfermo cardiaco tranquilo no se produzca ningun trastorno, eligiendo y cuidando la anestesia.

También es una contraindicación la arteriosclerosis, por los trastornos que causa la anestesia.

Entre ellos la hemorragia cerebral. Se recomienda usar anestesia local a base de Novocaína sola, pues la Adrenalina es vasoconstrictor, lo cual agravaría el caso.

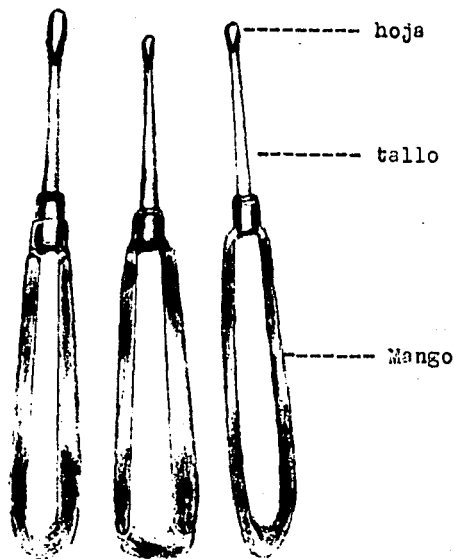
c).- Instrumental empleado para efectuar la extracción dentaria.

El instrumental quirurgico de exodoncia se divide en dos grupos que son:

I. Instrumental para extracción del diente; que ha su vez se subdivide en:

- a. Elevadores o Botadores
- b. Fórceps

a. Elevadores o Botadores; consta de tres partes que son: la cucharilla u hoja, el mango y el tallo, este último es la porción que une la hoja y el mango.



Botadores Rectos

La hoja; se aplica al diente, y algunas están constituidas con la intención, de que se adapten, a una raíz en su diámetro longitudinal. Por lo regular, la hoja debe ser delgada, de una anchura de unos 5mm., plana o ligeramente cóncava por su superficie anterior y convexa por la posterior, y los bordes biselados hacia afuera y muy afilados.

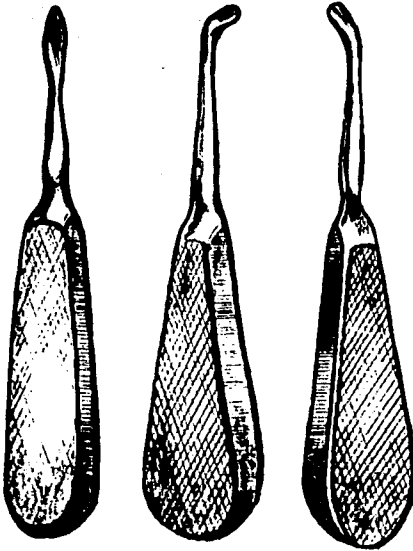
El mango; debe tener una longitud de unos 7.5 cm., ser rugoso y suficientemente ancho para cogerlo cómodamente y poder hacer una prensión firme, y además ser hueco.

Todo el instrumento debe estar hecho de metal preferentemente de acero forjado y de una sola pieza.

El botador: se utiliza como una simple palanca; debe tomarse firmemente por el mango y sostenerlo como un cuchillo, el índice de la mano derecha descansando sobre la hoja a unos 12 mm. de la extremidad. Esto, da estabilidad y defensa, en el caso de que el instrumento pueda resbalar. De la misma manera se emplea para todos los dientes. No debe emplearse en dientes superiores, excepto en alguna ocasión para los dientes temporales. Su punto de apoyo es el ángulo mesiobucal. Los botadores pueden usarse de distintas maneras:

- Los dientes vecinos que sirven de apoyo, estén mejor implantados que el diente por extraer.
- Cuando se use el botador, el diente de apoyo debe carecer de restauraciones amplias, de preferencia que esté intacto.
- Cuando se hace uso del botador, que la zona de apoyo este desprovista de tejidos blandos (encía).
- Para raíces temporales movibles.

Los botadores se clasifican por la forma de la hoja en : angulados o de bandera y rectos. Estos últimos, se emplean para muchos fines y especialmente en raíces fracturadas. Se emplean a menudo como periostotomos.



Botador Recto

Botadores curvos



b. **Fórceps**; es un aplicador modificado que consta esencialmente de las partes a saber: ramas mayores y ramas menores o bocados, las cuales están unidas entre sí por una articulación o charnela, sobre la cual giran ambas ramas del fórceps. El fórceps, sus ramas menores deben aplicarse al cuello de los dientes, ya que, estas actúan como elementos de Palanca; de modo que mientras una de ellas sirve de Punto de Apoyo efectuando su esfuerzo en el cuello del diente, el lugar más débil de él, la otra rama obra como Potencia aplicada sobre la corona, el lugar más resistente.

La regla debe ser, asir con el fórceps por lo menos un tercio de la raíz, por debajo de la encía.

Los fórceps se pueden clasificar en :

- a. **Fórceps Superiores**
- b. **Fórceps Inferiores**

a. **Fórceps Superiores**: sus ramas son rectas y largas y son:



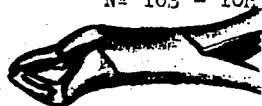
Nº 5, Universal. Para incisivos y raíces superiores.

- Nº 1. Para superiores anteriores.
- Nº 10 B y 10H. Para molares superiores.
- Nº 10S NEVIUS. Para caninos y premolares superiores.  
10H NEVIUS. Para anteriores superiores.
- Nº 18A. Para primeros y segundos molares superiores derechos.
- Nº 18L. Para primeros y segundos molares superiores izquierdos.
- Nº 24. Para molares superiores derechos e izquierdos.
- Nº 32. Para premolares, molares y picos superiores.

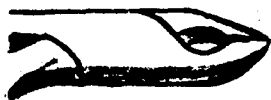
Nº 1



Nº 10S - 10H



Nº 10S - 10H NEVIUS



Nº 18A



Nº 24



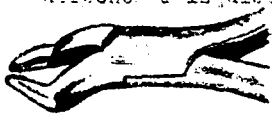
Nº 32

**A PARTIR DE**

**ESTA PAGINA**

**FALLA  
DE  
ORIGEN**

- Nº 52R. Para primeros y segundos molares superiores derechos.
- Nº 52L. Para primeros y segundos molares superiores izquierdos.
- Nº 52 Univeral. Para incisivos y premolares superiores e inferiores y restos radiculares.
- Nº 82R. Para primeros y segundos molares superiores derechos.
- Nº 82L. Para primeros y segundos molares superiores izquierdos.
- Nº 99A. Para incisivos, caninos y premolares superiores derechos e izquierdos.
- Nº 99C. Para incisivos, caninos y premolares superiores derechos e izquierdos.



Nº 52R



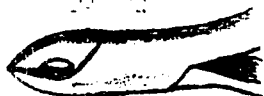
Nº 52 Universal



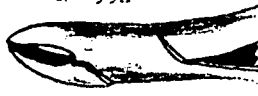
Nº 82R



Nº 82L



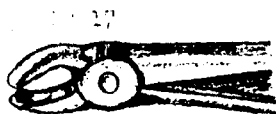
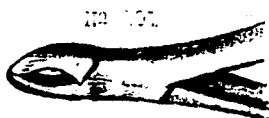
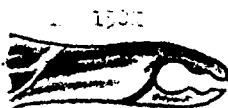
Nº 99C



Nº 150.

- Nº 150. Para incisivos, caninos, premolares y restos radiculares superiores e inferiores.

- Nº 150X. Para incisivos, caninos, premolares y extensi6n de caries en molares superiores. Bocas de **sig** na.
- Nº 151. Para incisivos, premolares y raices superiores- derechos e izquierdos.
- Nº 110. Para terceros molares superiores derechos e izquierdos.
- Nº 210S. Para terceros molares superiores derechos e izquierdos.
- Nº 7. Para premolares superiores derechos e izquierdos.
- Nº 17. Para molares superiores derechos.
- Nº 15L. Para molares superiores izquierdos.



Nº 99. Para molares superiores derechos e izquierdos. Pa  
ra niños.

Nº 71. Para molares superiores.

Nº 76. Para raices superiores derecho e izquierdo.

Nº 155 Universal. Para molares superiores.

Nº 99



Nº 71



Nº 76



Nº 155

b. Fórceps Inferiores: sus ramas son cortas. Los nú  
meros de fórceps inferiores son los siguientes:

- Nº 15 Universal. Para primeros y segundos molares inferiores. Mango de gancho.
- Nº 16 Universal. Para primeros y segundos molares inferiores. Mango de gancho.
- Nº 16S. Para niños.
- Nº 17 Universal. Para primeros y segundos molares inferiores. Mango recto.
- Nº 22. Para terceros molares inferiores derechos e izquierdos. Mango recto.
- Nº 23. Para primeros y segundos molares inferiores derechos e izquierdos.
- Nº 85 Universal. Para caninos, premolares y molares inferiores. Mango recto y pico fuerte.
- Nº 85A. Es similar al 85 pero con pico angosto.
- Nº 151. Para incisivos, premolares y raíces inferiores derecho e izquierdo.
- Nº 151S. Igual al 151 y es para niños.
- Nº 203. Para incisivos, premolares y raíces inferiores derechas e izquierdas.
- Nº 287. Para primeros y segundos molares inferiores derechos e izquierdos.
- Nº 13. Para premolares inferiores derechos e izquierdos.
- Nº 21. Para molares inferiores derechos e izquierdos.

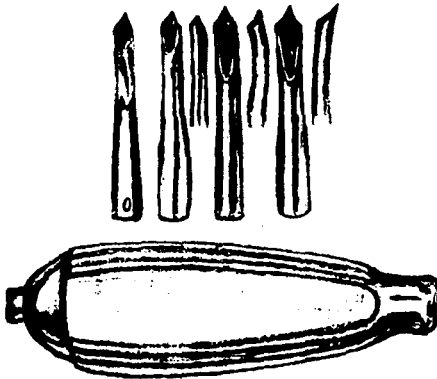
- Nº 22. Para molares inferiores derechos e izquierdos.
- Nº 31. Para raíces inferiores derechos e izquierdos.
- Nº 33. Para raíces inferiores derechos e izquierdos.
- Nº 40. Para molares inferiores derechos e izquierdos. Pa  
ra niños.
- Nº 73. Para molares inferiores derechos e izquierdos.
- Nº 74. Para raíces inferiores derechas e izquierdas.
- Nº 86. Para molares inferiores.
- Nº 87. Para molares inferiores derechos e izquierdos. Y  
cuando el diente se fractura por extensión de ca-  
ries.
- Nº 167 Universal. Para molares inferiores.



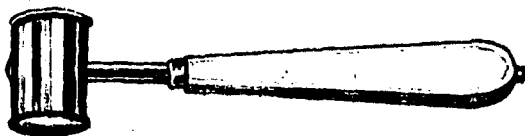
II. Instrumental Auxiliar; que a su vez se subdivide en:

a. Para Tejidos Duros; son los siguientes:

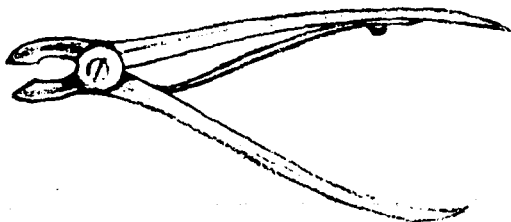
Escopios; el tallo del escoplo recorre toda la longitud del mango y proyecta por el extremo para que pueda usarse el martillo. Los escoplos de mano son concavoconvexos y como su punta es puntiaguda y los bordes laterales de la hoja son cortantes penetra en el hueso excavando un proyecto delante de la porción más voluminosa del instrumento, el corte se practica por rotación del instrumento sobre su eje longitudinal, pues por medio de la rotación se extirpa un segmento óseo proporcional al mayor diámetro de la hoja.



Martillo; es todo de metal y su cabeza está rellena de plomo el cual es maleable, y por la acción del golpe se adapta a la superficie de la cabeza del escoplo.



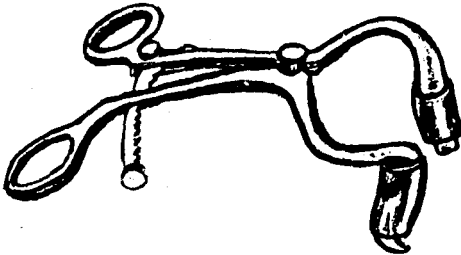
Pinza Gubia; sirve para cortar hueso. Son de presión manual. Tiene gran potencia y sus ángulos permiten alcanzar todas las regiones de los bordes alveolares. Si se emplean debidamente, dejan la superficie del hueso lisa.



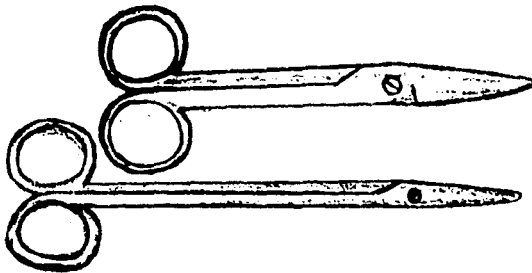
b. Para Tejidos Blandos; son los siguientes:

Abrebocas; pueden ser de dos tipos: el autorreten-tivo y el que requiere la sujeción por un ayudante.

Es preferible apoyar el abreboocas en un segmento desdentado de los maxilares superior e inferior, a lesionar dientes por tomarlos como puntos de apoyo.

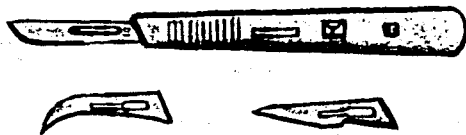


Tijeras Gingivales; se utilizan para separar las partes por disección aguda, pues algunas veces la encía queda adherida al diente hasta después de haber sido desplazado éste de su alvéolo óseo.



Bisturíes y Lancetas; estos deben conservarse siempre sin oxidación, bien afilados y limpios. El bisturí debe ser de una sola pieza, de hoja cambiabile y la manera en que se toma es de lápiz, de puñal y de garfio; con el anular y pulgar fijandose con el dedo medio y dirigiendose con el indice. El número de mango que se usa más es el 3, 4 y 7.

El número de lanceta u hoja es 11, 12 y 15. Esta última es la más usada.



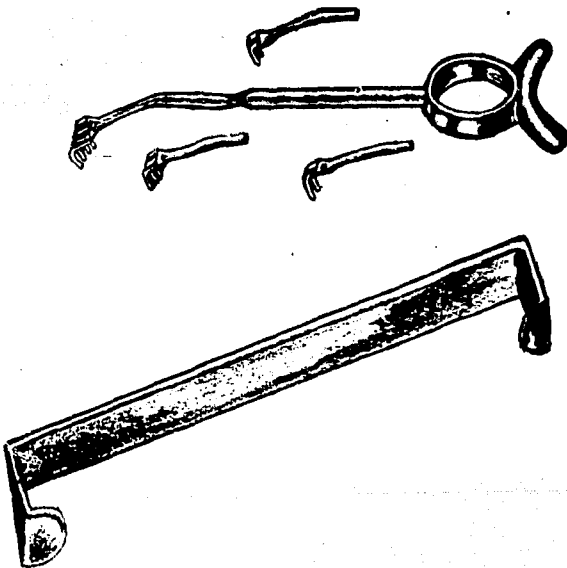
Periostotomo; es un instrumento de doble extremo, el menor se usa para la elevación de los tejidos, el mayor puede emplearse como separador. Y se utiliza para la extracción de 3<sup>o</sup> molares inferiores.



Retractor Yugal; se utiliza para retraer la mejilla y el que lo maneja es un ayudante por lo general.



**Erinas o Separadores**; se utilizan cuando se tallan colgajos, pues cumplen la doble misión de retraer el colgajo y la mejilla o el labio. Hay dos tipos de separadores el de Faredew y el de Garra este último esta provisto de 2 a 5 o 6 garfios que no son afilados y puntiagudos para que no desgarrren los tejidos.

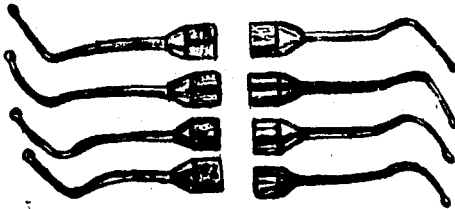


Pinzas de disección; hay dos tipos.- la de bocado dentado y la de dientes de ratón. Se emplean para la aplicación de torundas con el fin de cohibir la hemorragia durante la operación y para extraer fragmentos de dientes y otras substancias de la cavidad bucal. Estas pinzas no sirven para sujetar los tejidos. Su longitud es de unos 12 cm.

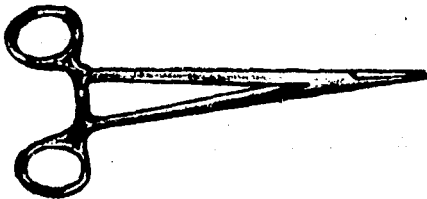
La pinza de dientes de ratón es de diferentes longitudes. Y la que tiene dos dientes es la más útil en odontología y sirve para sujetar el tejido porque se clavan los dientes en el segmento y sostienen firmemente el colgajo sin traumatizarlo.



Curetas y Cucharillas quirúrgicas; son rectas y presentan dos extremos, los números que se utilizan son tres, y se usan para eliminar tejido inflamatorio y raspar el hueso alveolar.



Pinzas de hemostasis; llamadas también de mosco y son las más finas en Cirugía, y las hay de varios tamaños.

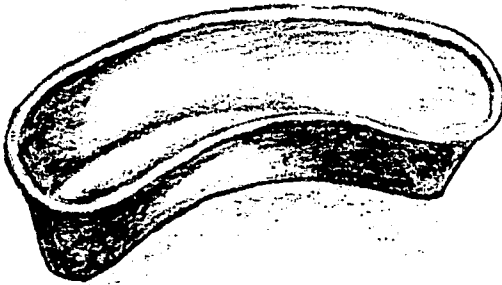
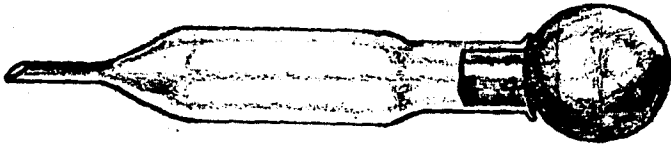




Portaagujas; no posee raqueta que impida su libertad de acción y su longitud permite alcanzar todas las regiones de la cavidad bucal. Se toma con la mano derecha, colocando la falange del dedo-pulgar dentro de uno de los anillos y en el otro la falange del dedo medio quedando la llema del dedo indice apoyada por encima de este anillo.

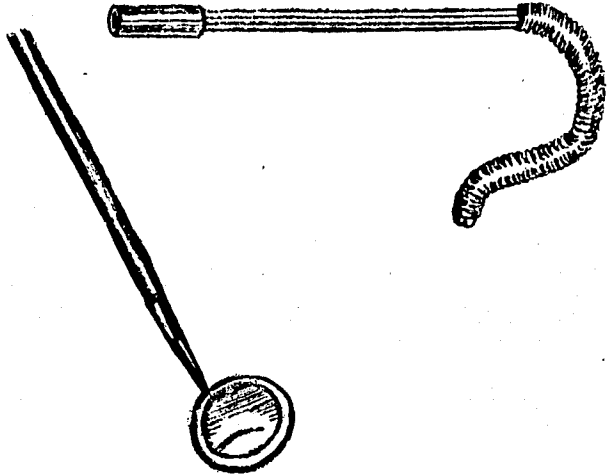


Jeringa para lavado; la que se utiliza es la jeringa septo que es de 30 a 40 mm., para lavar la cavidad después de la extracción con suero fisiológico se hace por goteo o por chorro.



Canula de aspiración; se usa para eliminar la saliva del paciente.

Espejo dental; es indispensable en la fase operatoria.



Agujas y Material de Sutura; hay varios tipos de agujas que son: las comunes, cortantes, romas y las especiales; estas últimas tienen una parte recta y una curva. La aguja consta de punta, cuerpo y ojo; el cual puede ser automatico o simple.

El material de sutura se clasifica en dos tipos que son:

1. Materiales Absorbibles
2. Materiales no Absorbibles

1. Los materiales absorbibles; son de origen biológico, y son:

a. Origen Animal: aquí se encuentran el Catgut ha biendolo;

- Crómico o Tánico.- se absorbe en un lapso de 15 a 20 días.

- Simple.- se absorbe en un lapso de 8 a 10 días.

b. Origen Sintético: como el Dexón que se reabsorbe en 30 días.

2. Materiales no Absorbibles; son de origen vegetal, animal, mineral o sintético.

a. Origen Vegetal: aquí se encuentran los hilos - manufacturados con fibras de - algodón o lino.

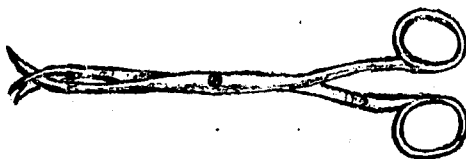
b. Origen Animal : son la seda y la crin de Floren cia.

c. Origen Mineral: son los alambres de acero inoxidable, de plata o de oro.

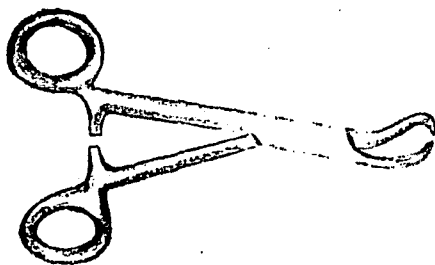
d. Origen Sintético: son derivados de la celulosa como el nylon o dermalón, que tienen la ventaja de ser más - resistentes y mejor tolerados- por los tejidos.

Por último mencionare dos instrumentos que son indispensables, y son los siguientes:

Pinza para instrumentos; es un instrumento operativo, se emplea para sacar instrumentos del esterilizador o de la cubeta en que se enfrían evitando que las manos los contaminen, al tratar de colocarlos sobre la mesa operatoria.



Pinzas de campo; se utilizan para fijar el hule latex en la tela del campo hendido.



d).- Técnica para realizar la extracción dentaria.

Antes de aplicar la técnica para la extracción dentaria, es necesario tener en cuenta para el éxito de esta operación los siguientes factores:

- 1º Asepsia.
- 2º Anestesia.
- 3º Conformación de las raíces de los dientes.
- 4º Densidad y estructura del hueso en que está empotrado el diente.
- 5º Posición de las raíces con respecto al hueso.
- 6º Selección de los debidos instrumentos.
- 7º Habilidad intuitiva del operador.
- 8º Prevención de accidentes.
- 9º Tratamiento de los accidentes y de las secuelas.

La operación de la extracción dentaria puede dividirse en tres períodos:

1. LA APLICACION DEL FORCEPS AL DIENTE

Aquí el fórceps debe tenerse en la palma de la mano y sus ramas mayores dirigidas hacia arriba o hacia abajo según el maxilar donde se opere, empleando el pulgar como tope o regulador de la separación de las ramas mayores del fórceps al cuello del diente ya que actúan como palanca, y mientras una de ellas sirve de punto de apoyo efectuando su esfuerzo en el cuello del diente, el lugar más débil de él, la otra rama obra como potencia aplicada sobre la corona, el lugar más resistente.

Hecho esto, se retira gradualmente el pulgar y se aplica la fuerza por la presión fuerte y constante en dirección de

la raíz del diente, y la fuerza empleada debe regularse por la resistencia experimentada, aplicándola suavemente y aumentándola a medida que el caso lo requiera y con frecuencia acompañandola de un ligero movimiento de rotación muy favorable, hasta conseguir el objetivo. Una vez prendido el diente, debe retenerse con una fuerza suficiente para impedir que resbale el instrumento, pero no tan grande que perjudique al diente.

## 2. LA DESTRUCCION DE SUS CONEXIONES MEMBRANOSAS Y DILATACION DEL ALVEOLO.

Este consiste en un ligero movimiento de rotación si el diente tiene una raíz cónica, o un movimiento en sentido lingual (o palatino) y vestibular si la raíz es aplanada o si hay dos o más raíces. Si al llevar a cabo estos movimientos con una fuerza moderada y no cede el diente, entonces podemos emplear la fuerza en otras direcciones, aumentandola gradualmente, para lograr que el ligamento esté lo suficientemente separado y el alveolo dilatado, y así empezamos con los verdaderos movimientos de la extracción, o sea el tercer período de la operación.

## 3. LA SEPARACION DEL DIENTE DE SU ALVEOLO.

Luxado el diente a extraer debemos ante todo considerar la dirección que ha de seguir el diente en su avulsión. En estos movimientos de la extracción, el diente y el fórceps deben ser solidarios y participar en

todos los movimientos; pues nada provoca con más facilidad la fractura de un diente que un instrumento aplicado sin la debida firmeza.

Si la fuerza extractiva se aplica demasiado pronto se experimenta gran resistencia y exponemos a fracturar el diente si la fuerza continúa; pero si la aplicamos demasiado tarde, provocamos dolor incesario.

La fuerza extractiva, por regla general, debiera ser ejecutada en la dirección del eje longitudinal del diente, pero el operador hábil juzgará en qué dirección sale más fácilmente el diente desprendido y ejecutará la tracción en la dirección de menor resistencia.



## CAPITULO III

## ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN EXODONCIA

a).- Fracturas de agujas al anestesiar el Maxilar Inferior.

La fractura de agujas puede ocurrir hasta al operador más experimentado, en la anestesia infiltrativa, submucosa, diplóica o troncular. La mayoría de las agujas que se fracturan es, al realizar la inyección mandibular para anestesiar el nervio dentario inferior. Las causas más frecuentes de este accidente es la falta del suficiente conocimiento de la anatomía, técnica indebida de la inyección, el movimiento del paciente y las agujas defectuosas. Se puede impedir la fractura de agujas al anestesiar el nervio dentario inferior si nos basamos en lo siguiente:

1. Conocer perfectamente la estructura anatómica por donde va a pasar la aguja.
2. No emplear agujas viejas de calibre fino.
3. Rectificar las agujas después de una considerable torsión.
4. Usar agujas de una longitud ligeramente superior a 42 milímetros.
5. Siempre que se choque con un obstáculo debora interrumpirse la operación y retirar la aguja.
6. Hacer que el paciente abra la boca en forma correcta y evitar que trate de hacer cualquier movimiento.

7. Pasar la aguja directamente al punto de inyección, sin detenerse a inyectar cada pocos milímetros.
8. Nunca forzar la aguja a través del tejido denso que se encuentra en su trayecto.
9. Las agujas de acero inoxidable deben de hervirse para su esterilización.
10. El paciente debe estar siempre en posición correcta al poner la inyección de manera que está bien iluminado y el operador pueda ver con claridad lo que esta haciendo.

Cuando este accidente se presenta lo más indicado es informarle al paciente, lo que se le va a hacer, con mucho cuidado a fin de que no se vaya a formar una idea equivocada pensando que fué descuido o negligencia por parte del cirujano dentista, ya que ésto le puede ocurrir al más capacitado cirujano.

Cuando se remueve una aguja, hay que proceder a ello inmediatamente después de la rotura o esperar a que el trismo haya desaparecido, a fin de que se pueda operar sin el entorpecimiento serio que supone el trauma.

Las incisiones para la remoción de las agujas rotas deben practicarse siempre en ángulo recto con ellas además en todos los casos deben tomarse dos tipos de radiografías: una ántero posterior.- nos muestra la posición de la aguja con respecto al borde interno de la rama. Otra lateral.- nos muestra hasta que punto en sentido anterior se encuentra la punta posterior de la aguja o la altura en que está situada.

Se debe evitar la palpación de la aguja con los dedos, ya que esto puede ayudar a que el fragmento se introduzca más en los tejidos.

La técnica a seguir será la siguiente:

1. Sentar al paciente en la misma posición que para la inyección del maxilar inferior, con la cabeza casi vertical y la boca lo más abierta posible.

2. Anestesiarse localmente el área.

3. Buscar por palpación la línea oblicua interna.

4. Hacer una incisión en ángulo recto con la aguja ligeramente posterior con respecto a la línea oblicua interna, cortando a través de la membrana mucosa y de la fascia bucofaríngea, y se mantienen separados ambos lados de la incisión por medio de erinas.

5. Si la aguja no se ha alcanzado todavía, se coloca un instrumento de gancho en la herida y se pasa hacia abajo hasta el borde interno del ángulo del maxilar y se levanta el nervio lingual, manteniéndolo separado por medio de la erina para impedir su lesión.

6. Se levanta el músculo pterigoideo interno. No cortarlo.

7. Se separa cuidadosamente la fascia, y entonces se tropieza con la aguja, puesto que estamos en contacto con el periostio del borde interno de la rama.

8. Se procede a hacer la extracción de la aguja con un hemostato llevando el extremo roto fuera de los tejidos de la boca a través del trayecto creado, después se procede a suturar la mucosa con la cantidad de puntos necesarios según la incisión. Si hay elevación de temperatura por más de 24 horas se debe instituir te

rapia antibiótica.

En casos de que la aguja se extienda más allá del borde anterior de la rama, el mejor medio de llegar a ella consiste en una insición inmediatamente posterior con respecto al tercer molar en la región del triángulo retromolar.

#### b).- Raíces Fracturadas.

El uso excesivo de una fuerza sin control y mal dirigida da como resultado la fractura de la raíz del diente, rebordes alveolares y pisos del seno maxilar.

La fractura de la raíz de un diente, puede ser debido a algún error de técnica en la aplicación del fórceps, o a un proceso carioso establecido desde largo tiempo y que ha restablecido la estructura de las raíces por lo cual se fracturan tan pronto como se aplica presión sobre ellas, las raíces pueden ser considerablemente curvas y existir entre ellas un tabique grueso, pueden presentar hipercementosis las raíces.

Debido a cualquiera de estas causas, puede fracturarse un diente o una raíz, y por lo tanto muchas veces no puede censurarse al operador en caso de que ocurra este accidente.

Si la fractura de la raíz tiene lugar en una región apical con respecto al borde gingival, no debe intentarse nunca otra intervención por medio del fórceps.

Si se trata de un diente multirradicular, las raíces pueden separarse por medio de una fresa de fisura y después extraerlas separadamente, o puede intentarse - extraerlas por medio de botadores de diferentes variedades.

Como consecuencia de la fractura de la raíz de un diente se presenta la fractura del reborde alveolar es to es relativamente frecuente y la mayor parte de las veces inevitable, puede involucrar la lámina externa, la lámina interna, todo el espesor del proceso alveolar y puede intentarse a uno o varios alveolos. Por ser la lámina externa más delgada, es la que se fractura con mayor frecuencia, ya que sobre éstas, se ejercen el mayor esfuerzo durante la luxación, también se fractura debido a la divergencia de las raíces, por brusquedad y por una mayor amplitud al momento de efectuar las luxaciones.

Muchas veces al tratar de extraer un diente, se penetra en el seno maxilar o se provoca su apertura, el tratamiento depende de la naturaleza de la lesión; ya sea del interior del seno o de los tejidos que circundan el diente extraído. Las condiciones que pueden dar lugar a este accidente son las siguientes:

1ª La proximidad de los molares y bicúspides superiores con respecto al suelo del antro puede ser tal que la extracción sea imposible sin la fractura de la pared del seno. Cuando se da esta condición anatómica, existe solamente una fina laminilla de hueso o un tapiz membranoso entre el seno y las raíces dentarias, esto sucede más en los primeros y segundos molares superiores; a veces en los terceros molares y más rara vez en los segundos bicúspides, en los primeros y en los caninos.

2ª El seno puede resultar lesionado a causa de un traumatismo excesivo o por la defectuosa aplicación

de los instrumentos o de la fuerza. Esto puede suceder en la extracción de raíces de molares o de bicúspides fracturados y sobre todo al emplear botadores, como también por la excesiva inserción profunda del fórceps.

3a A causa de un estado patológico de los tejidos existentes entre las raíces y el seno maxilar.

4a Impulsión de raíces en el seno maxilar.

5a Fractura del cuerpo del maxilar.

En muchos casos, la invasión del seno maxilar va seguida inmediatamente de infección aguda y de empiema.

En otros, pueden producirse complicaciones por parte de la nariz o de sus cavidades accesorias. Por lo tanto, la penetración en el seno maxilar constituye siempre una complicación grave que debemos evitar a todo trance.

Al intentar extraer una raíz de premolar o las raíces vestibulares de un primero o segundo molar, especialmente si estando mal definidas se empuja una o ambas ramas del fórceps directamente sobre la superficie de la raíz, hundiéndola parcialmente o completamente en el seno. También puede estar la raíz a punto de ser sujeta por el fórceps y, al cerrar éste, resbalar hacia arriba, hundiéndose en los tejidos y hasta en el seno. La inflamación provocada puede aflojar y expulsar el diente y obtener así la prensión más fácilmente; pero una pequeña fuerza en dirección contraria sería suficiente para meter la raíz por completo en el seno maxilar. Si el diente o raíz causan la inflamación o supuración de esta cavidad, es conveniente desembarazarla del diente o raíz, y el método que se emplee dependerá de su loca

lización por la radiografía. Si el diente o raíz está en el orificio de la perforación del seno maxilar, podemos extraerlo mediante un pequeño escavador de cucharilla o un alambre doblado; pero si fracasan estos procedimientos, debe ampliarse la perforación suficientemente para admitir el dedo y efectuar la extracción.

Se recomienda al paciente después de la extracción de la raíz o del diente en el seno maxilar, lavados antisépticos para asegurar la cicatrización normal, si existe la sospecha de una posible infección, debemos dejar canalizado el seno maxilar por medio del alvéolo o bien donde se realizó la fase operatoria para extraer la raíz.

### c).- Fractura del Maxilar Inferior.

La fractura del maxilar inferior en la intervención exodóntica constituye un accidente raro, pero cuando sucede es siempre por falta de técnica, por el empleo de una fuerza excesiva o incorrecta, ha cambios patológicos que han debilitado la mandíbula.

Nunca debe utilizarse una fuerza excesiva para extraer un diente, si el diente no cede a una presión moderada, debe buscarse la causa y remediarla.

La mandíbula puede estar debilitada por osteoporosis senil y atrofia, osteomielitis, por radioterapia-previa u osteodistrofia tales como esteítis deformante, displasia fibrosa, o fragilidad ósea. Por procesos patológicos locales tales como quistes o neoplasias, necrosis, etc. Los dientes no erupcionados, hiperparatiroidismo o tumores también son causas predisponentes a la fractura de la mandíbula.

Si se presenta cualquiera de estas condiciones, la extracción debe ser intentada únicamente después de una observación clínica cuidadosa y ayuda radiográfica, además de una construcción preoperatoria de férulas.

El cirujano dentista debe informar al paciente antes de la operación, de una posible fractura mandibular, y si esta complicación ocurriese debe instituirse el tratamiento de inmediato.

El tratamiento a seguir será de acuerdo con el tipo de fractura evitando hasta donde sea posible la intervención quirúrgica para obtener una correcta reducción y fijación. Reducida y fijada la fractura se vigila la higiene bucal, la alimentación debe ser líquida, y el estado general del paciente.

En síntesis el tratamiento de una fractura debe ser una temprana inmovilización en posición funcional hasta obtener la unión ósea, con la edad la consolidación de la línea de fractura es variable, el niño requiere menor tiempo que el adulto. En el niño dura de 40 a 45 días y en el adulto se deja más tiempo.

#### d).- Luxación del Maxilar Inferior.

La luxación de la mandíbula puede ser unilateral o bilateral, la más frecuente es ésta última.

La luxación de la mandíbula se presenta más frecuentemente durante la extracción de un diente inferior, cuando el paciente está bajo la acción de la anestesia general, a causa de una acción espasmódica repentina de los músculos cuando la boca se abre en demasía, la distensión excesiva del abrebocas y la fuerza sin con



trarrrestar de la mordida sobre el sostén bucal, especialmente cuando éste se coloca entre los dientes mesiales.

Sin embargo, la luxación de la mandíbula puede ocurrir aunque el paciente conserve el conocimiento.

Para evitar la luxación de la mandíbula durante la extracción de un diente inferior, es sosteniéndola.

El soporte dado a la mandíbula por la mano izquierda del operador debe ser suplementado por la presión ejercida hacia arriba con ambas manos por debajo de los ángulos de la mandíbula dada por el anestesista o el asistente.

En la anestesia general, siempre hay cierta relación muscular y el cóndilo se desplaza más fácilmente.

Si se aplica el abre bocas de manera que la fuerza actúe en dirección vertical, no es fácil que se produzca la luxación.

La luxación de la mandíbula se presenta con más frecuencia cuando el sostén se coloca entre los dientes mesiales o en un ángulo ántero posterior. En este caso, la fuerza de la mordida se equilibra sobre los bordes cortantes estrechos de los dientes mesiales, y la mandíbula inferior resulta impedida hacia adelante.

Si se presenta la luxación ésta debe reducirse inmediatamente. Si el tratamiento se retrasa, el espasmo muscular puede hacer imposible la reducción, excepto bajo anestesia general.

El diagnóstico de la luxación unilateral es la siguiente: el mentón está desviado hacia el lado sano,

existiendo un hueco frente al trago en el lado dislocado, que se apreciará por comparación de ambos lados, la mandíbula no está tan abierta y permite algún movimiento, por medio del cual puede descubrirse la posición del cóndilo luxado.

El diagnóstico de la luxación bilateral es la siguiente; la boca queda parcialmente abierta, el maxilar inferior está proyectado hacia abajo y fijo, y la saliva va cayendo por encima del labio inferior. El cóndilo se nota que está en una posición falsa, y deja una cavidad en el sitio que le corresponde en posición normal, enfrente del trago. La apófisis coronoides puede apreciarse con el examen bimanual debajo de la parte anterior del cigoma.

Para obtener la reducción de ambas luxaciones se procede de la siguiente manera: el cirujano dentista debe colocarse de pie frente al paciente, que debe estar sentado. Se envuelven bien los dedos pulgares de ambas manos con compresas de manera que no podamos ser mordidos en el momento de la reducción de la luxación, tomamos sólidamente el maxilar inferior, colocando los pulgares sobre los molares posteriores y los demás dedos abrazan por fuera de la boca el borde inferior del ángulo del maxilar. De esta manera aumentamos un poco la abertura de la boca, después nos apoyamos fuertemente sobre el hueso rechazándolo hacia abajo y atrás y así los condilos vuelven a su sitio normal. Ocasionalmente presentan después de la reducción un estado inflamatorio, por lo cual se debe aplicar compresas humedo calientes.

Para evitar la residiva se le indica al paciente, que no abra mucho su boca ni bostece durante varios-

días postoperatorios, y debe colocarse un soporte extra bucal que debe utilizarse hasta que la sensibilidad de la articulación afectada se apacigue. Además debe tener una dieta líquida durante tres o cuatro días para evitar movimiento de la articulación.

e).- Fractura de la Tuberosidad del Maxilar Superior.

La fractura de la tuberosidad del maxilar superior no constituye siempre un accidente evitable, ya que en algunos casos la fractura ocurre inesperadamente, sin que sea debida a un exceso de fuerza aplicada a la extracción del diente. Este accidente, cuando tiene lugar, es en la extracción de los terceros molares, y a veces en los segundos, tanto si existe como no, el tercer molar. La fractura puede variar con respecto al volumen de hueso desprendido y de las partes interesadas.

Este accidente se debe generalmente a la invasión de la tuberosidad por el seno, que es común cuando se presenta un molar superior aislado, especialmente si el diente está sobreerupcionado. La geminación patológica entre un segundo molar erupcionado y un tercer molar superior no erupcionado es una causa predisponente aunque poco usual.

Si el operador nota la fractura antes de la extracción completa del diente, es recomendable disecar cuidadosamente éste sin desprender el hueso del mucoperiostio. Cuando esto se practica con cuidado, regularmente el hueso se adhiere.

En este accidente, el seno maxilar resulta casi

siempre lesionado, por lo cual deben estudiarse dos condiciones:

1ª La membrana que lo tapiza queda al descubierto, pero íntegra. Si los tejidos suprayacentes se tratan debidamente, es probable que se evite la infección del seno.

2ª Una parte de la membrana que lo tapiza, o una porción de la misma correspondiente al fragmento de hueso extirpado, sale con él y la herida comunica directamente con el seno maxilar.

En este caso, si el seno maxilar se encuentra en estado normal, debe limpiarse la herida de todos los residuos y fragmentos de hueso y de tejido blando; después se coapta el mucoperiostio palatino y vestibular, y se sutura. Si cicatriza por primera intención, se evita la infección del seno maxilar.

Si la fractura del maxilar superior se presenta en un maxilar se le debe advertir al paciente que es muy probable que se presente una complicación en el otro lado de la boca, cuando se realice una extracción similar.

Sólo cuando una radiografía preoperatoria revela la posibilidad de fractura de la tuberosidad del maxilar superior se puede reducir este riesgo extrayendo el diente por medio de una disección cuidadosa.

El método de la extracción dentaria por seccionamiento consiste, como su nombre lo indica, en dividir previamente al diente antes de extraerlo.

f).- **Dislaceración de los Tejidos Blandos.**

La dislaceración de los tejidos blandos puede privar al hueso de su nutrición vascular hasta el extremo de producir su necrosis.

La dislaceración de la encía: es producido por el odontólogo, que no hace un descubrimiento correcto antes de efectuar la extracción, esto ocurre generalmente en el maxilar inferior sobre todo en la cara distal donde la mucosa se encuentra fuertemente adherida al cuello de la pieza y en el momento de hacer la exodoncia se hace el desgarramiento de esta parte blanda en una extensión amplia.

El uso incorrecto de fórceps para las raíces, y de los botadores, por operadores inexpertos es otra de las causas del desgarramiento de estas partes. Si se adhiere la encía al diente que se está liberando de su alvéolo, ésta deberá ser cuidadosamente disectada del diente, ya sea con un bisturí o con tijeras, antes de cualquier intento posterior para liberar al diente.

La dislaceración de la lengua y del piso de la boca: son ocasionadas en general, por descuido. Cuando resbala un botador o fórceps puede provocar este accidente. Estos accidentes ocurren más comúnmente bajo anestesia general.

El uso efectivo de la mano izquierda evita estos accidentes.

Si el operador utiliza un elevador sin control-

adecuado se le puede resbalar el instrumento y lastimar la lengua o el piso de la boca.

La lengua está muy vascularizada y puede presentar sangrado abundante después de dicha lesión. Esta hemorragia puede ser controlada jalando la lengua hacia adelante y colocándole unas suturas.

La dislaceración de los labios: se debe generalmente a la manipulación imprudente del fórceps, del abre bocas, o al descuido en la aplicación del sostén bucal.

Cuando se opera en la parte posterior de la boca, si las mejillas no se separan debidamente puede resultar lesionado uno de los labios. Si se presenta en forma imprudente el separador yugal, puede producirse considerable, dislaceración de los labios.

Al resbalar un instrumento durante la extracción de un incisivo superior, puede lesionarse o perforar los labios. El labio inferior puede lastimarse contra los dientes inferiores durante la extracción de dientes superiores.

La habilidad del operador con el uso de su mano izquierda debe asegurar que el labio este fuera del área de daño.

Los carrillos también pueden ser lastimados por los abre bocas durante la fase operatoria.

El nervio lingual: puede ser dañado, ya sea por

una extracción traumática de un molar inferior en el cual los tejidos blandos linguales son atrapados en el fórceps, o bien que se hayan lastimado con la fresa durante la remoción de hueso.

Se debe usar un retractor metálico para proteger los tejidos blandos adyacentes de daño cuando se está utilizando una fresa.

## CAPITULO IV

## HEMORRAGIA Y SU TRATAMIENTO

La palabra hemorragia proviene del griego y sus raíces son: haima=sangre y regnumi=correr, o bien, rhagé=ruptura. Esto denota la idea de la salida del líquido hemático fuera de los vasos, originada por distintas causas. La etiología de la hemorragia es múltiple; pero en realidad se debe a la rotura de un vaso.

La palabra hemostasis proviene del griego y sus raíces son: haima=sangre y stasis=detención. Por lo tanto, la hemostasis tiene por objeto cohibir la hemorragia.

Antes de realizar cualquier intervención quirúrgica, el interrogatorio debe dejar establecido si en alguna ocasión el enfermo ha tenido tendencia al sangrado intenso. Una hemorragia anormal puede ocurrir aunque no haya historia de este tipo, y a pesar de que los resultados de pruebas de la coagulación sean normales.

En el consultorio dental ocurre a veces hemorragia prolongada o intensa, después de extraer una pieza, no es difícil reprimir la hemorragia haciendo que el enfermo muerda con firmeza un rollo o una compresa de algodón estéril colocada sobre el alvéolo. Si se requiere, se puede sumergir el algodón en solución de trombina antes de colocarlo en su sitio.



Si tenemos en cuenta el gran número de extracciones que se practican, deduciremos que la hemorragia postoperatoria raras veces es alarmante en individuos normales. Sin embargo hay casos en los que la hemorragia es copiosa y entonces se convierte en una complicación grave. Se han citado algunos casos de muerte, afortunadamente su número es reducidísimo.

Los casos en que se presenta hemorragia copiosa pueden dividirse en dos grupos: en el primero se incluyen aquellas condiciones en las cuales la causa de la hemorragia es puramente local. Puede resultar de dislaceración exagerada; vasos sanguíneos anómalos, lesionados o enfermos, infección; esfacelo de los tejidos.

En el segundo grupo se encuentran aquellas condiciones en las cuales existe alguna discrasia constitucional o sanguínea que da por resultado el retardo en la coagulación.

La pérdida excesiva de sangre va generalmente seguida, de cierto grado de anemia, y se manifiesta por la disminución del número de glóbulos rojos.

Para el posible diagnóstico preliminar de la hemorragia, así como su profilaxis o cohibición, es necesario empezar por un sumario de los factores esenciales de la coagulación de la sangre y de los métodos de que disponemos para determinar sus anomalías.

La coagulación: esta determinada por los siguientes factores;

1. La protrombina, activada por las sales de calcio

2. que se convierte en trombina que actúa sobre el fi  
brinógeno
3. para formar fibrina. La protrombina, que se mantiene  
en combinación con la antitrombina
4. ordinariamente mientras la sangre circula, poniendo  
se en contacto con la tromboplastina-tromboquinasa
5. que se encuentra en gran parte de los fluidos de los  
tejidos o que depende en parte del número de plaque  
tas sanguíneas desintegradas, debido a la neutraliza  
ción de la antitrombina por la tromboplastina.

Después de tener una idea general acerca del fenó  
meno de la coagulación se puede comprender que cualqui  
er circunstancia modificadora de alguno de los factores  
que intervienen en la coagulación, pueden retardarla o  
acelerarla.

En el retardo pueden obrar como agentes causales  
ciertos tipos de discrasias, factores hereditarios (he  
mofilia familiar), o la influencia de algunas enfermeda  
des (anemias, leucemia, estados hemorrágicos, o en  
las hemorragias consecutivas a una afección del hígado  
o renal).

También algunas substancias lipoproteicas de molé  
cula compleja que existen en el cerebro, pulmones, leu  
cocitos o plaquetas, llamadas tromboplastinas o trombo  
cinasas, suelen obrar como aceleradoras de la coagula  
ción.

El tiempo de la coagulación: tarda 10 minutos o  
menos en coagular, y para determinar el tiempo de la co

agulación se emplea el método de Goeckel:

Se asepsia perfectamente el pulpejo de un dedo por medio de alcohol, se deja evaporar y se practica la punción con una lanceta esterilizada, (también se puede practicar en el lóbulo de la oreja) se coloca inmediatamente una gota de sangre de tamaño mediano en el centro de un portaobjetos, y se coloca encima de él otro portaobjetos similar o cubreobjetos. Cuando la coagulación se complete, la gota de sangre puede ponerse rápidamente al descubierto y tocar con la punta de una aguja el coágulo, que presentara entonces estrias de fibrina, y se practica la lectura final. El tiempo se toma desde el momento que tarda en aparecer la sangre hasta que se forma el coágulo.

El tiempo de la hemorragia: cesa generalmente en un período de 1 a 3 minutos, pero aunque dure unos 8 minutos se considera normal. El tiempo de la hemorragia es el que se requiere para que se verifique la hemostasia espontánea en una pequeña incisión.

La hemorragia se divide generalmente en tres estadios: hemorragia primaria, hemorragia recurrente o intermedia y hemorragia secundaria.

a).- Hemorragia Primaria.

La hemorragia primaria: es la que persiste terminada la operación. Es la que aparece inmediatamente de la lesión de un vaso sanguíneo, que interrumpe su conti

nidad, y puede producirse por lesión directa o indirecta. Rara vez es grave, pero algunas veces es necesario cohibirla.

El tratamiento de la hemorragia primaria; se cohibe fácilmente por la formación del coágulo o por la retracción de los vasos menores en sus conductos óseos.

Cuando la hemorragia primaria persiste se comprimen las paredes del alvéolo, se forma un tapón con gasa esterilizada o torundas de algodón o rodillos de algodón esterilizados y se colocan sobre la superficie sangrante y se ordena al paciente que lo muerda firmemente.

Si la hemorragia procede del alvéolo, debe taparse con gasa yodofórmica (5 por 100). De cinco a diez minutos de compresión continuada se producirá la hemostasia, y el alvéolo queda lleno de un coágulo sanguíneo.

b).- Hemorragia Recurrente, por reacción o Intermedia.

La hemorragia recurrente también recibe el nombre de hemorragia por reacción y hemorragia intermedia.

La hemorragia intermedia se produce cuando fracazan los medios de la Naturaleza o quirúrgicos para la detención temporal de la hemorragia. Es la que recurre dentro de las veinticuatro horas de la operación. La condición necesaria para la hemorragia recurrente, es la hiperactividad del corazón que sigue a su depresión temporal por la pérdida de sangre o por síncope, expulsando el coágulo que ocluía la luz del vaso o el taponamiento o ligadura colocada por el cirujano dentista.

c).- Hemorragia Secundaria.

La hemorragia secundaria tiene lugar después de un lapso de veinticuatro horas. Resulta del fracaso de los medios de la Naturaleza para cohibir permanentemente la hemorragia, y se produce generalmente por infección. Es menos frecuente desde que se estableció la cirugía aséptica. La hemorragia intermedia y secundaria son más serias y requieren del siguiente tratamiento.

En el tratamiento de la hemorragia intermedia y secundaria hay que seguir cuatro procedimientos esenciales:

1. Lavado.
2. Precisar el punto hemorrágico.
3. Limpieza de la piel.
4. Compresión.

Ante todo hay que cerciorarse del punto en que tiene lugar la hemorragia. Esto puede determinarse a menudo comprimiendo diferentes partes de los tejidos blandos en la vecindad del área sangrante. Si la hemorragia tiene lugar a expensas de un vaso seccionado alojado en los tejidos blandos y se ejerce presión permanente se cohibe la hemorragia. En algunos casos es necesario proceder a la ligadura del vaso. No siempre es posible pinzar y ligar directamente el vaso seccionado.

Se precisará su situación por la compresión digital. La ligadura sólo se apretará lo suficiente para producir la hemostasis, sin llegar a seccionar o estran

gular los tejidos.

Si la hemorragia consiste en un rezumamiento cons  
tante, procedente de las paredes alveolares y de las en  
cías, se trata por presión y compresión de los tejidos,  
coadyuvando con agentes hemostáticos.

d).- Agentes Hemostáticos.

Los agentes hemostáticos se utilizan para cohibir  
la hemorragia y para lograrlo se emplean diversos proce  
dimientos ya sea utilizando medios químicos, biológicos  
y físicos.

Los medios químicos: se basan en el empleo de far  
macoquímicos llamados hemostáticos, que pueden ser cla  
sificados en:

1. Coagulantes; estos favorecen la formación y retrac  
ción del coágulo. Entre estos se encuentran: el per  
cloruro de hierro, el ácido oxálico, el ácido tánico,  
etc.
2. Vasoconstrictores; estos obran disminuyendo la luz  
de los vasos y por lo tanto favoreciendo su oblitera  
ción. Entre ellos se pueden citar: la adrenalina, la  
epinefrina, la antipirina, etc.

Los medios biológicos: son de origen orgánico, co  
mo la espuma de fibrina, la albúmina, la grenetina, la  
celulosa, etc., todos ellos favorecen la formación del  
coágulo y tanto éstos como los químicos, se utilizan,  
generalmente, en aplicación local.

Los medios físicos: son los más importantes y también los más empleados. La aplicación de bajas temperaturas provoca la vasoconstricción y es por esto que se utiliza como un medio de hemostasis. Las altas temperaturas que carbonizan los tejidos formando una escara dura a manera de taponamiento, cierran por este mecanismo la luz de los vasos y cohiben la hemorragia.

El termocauterio, la electrocoagulación y la electrodesecación son medios físicos en los cuales se aprovechan las altas temperaturas.

La presión es el principal agente físico del cual se vale la técnica quirúrgica para lograr la hemostasis y dicha presión puede llevarse a cabo, por compresión digital directa sobre la herida, o en el trayecto del vaso que sangra, o bien, mediante el empleo del garrote hemostático. En ocasiones, la presión se hace obrar directamente sobre las paredes del vaso sangrante, por medio de la forcipresión con una pinza especial para tal finalidad.

El taponamiento es otra forma de aplicar presión sobre las paredes vasculares con fines hemostáticos y en ella frecuentemente se asocia a la acción mecánica, la de un agente químico o biológico.

Estos medios pueden ser considerados como medios de emergencia que suelen proporcionar una hemostasis temporal. La forma definitiva y propiamente quirúrgica de conseguir la hemostasis, es por medio de la ligadura del vaso que sangra y sólo en casos muy especiales, co

mo en las hemorragias en capa, se aplica la presión di  
recta para cohibirla.

Cuando las circunstancias topográficas, o las con-  
diciones anestésicas lo permiten, se puede emplear la  
aplicación de electrocoagulación o electrodesecación, a  
través de las pinzas, como medio de hemostasis. Tal pro-  
cedimiento no debe ser utilizado cuando se administren  
anestésicos inflamables, pues existe el peligro de pro-  
vocar una explosión.



## CAPITULO V

## TRATAMIENTO A SEGUIR EN EL POSTOPERATORIO

El deber del cirujano dentista hacia su paciente no termina con la colocación de un empaque o de la última sutura, sino asegurarse de que el período postoperatorio del paciente sea lo más posible sin consecuencias, las cuales pueden evitarse, con el debido tratamiento y con los cuidados postoperatorios.

## a).- Cuidado de la Herida.

La operación no termina con la remoción del diente, sino con el progreso de la cicatrización y la cantidad de dolor posterior, los cuales son gradualmente influenciados por los cuidados que se tengan con la limpieza posterior del alvéolo.

Una vez extraído el diente, debe inspeccionarse minuciosamente el alvéolo. Se notará que a veces, aun después de extraer las raíces, queda todavía una porción de la corona adherida al borde gingival. Este fragmento debe dissecarse y no arrancarlo.

Las prominencias óseas no deseadas deben ser removidas ya sea con osteótomos, cincales o fresas simples o de corte cruzado. La remoción juiciosa del hueso va a acelerar la cicatrización por la disminución de la can

tividad de hueso por resorberse y remodelarse y el volumen de coágulo sanguíneo que llena el alvéolo.

Los cuidados más útiles que debe prestar el cirujano dentista, al paciente en la sesión exodóntica son los siguientes:

Evitar la dislaceración de las encías y la fragmentación de los bordes alveolares, recubrir la apófisis alveolar con tejidos blandos, reducir el tamaño de la herida comprimiendo las paredes alveolares dilatadas o fracturadas, y por último cohibir la hemorragia.

Las paredes ensanchadas del alvéolo deben aproximarse sin aplastar la apófisis alveolar, pues disminuye el tamaño de la herida, reduce el tiempo de hemorragia y facilita la cicatrización de la herida.

Cuando la extirpación de hueso es completada, y todo lo anterior escrito de la herida, entonces el colgajo mucoperiostico se reposiciona y se decide si es necesario o no suturar. La herida que queda después de la extracción dentaria debe ser limpiada por medio de un enjuague bucal con solución salina tibia inmediatamente antes de acostarse en el día de la operación.

Por último la herida debe inspeccionarse a lo menos una vez después de la extracción del diente.

b).- Instrucciones dadas al paciente, después de la extracción dentaria.

Siempre que sean posibles las instrucciones verbales postextracción deben ser complementadas dando al paciente instrucciones escritas o impresas.

Se instruye al paciente sobre los cuidados que ha de tener con la herida. El primer consejo, esencial en algunos individuos, es que no pongan los dedos en la herida y ni tan sólo en la boca, evitar los enjuagues bucales vigorosos, ejercicio violento, estimulantes, comida o bebidas muy calientes por el resto del día. Todo esto es con el fin de mineralizar el riesgo de hemorragia postextracción.

Antes de despedir al paciente se le debe enseñar como colocar un empaque de gasa estéril doblado sobre el alvéolo, y morderlo firmemente para eliminar cualquier hemorragia que pueda presentarse.

La cicatrización se puede ayudar por medio de la utilización de enjuagues bucales con solución salina calientes frecuentes durante los siguientes dos o tres días.

Se recomienda también la aplicación de la bolsa de hielo al paciente cuando regrese a su domicilio. Esto sirve para impedir reacciones excesivas, como inflamación y tumefacción, y mitigar también el dolor postoperatorio.

c).- Analgésicos y Sedantes (en caso de que se presente dolor agudo, inflamación e infección. Alvéolo Seco.

La complicación más corriente consecutiva a la extracción de los dientes es el dolor postoperatorio. Así en algunos, hasta la extracción más sencilla de un diente va seguida de reacciones postoperatorias extraordinarias en forma de tumefacción, descoloración, dolor atezante y duradero, o hasta la infección.

En el tratamiento del dolor postoperatorio, como en el de todas las condiciones anormales, el primer paso debe consistir en un diagnóstico exacto. El descubrimiento rápido del origen del dolor nos permitirá evitar molestas complicaciones, como la más frecuente es el llamado alvéolo seco.

Se debe prescribir un analgésico adecuado. La administración imprudente de sedantes de mayor o menor potencia, sin tener en cuenta los factores etiológicos, no es racional ni conduce siempre a favorables resultados, aunque puede proporcionar cierto grado de alivio al dolor. Por consiguiente, debemos estudiar siempre la naturaleza de este último, su situación y distribución.

Los casos de dolor postoperatorio, son aquellos en que la región del diente extraído, sufre una inflamación, tumefacción y dolor extraordinarios junto con dolor neurálgico intenso.

En estos casos, la aplicación local de medicamentos sedantes constituye el método más eficaz de dominar el dolor. Por la aplicación precoz de tales productos podemos evitar completamente el dolor.

Una vez que se ha desarrollado el dolor, los tejidos y los filamentos nerviosos se inflaman y se vuelven irritables, hasta el punto de que la aplicación de un apósito quirúrgico puede intensificar el dolor. Es por consiguiente, recomendable adelantarnos a la aparición del dolor, dejando la herida en las más favorables condiciones, como se indicó en el tratamiento quirúrgico.

Alvéolo seco: se conoce también con el nombre de alveolitis, alvéolo necrótico y de osteítis alvéolar.

La condición más molesta se caracteriza por dolor intenso y constante, o a veces dolor neurálgico intermitente, además el paciente presenta aliento fétido.

En el examen clínico se descubre que no hay tumefacción de los tejidos blandos o es muy ligera. Además la superficie interna del alvéolo dentario está desprovista de tejido cicatrizal, el hueso está por completo al descubierto y tiene el aspecto de necrosis. La cicatrización es tardía.

La causa no se puede atribuir a un factor determinado, pueden considerarse como causas directas predominantes la infección, la acción tóxica de un medicamento o de un anestésico y el traumatismo. Una causa frecuente la constituye la acción tóxica de un medicamento o

probablemente del anestésico, también el fracaso de la organización del coágulo sanguíneo, lo que da lugar a que no se inicie el proceso de reparación.

El tratamiento consiste en irrigación, por medio de curas y se recomienda la aplicación de antibióticos.

Se lava el alvéolo con suero fisiológico tibio para que no moleste y en seguida se aplica un apósito quirúrgico como el alvogil.

d).- Incisión, Drenaje y Prescripción de Antimicrobianos (cuando se presenta infección como, osteomielitis y absceso).

El hecho evidente de que la evacuación espontánea del foco supurativo produce acentuada mejoría de los síntomas, hizo que se empleara la incisión quirúrgica para el tratamiento de los abscesos.

Todavía se ignoran las razones exactas de la mejoría de las manifestaciones, tanto locales como generales, de salida al pus contenido en el absceso. Pero clínicamente es inegablemente el beneficio que se logra con la incisión y drenaje.

La incisión de tejidos infectados antes de las fases de licuefacción y acumulación de pus, a menudo es perjudicial, y no proporciona alivio. La incisión preme

tura favorece la diseminación de la infección. Por esta razón, a veces es necesario esperar hasta que madure el absceso, es decir hasta que se localice y forme cabeza.

La aplicación de calor en el área de inflamación alivia el dolor y a menudo acelera la desaparición de un proceso de celulitis sin que llegue a supurar. Si ha comenzado la necrosis tisular, las aplicaciones de calor facilitan la localización del proceso y la acumulación de pus, haciendo pronto factible la incisión y drenaje.

La administración oportuna de antimicrobianos ha reducido la frecuencia de complicaciones supurativas en muchos casos, pero una vez aparecida la supuración, los antimicrobianos no sirven para erradicar los microorganismos infectantes. Aunque enmascaran el cuadro clínico clásico de la formación del absceso.

Los antimicrobianos conservan su actividad antibacteriana en presencia de pus y tejido necrosado y que el fracaso terapéutico se debe, algunas veces a la incapacidad del medicamento para penetrar en el área de supuración; si bien existe esta posibilidad en infecciones como la osteomielitis, generalmente se subsana aumentando la dosis. Ya que la instalación directa del antibiótico en un área afectada no es por sí sola una medida curativa, es probable que haya otros factores más importantes que la mala difusión del agente terapéutico en el foco de infección.

Se puede esperar que los antimicrobianos eviten

la supuración si se administran con oportunidad para de  
tener la propagación de un absceso previamente existente  
te, pero no pueden sustituir al drenaje quirúrgico.

Sin embargo, el éxito de este procedimiento depende  
de de lo bien que se haga la evacuación y de la aplicación  
ción local del antibiótico. Pero si existe loculación o  
el exudado es muy viscoso y no puede salir, es imperativa  
va la incisión quirúrgica.



## CONCLUSIONES

"BREVES CONSIDERACIONES DE EXODONCIA" constituye un instrumento de apoyo para orientar el trabajo de los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista, susceptible de aplicarse en el área de Exodoncia. El centro de gravedad varía del conocimiento de ayer, al proceso de aprendizaje que se realiza, por propia experiencia, el sujeto que aprende por lo cual es esencial conocer los métodos y las técnicas a realizar en una intervención quirúrgica de Exodoncia.

Cualquier Cirujano Dentista para evitarse o evitar complicaciones durante y después de la extracción dentaria y poder realizar un buen plan de tratamiento deberá efectuar un correcto diagnóstico, el cual consiste en la clasificación de una enfermedad, que dará al dentista ayuda, por medio de la Historia Clínica, pruebas de laboratorio (tiempo de sangrado y hemorragia), y estudio radiográfico. Por lo cual nunca debe omitir estos puntos el Cirujano Dentista antes de realizar cualquier tipo de intervención quirúrgica en odontología.

En esta tesis describo las complicaciones de la extracción de los dientes y proporciono un apéndice donde enumero el instrumental básico que todo dentista debe tener para la extracción dental, esperando que con todo esto, todos aquellos estudiantes de odontología que recurran a esta tesis, no olviden la importancia que tiene la extracción dental.

## BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ, ANGEL P.

1969

LA EXTRACCION DENTARIA  
(SUGESTIONES PRACTICAS PARA ALGUNOS  
PROBLEMAS Y COMPLICACIONES).

Mundi: Buenos Aires, Argentina.

BERGER, ADOLPH ( T. nert. J. Vilá y Torrest )

1969<sup>1</sup>ORTODONCIA

Labor: Barcelona.

COLEMAN F. ( T. ing. F. Puig )

1969<sup>2</sup>MANUAL DE EXTRACCIONES DENTALES.

Pubul: Barcelona.

CONN, HOWARD F.

1973

TERAPEUTICA.

Salvat: Barcelona.

GRABERT T. M.

1974

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA.

Interamericana: México, D.F.

L. HOWE GEOFFREY

1979

LA EXTRACCION DENTAL.

Manual moderno: México 11, D.F.

WARD HOWARD L.

1975

PERIODONCIA.

(MANUAL DE PERIODONTOLOGIA CLINICA).

Mundi: Buenos Aires, Argentina.

WINTER, LEO ( T. Vilá y Torrest )

1969

TRATADO DE EXODONCIA

(EXTRACCION DE LOS DIENTES, CIRUGIA  
ESTOMATOLOGICA Y ANESTESIA).

Pubul: Barcelona.

## REVISTAS OFICIALES DE LA A. D. M.

Vol. XXXV

Marzo-Abril

Nº: 2

Año: 1978

Artículo: FRACTURA DOBLE DE MANDIBULA CON PERDIDA OSEA.

Dr. TAKAO KIMURA F. y Dr. IGNACIO DEL REAL UGALDE.

Vol. XXXIII

Mayo-Junio

Nº: 3

Año: 1976

Artículo: LUXACION MANDIBULAR CRONICA.

Drs. JAVIER SANCHEZ TORRES, ALBANO FLORES y MARTIN TORANZO.

vol. XXV

Marzo-Abril

Nº: 2 (continuación)

Año: 1978

Artículo: EVALUACION DE UNA HISTORIA MEDICA Y EXAMEN FISICO  
EN PACIENTES DENTALES.

Dr. MELITON E. MARTIN ULLOA