

149-341



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"I Z T A C A L A"

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

TECNICAS EN EXODONCIA

Ma. Bertha Reynoso Torres

San Juan Iztacala, México, 1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

PROLOGO	1
CAPITULO I	
PLANEACION DEL PROCESO OPERATORIO DE DIENTES PERMANENTES.....	3
CAPITULO II	
TECNICA DE LA ANESTESIA.....	9
CAPITULO III	
INSTRUMENTAL.....	23
CAPITULO IV	
INDICACIONES EN EXODONCIA.....	30
CAPITULO V	
SINDESMOTOMIA.....	45
CAPITULO VI	
ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.....	47
CAPITULO VII	
EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES (OPERACION ABIERTA O DE COLGAJO).....	53
CAPITULO VIII	
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.....	70
CAPITULO IX	
CUIDADOS POST-OPERATORIOS.....	73

CAPITULO X

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA.....70

CAPITULO XI

CONCLUSIONES.....116

CAPITULO XII

BIBLIOGRAFIA.....117

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

Dentro de la práctica odontológica diaria, tendremos la finalidad de tratar la aplicación de principios básicos quirúrgicos en Exodoncia, adquiriendo el estudio detallado de la anatomía de la cavidad oral y que a la vez comprende requisitos para el procedimiento satisfactorio de la gran mayoría de las extracciones realizadas en el consultorio.

La extracción de un diente requiere de habilidad, juicio, experiencia e instrumental adecuado.

Actualmente en odontología utilizamos de preferencia anestesia local aplicable:

Maxilar Superior	-	Anestesia Local
Maxilar Inferior	-	Anestesia Troncular

Los modernos procedimientos de diagnóstico radiográfico, la asepsia, utilización de instrumental adecuado y la observación de una técnica rigurosa han reducido el mínimo de accidentes. Si las coronas están destruidas o si el diente se ha fracturado en el curso de la intervención la técnica varía de acuerdo al caso en particular.

Una extracción la indicaremos en todos aquellos casos de infecciones dentales, alveolares o gingivales en que la conservación de un diente es imposible.

La técnica para la preparación del campo operatorio por medio de colgajo, es un camino a seguir en Exodoncia, cuando existen factores que nos impiden extraer los restos radiculares en los cuales vamos a eliminar las complicaciones que pueda haber, tomando las precauciones de asepsia.

Cualquiera que sea la técnica por más perfecta, puede fracasar si no se ha estudiado cuidadosamente el diagnóstico. Veremos las necesidades de la odontectomía del órgano a intervenir.

La terapéutica odontológica nos permite obtener buenos resultados antes y después de la intervención conociendo el manejo de los fármacos según se requiera el empleo de estos.

Es de vital importancia conocer los pasos fundamentales para el éxito en una intervención odontológica, tomando el cirujano las precauciones necesarias hacia el paciente de Exodoncia, controlando además cualquier complicación que pueda ocurrir en el momento y posteriormente.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO DEL PROCESO OPERATORIO DE DIENTES PERMANENTES

Los principios generales en la operación de la extracción dentaria, va acompañada algunas veces de cierto grado de incertidumbre y también de dificultad.

La extracción de los dientes forma parte integral de la Odontología y el profesional debe poseer una perfecta información en este aspecto de su profesión.

Los modernos conocimientos y descubrimientos de técnicas quirúrgicas, han estandarizado los procedimientos de exodoncia de forma que, las extracciones no tienen porque ser consideradas como experiencias-traumáticas. Por el empleo de técnicas adecuadas, los dientes pueden ser extraídos sin dolor ni traumatismos, de tal forma que después de la extracción se presentan problemas mínimos. Para que esto suceda así, hay que tener tres principios básicos en la Exodoncia:

- 1.- Conseguir un acceso adecuado
- 2.- Crear una vía libre para la extracción
- 3.- Empleo de fuerzas controladas

Aunque la extracción de la gran mayoría de los dientes no es muy difícil y no da lugar a incidentes post-operatorios, de todos modos el operador experimentado se encuentra algunas veces con ciertos casos que pueden poner a prueba su habilidad, tanto por lo que se refiere a la operación en sí, como a las secuelas de la misma.

La intervención exodóntica requiere a menudo criterio, experiencia y su conocimiento exacto de las partes interesadas.

Al igual que en todos los procedimientos manuales, la experiencia puede obtenerse solamente por la práctica efectiva.

El éxito de la operación en la extracción dentaria depende de -- los siguientes factores:

- 2" 1.- Asepsia
- 2.- Interpretación radiográfica
- 3.- Anestesia
- 4.- Valoración de los tejidos blandos y duros de la zona
- 5.- Conformación de las raíces de los dientes
- 6.- Densidad y estructura del hueso en que está el diente
- 7.- Bosquejar en mente la técnica probable de la interven-- ción
- 8.- Determinar el mejor método e instrumental para la sec-- ción de tejidos duros y la extracción del diente
- 9.- Habilidad intuitiva del operador
- 10.- Prevención de accidentes
- 11.- Tratamiento de los accidentes y de las secuelas "

ASEPSIA

La esterilización es uno de los fundamentos de la cirugía moder-- na. Toda intervención quirúrgica para que resulte con éxito, exige - que tanto el sitio donde se realice la operación, manos, ropa instru-- mentos, material, etc., estén perfectamente limpios y libres de micro-- bios, para evitar infecciones post-operatorias.

La cavidad oral a pesar de su riquísima flora microbiana, no de-- be apartarse de los principios que son:

- 1.- Físicos
- 2.- Químicos

Los constituyen productos que en terapéutica se denominan Anti--

sépticos y Desinfectantes.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

El examen radiográfico nos dará:

- 12" 1.- Forma anatómica del diente
- 2.- Relación con los dientes contiguos
- 3.- Posición y
- 4.- Relación que tiene el ápice con piso de fosas nasales y seno maxilar
- 5.- Anomalías de tamaño (raíces enanas o demasiado largas)
- 6.- Anomalías radiculares
- 7.- Grosor de la porción radicular
- 8.- Disposición de la raíz con el alvéolo
- 9.- Número de raíces
- 10.- Densidad y retención ósea "

ANESTESIA

La selección del agente y técnica anestésica está determinada -- por la preferencia personal del odontólogo, por las condiciones del - paciente, físicas, edad y temperamento y por el tipo o extensión de - la intervención. Todos estos factores deben estudiarse con atención- y la decisión final será la que ofrezca mayor grado de seguridad para el paciente y permita por lo tanto, una cirugía cuidadosa, sin shock- físico ni inconvenientes.

VALORACION DE TEJIDOS

Estos deben encontrarse en perfectas condiciones, ver que no ---

existan abscesos y otras complicaciones que dificulten la anestesia o intervención.

CONFORMACION DE RAICES

Algunos dientes presentan raíces curvas en tal forma o son tan frágiles, que la dirección y el grado de fuerza ordinariamente aplicada para la extracción dan por resultado una fractura.

DENSIDAD DEL HUESO

En la región de los molares inferiores el hueso en que se encuentran implantadas las raíces es compacto y sólo tiene una exigua porción de tejido diploico que cede con facilidad, el hueso aumenta de grosor en sentido distal o posterior.

BOSQUEJO DE LA TECNICA

El bosquejo de la técnica del cual se va a emprender alguna cirugía bucal, es necesario un riguroso examen físico y bucal completo. Por el cual veremos si se va a seccionar el diente o la remoción ósea.

METODO E INSTRUMENTAL

Es necesario elegir correctamente el instrumental, hacer un examen completo de los dientes a intervenir, elegir adecuadamente el anestésico y posición correcta del operador.

HABILIDAD DEL OPERADOR

Muy importante es la confianza que el operador inspira al paciente.

El empleo de técnicas adecuadas, los dientes pueden ser extraídos sin dolor ni traumatismos, de tal forma que se presentan problemas más mínimos.

PREVENCION DE ACCIDENTES

Para prevenir accidentes hay que tener presente que debe dársele una gran importancia a las indicaciones pre-operatorias y post-operatorias para evitar complicaciones.

TRATAMIENTO DE ACCIDENTES

1.- Terapia preventiva - Realizar incisión y hacer remoción, limpieza del alvéolo y se irriga con solución salina, se sutura; administrar antibióticos, y agentes hemostáticos.

2.- Terapia sistémica - Emplear antibióticos para el tratamiento de la infección, analgésicos antihistamínicos, sedantes, dar una dieta.

3.- Terapia Local - Uso de antisépticos tópicos y un agente analgésico.



CAPITULO II

A N E S T E S I A

La producción de nuevos y mejores anestésicos dentales es una de las grandes conquistas de la ciencia odontológica durante los últimos veinte años.

La reducción al mínimo del tiempo de inducción, el logro de una duración apropiada del efecto anestésico, la mayor profundidad de la anestesia y la disminución de las reacciones secundarias, son algunos de los adelantos que marcan el progreso de la anestesia dental para beneficio del paciente y satisfacción del odontólogo.

Debe recordarse siempre la importancia de preparar debidamente a los pacientes nerviosos y excitados.

En la preparación pre-operatoria del paciente es importante utilizar fármacos cuyos efectos cesen antes de que la persona abandone la consulta o que de producir efectos secundarios estos sean insignificantes.

Numerosos son los fenómenos que impiden obtener anestesia profunda. El temor puede ser la verdadera causa de que algunos pacientes se quejen de dolor, cuando en realidad apenas sienten malestar. Una anomalía en la inervación del campo operatorio, una variación en la forma o densidad del hueso, pueden ser la causa de que fracasen los esfuerzos del dentista para producir la anestesia. Los tejidos inflamados no se anestesian fácilmente.

No es posible obtener una anestesia eficaz si no 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 de la estructura nerviosa que va a anes

tesiarce.

Tanto en la anestesia por infiltración como en la anestesia por bloqueo, la solución debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo ya que para satisfacer los requisitos mencionados es -- conveniente recordar las características más importantes de la anatomía oral. En las páginas siguientes se hace una exposición de las -- técnicas de anestesia que se utilizan más frecuentemente.

La Técnica Intraoral.- Es la que más se aplica en la práctica -- odontológica.

La Técnica Extraoral.- Es utilizada unicamente en situaciones es peciales en casos quirúrgicos en que hay imposibilidad de abrir la boca.
(Trismus, fractura del maxilar)

TECNICAS DE ANESTESIA

TECNICA
INTRAORAL

INYECCION
SUPRAPERIOSTICA

NERVIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR
NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO
NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR
INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES
INCISIVOS LATERALES SUPERIORES
CANINO SUPERIOR
PRIMER PREMOLAR SUPERIOR
INCISIVOS INFERIORES

BLOQUEO
POR CONDUCCION

INYECCION CIGOMATICA
INYECCION INFRAORBITARIA
INYECCION MANDIBULAR
INYECCION MENTONIANA

OTRAS
INYECCIONES

INYECCION BUCAL
INYECCION LINGUAL
INYECCION NASOPALATINA
INYECCION PALATINA POSTERIOR
INYECCION PALATINA PARCIAL

TECNICA
EXTRAORAL

BLOQUEO NERVIOS MANDIBULAR
BLOQUEO NERVIOS MENTONIANO E INCISIVOS

BLOQUEO DE LAS RAMAS DE NERVIOS
(MAXILAR SUPERIOR)

NERVIO INFRAORBITARIO
NERVIO PALATINO
NERVIO NASOPALATINO

INYECCION SUPRAPERIOSTICA

Es el procedimiento anestésico empleado en la mayoría de los casos para los dientes del maxilar superior.

El hueso situado sobre los ápices de los incisivos, los caninos y los premolares es muy delgado. Debido a la proximidad de la raíz a la superficie exterior del maxilar, es posible obtener buena anestesia con este procedimiento.

Este método produce anestesia de la pulpa y de los tejidos blandos del lado labial, en el lugar de la inyección y puede utilizarse en cualquier diente del maxilar superior desde la línea media hasta el último molar.

El lugar de la punción es en el pliegue mucogingival o mucolabial, la dirección de la aguja es hacia arriba. Esta anestesia es de corta duración a causa de la riqueza vascular del área y el pequeño volumen de la solución inyectada.

NERVIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR

Utilizaremos una aguja del No. 23, con esta técnica anesthesiaremos el segundo y tercer molar y raíz distal del primer molar. Se bloquea el nervio alveolar superoposterior introduciendo la aguja por detrás de la cresta infracigomática, después se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar (deberá emplearse la inyección palatina al ampliarse la zona intevenida).

Colocamos al paciente en plano ocluso-maxilar paralelo al piso.

NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO

Anesthesiaremos primero y segundo premolar y raíz mesial del pri-

mer molar introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea al diente, la inclinación de la aguja es hacia arriba.

NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR

El lugar de la punción es en el pliegue mucolabial mesialmente al canino, con esta técnica se anestesian incisivos y caninos unilateralmente. La inclinación de la aguja es hacia arriba y ligeramente hacia atrás. Para extracciones o intervenciones quirúrgicas completarse con una inyección palatina parcial o una nasopalatina.

INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES

El lugar de la punción será en el pliegue mucolabial a nivel del incisivo central, la dirección de la aguja es hacia arriba depositando la solución lentamente para lograr una anestesia profunda, diríjase la aguja hacia el lado opuesto e inyéctese el ápice del otro incisivo central.

INCISIVOS LATERALES SUPERIORES

La orientación es palpando la zona para determinar el contorno del hueso antes de introducir la aguja. La punción es en el pliegue mucolabial por encima del incisivo lateral, la inclinación de la aguja es hacia arriba y ligeramente hacia atrás. Para extracciones o tratamientos periodontales, inyéctese también el lado palatino.

CANINO SUPERIOR

Se introduce la aguja hacia arriba y algo hacia atrás, hasta llegar el ápice del canino. El lugar de la punción es en el pliegue mucolabial, en el punto medio entre las raíces del canino y del incisivo

vo lateral.

PRIMER PREMOLAR SUPERIOR

Se ubica el punto y se incerta la aguja en el pliegue mucobucal a nivel del primer premolar, se deposita la solución algo por encima del ápice del diente. Con esta inyección también anestesiara el segundo premolar y la raíz mesial del primer molar, ya que bloquea el nervio alveolar superior medio en el punto de confluencia. Para extracciones o cirugía periodontal inyéctese también el lado palatino.

INCISIVOS INFERIORES

La densidad del tejido óseo en el maxilar inferior retarda la anestesia de los dientes de esta zona cuando se utiliza el método su-
praperiódístico, excepto en los cuatro incisivos inferiores, que se anestesian satisfactoriamente. Se introduce la aguja en el pliegue mucolabial de los dientes incisivos inferiores. Para extracciones de be aplicarse además la inyección lingual.

BLOQUEO DE LA CONDUCCION

INYECCION GIGOMATICA

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

El nervio anestesiado es el Alveolar Superoposterior. El lugar de la punción es el más elevado del pliegue de la mucosa a nivel de la raíz distobucal del segundo molar. La inclinación de la aguja varía hacia arriba y hacia adentro y atrás con una penetración de 20 mm., se podrá complementar con la inyección palatina posterior.

INYECCION INFRAORBITARIO

Los nervios anestesiados son: Nervio alvéolar superior, medio y anterior, ramas terminales del nervio infraorbitario, este nervio es continuación directa del nervio maxilar superior.

Se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma primero en el surco y luego en el canal infraorbitario. La zona es en el pliegue mucobucal.

Las zonas anestesiadas son: Incisivos, caninos, bicúspides, el labio superior y parte de la nariz del mismo lado.

Los síntomas de anestesia son: Hormigueo y adormecimiento del labio superior en el lado afectado.

BLOQUEO DEL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR

Se sitúa al paciente de tal manera que al abrir la boca, el cuer

po de la mandíbula quede paralelo al piso.

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblícua o fosa retromolar, es decir, el borde interno de la rama del maxilar infe--rior y se coloca la uña sobre la línea milohioidea (vértice del triángulo Pterigomandibular).

Se inserta la aguja desde el lado opuesto de la boca abierta. El cuerpo de la jeringa descansa sobre los promolares del lado opuesto manteniendo el plano horizontal. La aguja se saca lentamente y --cuando ha llegado a la mitad de lo que se introdujo, se inyecta el --resto de la solución, enestesiando el nervio lingual.

Los síntomas de anestesia son: Hormigueo, adormecimiento del labio inferior, punta de la lengua.

Los nervios anestesiados son: Nervio alveolar inferior, nervio-lingual, buccinador, mentoniano, incisivo y ramas terminales.

BLÓQUEO DEL NERVIO MENTONIANO

El foramen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior vestíbulo oral por dentro del labio inferior e inmediatamente por detrás del primer premolar, porque el foramen mentoniano está en el ápice y anterior a la raíz de la segunda bicúspide.

Los nervios anestesiados son: El mentoniano y la rama alvéolar-inferior.

Al introducir la aguja en el propio agujero mentoniano para obtener mejor anestesia no es recomendable debido al riesgo que se corre de producir lesiones nerviosas con trastornos de la sensibilidad del labio inferior como consecuencia.

OTRAS INYECCIONES

INYECCION BUCAL

Nervios anestesiados son el buccinador y rama mandibular. El lugar de la punción es en el pliegue mucobucal anterior al foramen mentoniano. Se toman como referencias bicúspides mandibulares del molar o ápice de la segunda bicúspide.

Los síntomas de la anestesia son: Hormigueo, adormecimiento del labio inferior.

INYECCION LINGUAL

Nervios anestesiados son: Lingual, rama del maxilar inferior.

Es una anestesia complementaria en extracciones de premolares, caninos, incisivos del maxilar inferior, cara lingual de la mandíbula. La inserción se hace en el mucoperiostio a nivel del tercio medio de la raíz del diente que se desea anestésiar.

INYECCION NASOPALATINA

Es la mayor de las ramas nasales posteriores, inervan tejidos blandos del tercio anterior del paladar.

El lugar de la punción un poco por afuera de la papila incisiva, en dirección del agujero palatino anterior. Las zonas anestesiadas son: Incisivos centrales, la inyección es dolorosa.

INYECCION PALATINA POSTERIOR

El nervio anestesiado es el palatino anterior. La punción se --

realiza en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el -- borde gingival del tercer molar superior, hasta la línea media, incer tando la aguja desde el lado opuesto de la boca.

Las ramas alveolares superiores posteriores se bloquean introduciendo la aguja por detrás de la crestra infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar.

INYECCION PALATINA PARCIAL

El nervio palatino anterior puede bloquearse en cualquier punto de su recorrido, después de salir del agujero palatino mayor.

BLOQUEO NERVIO MANDIBULAR

NERVIOS ANESTESIADOS

Mandibular y subdivisiones siguientes:

- Alvéolar inferior
- Buccinador
- Lingual
- Mentoniano
- Incisivo

INDICACIONES

Cuando se desea anestésiar todo el nervio mandibular y subdivisiones en una sola inyección. Cuando la inyección o trauma hace difícil o imposible la anestesia de sus subdivisiones.

TECNICA

Para esta técnica se tienen cuatro puntos de punción

- Anterior
- Posterior
- Inferior
- Superior

Vía anterior.- Se localizan los bordes anterior y posterior de la rama ascendente del maxilar inferior, se palpa la escotadura sigmoidea, se introduce la aguja paralela al borde inferior del maxilar.

- Vía posterior.- Por detrás del borde posterior del maxilar (Borde parotídeo) y por debajo de la incisión del lóbulo de la oreja.
- Vía inferior.- Localización del orificio superior del conducto dentario.
- Vía superior.- La punción se realiza en la mitad anterior del - semicírculo sigmoideo-cigomático, se dirige la - aguja hacia abajo, atrás y adentro y se llega -- así a la cara interna de la parte posterior de - la escotadura sigmoidea.

BLOQUEO DEL NERVIO MENTONIANO E INCISIVO

NERVIOS ANESTESIADOS

Mentoniano e Incisivo

INDICACIONES

Para la anestesia de dientes incisivos, caninos o primer premo-
lar.

TECNICA

Con el dedo índice se palpa a nivel de la zona de los premolares, localizando así el paquete vasculo nervioso que sale a través del agujero mentoniano e introduciendo la aguja en el propio agujero mento-
niano. (No es recomendable por trastornos de sensibilidad del labio-
inferior).

BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVI0 MAXILAR SUPERIOR

NERVIOS ANESTESIADOS

Las ramas alveolares superiores se desprenden del nervio infraorbitario. Antes de que éste atraviese la hendidura esfenomaxilar, da origen a las ramas alveolares posteriosuperiores que corren en la superficie de la tuberosidad del maxilar superior y penetran en ella para inervar los molares superiores.

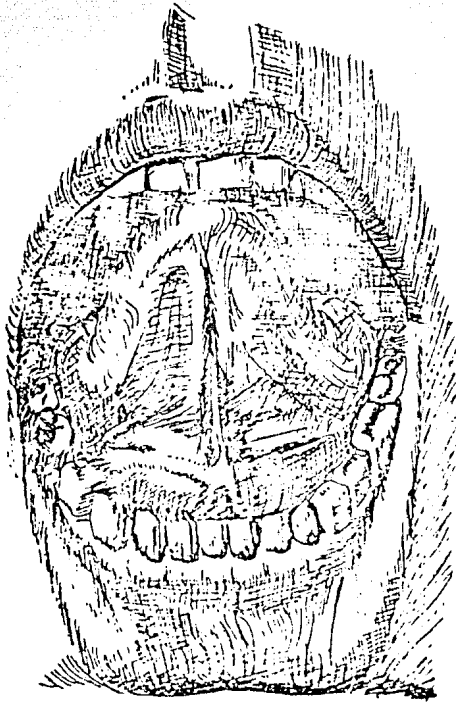
Durante su trayecto por el conducto infraorbitario, el nervio infraorbitario da origen a la rama alveolar superior media y a varias ramas anteriores, inervando los premolares, caninos e incisivos superiores.

INDICACIONES

Intervenciones quirúrgicas que tengan representación cutánea correspondiente a la porción lateral de la nariz, párpado inferior, labio superior y su seno, procesos alveolares, incluyendo los dientes y mucosa.

TECNICA

La punción se hace en el punto donde el borde inferior del hueso maxilar cruza el borde anterior de la rama del maxilar inferior. La punta de la aguja se dirige un poco hacia arriba y por detrás de la tuberosidad del maxilar, todavía en contacto con la tuberosidad, se introduce la aguja más profundamente hasta perder contacto con ella en su porción convexa y detenerse contra el ala mayor del esfenoides.



CAPITULO III

I N S T R U M E N T A L

Las condiciones del instrumental van a desempeñar un papel fundamental en la intervención. Ya que con estos vamos a efectuar incisiones, heridas expuestas, desgarres en un medio ampliamente irrigado, no exento de microbios y fácil asiento de infecciones.

Por lo tanto el instrumental debe encontrarse en óptimas condiciones tanto del metal que lo forma como de su esterilización.

La esterilización es indispensable en instrumentos que se van a utilizar en diversos pacientes, ya que se originaría el paso de enfermedades de un enfermo a otro o bien al mismo operador.

- El instrumental que debe poseer el odontólogo está formado por:

	Pinzas de hemostasis
	Compresas
	Pinzas para gasas
FILA UNO	Espejo
	Exploradores
	Excavadores
	Algodón
	Mangos de bisturí
	Hojas para bisturí
	Cureta
	Sondas
	Limas para hueso

FILA DOS

Alveolotomo, gubias, martillo
 Agujas y porta agujas
 Material de sutura
 Elevadores rectos, de bandera y
 lanceta
 Escoplo, legra

Pinzas de Allis
 Puntas de succión para aspirador
 Cureta de diferentes tamaños
 Elevador periostal

FILA TRES

Separadores Austin
 Forceps para extracciones
 Tijeras Clin, curvas y rectas
 Fresas quirúrgicas: para pieza de ma
 no y contrángulo
 Jeringas

Los principales instrumentos para la extracción dentaria, son -- los fórceps. Sin embargo, no constituyen la única forma de valerse -- el odontólogo, puesto que existen instrumentos accesorios tales como -- los elevadores llamados también botadores, que resultan utilísimos.

Una vez resuelta la extracción y practicada la anestesia corres-
 pondiente procederemos a la operación para lo cual son necesarios los
 siguientes instrumentos:

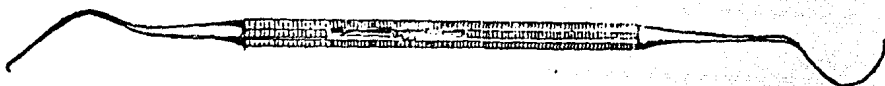
ESPEJO

El espejo es útil para hacer a un lado tejidos vecinos que impi-

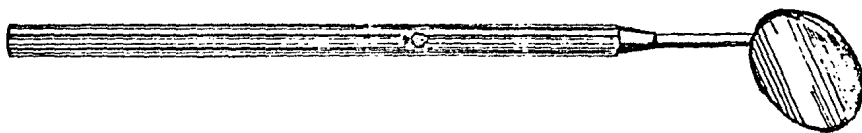
EXCAVADOR 25



EXPLORADOR



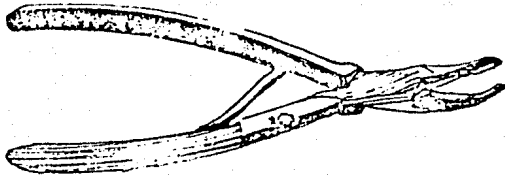
ESPEJO



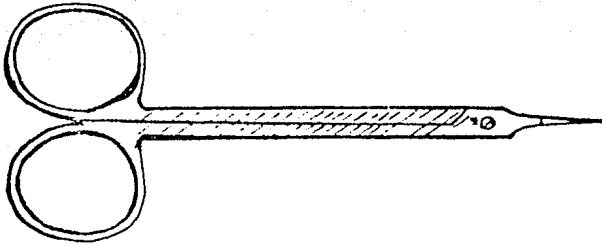
PINZA



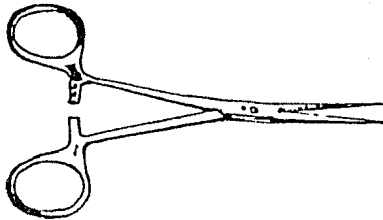
ALVEOLOTOMO



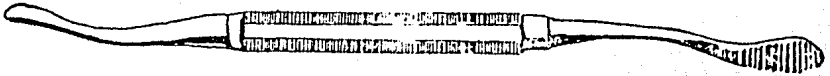
BISTURI



TIJERA DE MOSCO



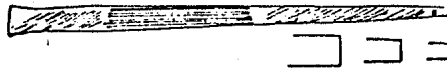
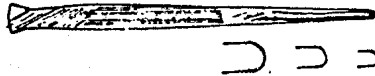
LIMA PARA HUESO



LEGRA



CINCELES



MARTILLO



den la correcta elaboración de la extracción.

PINZAS

Son rectas o bien, anguladas. Estas nos servirán en ocasiones - para hacer la separación de la encía al diente. Una vez desprendidas las bandas periodontales evitaremos que nuestro fórceps se resbale.

SINDESMOTOMO

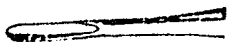
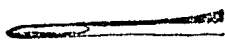
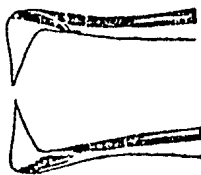
Instrumento para seccionar.

ASPIRADOR DE SALIVA

ELEVADORES

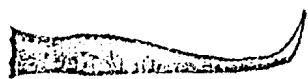
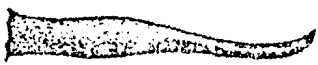
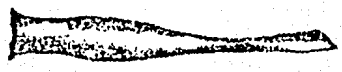
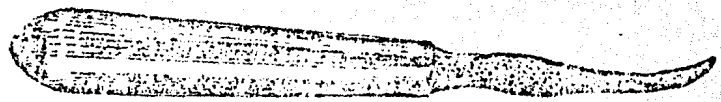
Este consta de tres partes: Mango, Tallo y Hoja. Lo vamos a utilizar como palanca y está destinado a elevar un diente o una raíz dentaria, debe valerse de un punto de apoyo, el cual está dado (en exo--doncia) por dos elementos: El hueso maxilar o los dientes vecinos. - Generalmente el apoyo se busca en el ángulo mesio-bucal, del diente a extraer, pero cuando algunas condiciones así lo exige el elevador puede tener aplicación lingual, mesial, distal o bucal.

FORCEPS



ELEVADOR

ELEVADORA



TIEMPOS EN EXODONCIA CON ELEVADORES

APLICACION

Buscar el punto de apoyo útil en la aplicación de la fuerza.

LUXACION

Ejecución de maniobras con las cuales el diente rompe sus adherencias periodónticas. Los movimientos de semirotación se harán con mucho cuidado y tratando de introducir en cada movimiento más la punta del botador para que por sí sola la raíz se desprenda.

EXTRACCION

Propiamente dicha es la expulsión del diente de su alvéolo se -- sienta la movilidad de dicho diente, la cual se puede extraer con un elevador adecuado o con un fórceps.

En la exodoncia es muy necesario que nos ayudemos con el botador para cualquier tipo de exodoncia ya sea de órgano dentario con corona o un resto radicular ya que el botador nos ayudará a aflojar el diente ocasionando menos fractura apical como radiculares y facilitando nuestra exodoncia.

FORCEPS

La pinza para la extracción es un instrumento basado en el principio de la palanca de primer grado, con la cual se toma el diente -- por extraer imprimiéndole movimientos con el cual se elimina el órgano dentario.

La pinza consta de dos partes: La pasiva y la activa unidas en-

tre si por una articulación o charnela.

Existen en términos generales dos pinzas para extracción:

- a).- Las destinadas a extraer dientes del maxilar superior.
- b).- Las destinadas a extraer dientes del maxilar inferior.

PARTE PASIVA

Es el mango de la pinza. Sus ramas son paralelas y según los -- distintos modelos, están labradas en sus caras externas para impedir que el instrumental se deslice de la mano derecha, el dedo pulgar se coloca entre ambas ramas, actuando como tutor para regular el movi--- miento y la fuerza a ejercer.

PARTE ACTIVA

Se adapta a la corona anatómica del diente sus caras externas -- son las lisas y las internas, además, de ser cóncavas presentan diferentes estrias según el diente a extraer.

- a).- Para Birradiculares

Sus bocados se unirán dos cavidades en un vértice central para molares inferiores.

- b).- Para Monoradiculares

sus bocados deberán ser cóncavos.

- c).- Para Trirradiculares

Presentan un bocado cóncavo para la raíz palatina y uno que presenta dos concavidades unidas en un vértice central para las raíces - vestibulares.

Con el fin de impedir su deslizamiento. Los bordes o mordientes

de las piezas siguen las modalidades del cuello dentario, éstos mordientes son distintos según los modelos.

FORMA DE TOMAR EL FORCEPS

PREHENSION.- La aplicación de la pinza en la toma del diente es el primer tiempo el cual es fundamental y del cual depende el éxito de los tiempos siguientes. Preparado el diente para exodoncia se separa el carrillo, lengua y labio del paciente con la mano izquierda.- Libre el campo la pinza toma el diente por debajo del cuello anatómico donde se apoya a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario.

La corona dentaria no debe de intervenir como elemento útil en la aplicación de la fuerza ya que esto ocasionaría su fractura.

Ambas mordientes deben penetrar simultáneamente hasta el punto elegido, llegando a esta la mano derecha cierra las ramas de la pinza, manteniendo con el pulgar el control de la fuerza.

LUXACION

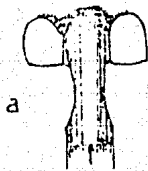
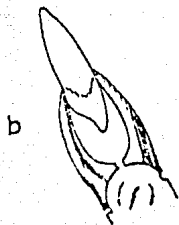
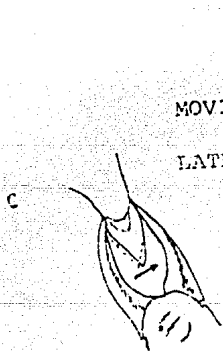
Es la desarticulación del diente, por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alvéolo, esto se realiza según dos mecanismos:

a) Movimientos de Lateralidad.- Dos fuerzas actúan en este movimiento, la primera impulsando al diente en dirección de su ápice como introduciendo dentro de su alvéolo, la segunda fuerza mueve el órgano dentario en dirección de la tabla ósea de menor resistencia siendo ésta la bucal ya que es la más elástica. Este movimiento de lateralidad tiene un límite, que está dado por el de dilatación del alvéolo.

Excediendo el movimiento, la tabla externa se fracturará, si esta tabla es suficientemente sólida para no hacerlo el diente será el que se fracture.

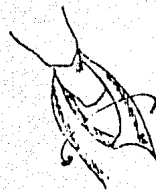
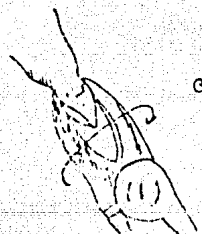
TIEMPOS EN LA EXODONCIA

PREHENSION

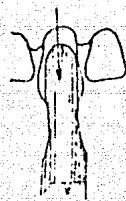


SINDESMOTOMIA

MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD



MOVIMIENTOS DE ROTACION



RETRACCION

Por eso los movimientos laterales de luxación deben ser dirigidos por el tacto de quien opera ya que este movimiento se hará más extenso según como vaya siendo el diente dentro de su alvéolo.

b) Movimiento de Rotación.- La rotación que se realiza siguiendo el eje mayor del diente es un movimiento complementario del movimiento de lateralidad. La rotación solo debe emplearse en dientes monorradiculares, los que tienen más de una raíz se fracturan. La única fuerza que actúe en este movimiento, es la de rotación sin hacer fuerza en dirección apical.

Dentro de la cirugía bucal se necesita un instrumental especializado. En términos generales, una operación en cirugía bucal, se propone, abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana, en el cual eliminaremos el objeto de la operación (un diente, un tumor, un proceso patológico).

Los instrumentos cortantes deben estar siempre afilados y su presentación debe ser impecable.

BISTURI

Este instrumento consta de un mango y de una hoja; éste puede tener distintas formas y tamaños. Existen estos instrumentos con hoja intercambiables, las cuales se elijen según el tipo de operación a realizar.

TIJERAS

Son instrumentos de disección de tejidos. Se emplea para seccionar lengüetas, festones gingivales y trosos de encía. Se utilizan las tijeras para cortar puntos de sutura.

LEGRAS

El desprendimiento y separación de la fibromucosa, primeramente-

incidida por el bisturí, con el objeto de preparar lo que se denomina colgajo.

PERIOSTOMO

También llamado elevador de periostio, consta de un mango con dos extremos de los cuales el menor se emplea para la elevación de los tejidos y el mayor se usa como separador.

PINZAS DE DISECCION

Para ayudarse en la preparación de los colgajos y en otras maniobras, el cirujano puede valerse de las pinzas de disección dentales, con las cuales se toma la fibromucosa sin lesionarla o las pinzas de dientes de ratón. Para tal fin también es útil la pinza de Kocher o la pinza atraumática de Chaput.

SEPARADORES

En el curso de una operación en la cavidad bucal, es preciso mantener apartados los labios, para no herirlos o los colgajos, para que no sean traumatizados.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS DUROS

ESCOPLO

Hay diversos tipos, rectos, curvos y de varios tamaños. Tales instrumentos se utilizan para reseca el hueso que cubre el objeto a intervenir como tabla externa. En extracciones de terceros molares retenidos.

El escoplo es una barra metálica cuyos extremos están cortados a

bicel. Este se manipula por medio de presión o bien por golpe de martillo.

LIMAS PARA HUESO

Sirven para eliminar puntos óseos y para alisar los bordes.

PINZAS GUBIAS

Para realizar la resección del hueso (osteotomía). Cuando se desea eliminar bordes cortantes crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.

PIEZA DE MANO

El empleo del torno dental en las operaciones bucales es de extraordinaria utilidad. La osteotomía es sencilla, no trae inconvenientes, la fresa puede abrir camino a los instrumentos. Las fresas pueden ser redondas del número 5 al 8 o de fisura.

CUCHARILLAS PARA HUESO

Las colecciones patológicas, granuloma, fungosidades, quistes, etc., deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso.

CAPITULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN EXODONCIA

La exodoncia de cualquier modo que se haga, es una intervención-quirúrgica que involucra los tejidos blandos y duros de la cavidad oral cuyo acceso está restringido por labios y mejillas.

Nunca hay que referirse a la extracción de un diente o varios como "Una simple extracción o extracciones". El odontólogo puede hallarse en la embarazosa situación de tratar de explicarle al paciente por qué una simple extracción o extracciones le lleva tanto tiempo y esfuerzo.

Hay que anticiparse a la fractura mediante el conocimiento de todas las razones por las cuales las raíces se rompen y las coronas se fracturan.

Debe advertirse al paciente sobre esta posibilidad de rotura o fractura, pero de tal manera que, antes que alarmarse, se tranquilice. No debe disimularse una fractura, sino decirselo al paciente.

INDICACIONES

Es imposible expresar de un modo definido las indicaciones de la intervención exodóntica, porque descansa muy a menudo en las opiniones, convicciones y capacidades del odontólogo.

Las indicaciones en Exodoncia pueden clasificarse de la siguiente manera:

1.- AFECCIONES DENTARIAS

a) Las afecciones pulpares para las cuales no hubieran tratamiento conservador.

b) Caries de cuarto grado que no pueden ser tratadas.

c) Complicaciones de las caries de cuarto grado en las mismas.

La Odontología conservadora dispone actualmente de métodos y tratamientos que disminuyen extraordinariamente el número de dientes que tienen que ser extraídos.

Por el adelanto logrado en el tratamiento de conductos radiculares, se han disminuído las indicaciones de la exodoncia, quedando circunscritas en caso de afecciones del diente a aquellos casos en que la inaccesibilidad del diente, los conductos no permiten aplicar técnicas conservadoras.

2.- AFECCIONES PARODONTALES

Parodontosis que no pueden ser tratadas.

3.- RAZONES PROTETICAS, ESTETICAS Y ORTODONCICAS

a) Dientes Temporales persistentes

b) Dientes Supernumerarios

c) Dientes Permanentes

Estas indicaciones de extracción serán dadas por el Protésista u ortodoncista.

4.- ANOMALIAS DE SITIO DIRECCION

Los dientes que permanecen retenidos en los maxilares, deben ser extraídos cuando producen accidentes (nerviosos, inflamatorios o tumorales).

La extracción puede evitarse en aquellos casos, en que la técnica ortodoncica logre ubicarlos en su sitio de normal implantación. - Está justificada la extracción, en aquellos casos en que la ortodoncia no logre éxito o el diente retenido produzca molestias.

5.- ACCIDENTES DE ERUPCION DE TERCEROS MOLARES

Los accidentes de erupción de terceros molares indican la eliminación del diente causante (pericoronitis de repetición, accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales).

Las indicaciones están determinadas principalmente por tres factores, que por orden de importancia son los siguientes:

a) Condiciones de los tejidos

b) Condiciones del diente

c) Condiciones de la articulación

Lo siguiente constituye indicaciones para la exodoncia:

- . Dientes cariados, cuya utilidad no puede restaurarse
- . Dientes fracturados o aflojados por lesión traumática
- . Dientes muy lesionados por la piorrea, en que no es posible el

- tratamiento conservador, o en lo que si se emprende fracasa
- . Cuando un diente ha perdido su antagonista y se ha cariado como sucede a menudo con los terceros molares
 - . Cuando el diente está atacado y fracasa la terapéutica
 - . Dientes ectópicos cuyo alineamiento ortodóntico no resulta practico o es imposible
 - . Dientes que deben desvitalizarse y a causa de la disposición de sus raíces es imposible emprender un tratamiento radicular-satisfactorio
 - . Dientes ubicados en zonas patológicas tales como: Quistes, Necrosis, Neoplasias, Etc.
 - . Dientes incluídos
 - . Dientes en la línea de una fractura
 - . Dientes en buen estado, pero aislados en distintas regiones de la boca que constituyen un impedimento para la restauración protética
 - . Dientes con pulpa no vital o pulpitis aguda o crónica cuando la endodoncia no está indicada
 - . Parodontopatías severas en las que está destruída gran parte del hueso de soporte
 - . Dientes no tratables con apicectomía
 - . Dientes supernumerarios
 - . Dientes primarios que subsisten cuando su correspondiente diente de recambio está presente en posición de erupción normal
 - . Accidentes de erupción de terceros molares

CONTRAINDICACIONES

Antes de emprender algún procedimiento de cirugía bucal, incluso la extracción dentaria, es indispensable un examen físico y bucal completo. Esto aclararía el interrogante de si la cirugía estará contraindicada en este paciente por factores locales o generales; si no es así es necesario un tratamiento pre-operatorio.

1.- CONTRAINDICACIONES DE ORDEN LOCAL

a) Infecciones gingivales agudas, por ejemplo las producidas por espiroquetas o estreptococos

b) Pericoronitis aguda tal como se halla en los terceros molares principalmente erupcionados; habrá que tratar estas erupciones y llevar los tejidos a la normalidad antes de la extracción

c) La extracción de molares y premolares superiores está contraindicada en casos de sinusitis maxilar

d) Circunstancias para que una extracción no se haga en la misma sesión

- . Presencia de flemón

- . Cuando la pus ha penetrado al hueso y la raíz

- . Cuando el paciente no puede dominarse y se pone nervioso

- . Se considera enviarlo a un especialista

e) En caso de enfermedad (gingival, sulfurosa, gingivitis ulcerosa, membranosa o estomatitis), tratadas con antibióticos

f) Exodoncia prematura

2.- AFECCIONES QUE DEPENDEN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

a) EMBARAZO

Durante el primer trimestre de embarazo no se debe administrar -

tanta anestesia local como troncular, ni ningún tipo de medicina, ya que es el período de formación y en el noveno mes del embarazo se debe evitar el stress.

Este en sí no es una contraindicación, ha sido la condición a la que han llegado numerosos investigadores para afirmar lo siguiente:

. Las afecciones dentales con las irritaciones suborbitarias son más graves en la mujer embarazada y en su hijo que la propia extracción

. Puede emplearse cualquier anestesia local

. La extracción debe efectuarse teniendo en cuenta la emotividad y el índice de coagulación de la paciente

b) LACTANCIA

Puede ser una contraindicación ya que el susto y miedo puede ser causa para la suspensión de secreción láctea.

c) HEMOFILIA

13" Es una enfermedad hemorrágica gonotópica de transmisión hereditaria recesiva ligada al sexo y en el cual hay un déficit del factor antihemofílico que es indispensable para la elaboración de tromboplastina, por lo cual en estos pacientes se presentan hemorragias intensas al grado que por un golpe se mueren de hemorragia:

Porque este trastorno del torrente circulatorio impide la coagulación de la sangre, el paciente tiene que ser tratado en hospitalización.

Las extracciones que se deben practicar serán bajo premedicación, valiéndose de cualquier medio hemostático como el taponamiento, colocación de cemento quirúrgico, esponjas absorbentes como GELFOAM, OXICEL, VITAMINA K.

d) DIABETES

Se considera una enfermedad metabólica donde existe una falta de metabolismo de los hidratos de carbono, prótidos y lípidos; se caracteriza por la ausencia parcial de insulina y además por la degeneración de los pequeños vasos, micro-angiopatías especialmente en ojos, riñones y en el parodonto el paciente presenta un aliento cetónico y fético; es una enfermedad hereditaria u adquirida teniendo también como relaciones la tendencia a la obesidad o el adelgazamiento; presenta macroglocia y los dientes se marcan en los carrillos.

Las características principales son:

- . Poliuria
- . Polidipsia
- . Polifagia

Manifestaciones bucales del paciente:

- . Movilidad dentaria
- . Resequedad bucal
- . Suceptibilidad a las infecciones

Debemos procurar tratar pacientes perfectamente bien controlados por su médico general y nunca se efectuará una extracción a diabéticos con el nivel de azúcar alta."

CAPITULO V

S I N D E S M O T O M I A

Es una palabra que proviene del griego y que significa:

Sindesmos	=	Ligamento
Tomía	=	Cortar

La sindesmotomía es una maniobra que tiene por objeto desprender el diente de sus incersiones gingivales.

El primer paso de la técnica de la extracción, sea cual fuere el diente a extraer, es la sindesmotomía, es decir, el corte de las adherencias que unen la encía al cuello del diente, así como las fibras del ligamento alveolo dentario más próximas en este mismo cuello.

Esta operación se realiza con el sindesmotomo (Chompret) o con un bisturí fino o lanceta.

El instrumento sostenido con la mano derecha debe introducirse por debajo de la encía, seccionando circularmente las adherencias gingivales del diente.

La sindesmotomía consta de dos tiempos:

- 1.- SUPERFICIAL se efectúa una incisión en el fondo de la bolsa fisiológica gingival y se contornea el diente completamente, lográndose la sección del ligamento circular de Kolliker.
- 2.- TIEMPO PROFUNDO Se efectúa la divulsión del ligamento alveolo-dentario y al profundizar enérgicamente el sindesmotomo se logra la primera dilatación de las paredes alveolares.

La Sindesmotomía tiene por objeto facilitar la introducción de los mordientes del fórceps, así como debilitar la unión del diente al

alvéolo.

Como hemos dicho, en todos los dientes es aconsejable realizarla, pero en los cuatro terceros molares no debe prescindirse de ella, --- pues la adherencia de los tejidos blandos a la parte posterior del -- cuello de los dientes es muy interna y si no se destruyera antes po-- dría dar lugar a los desgarramientos siempre desagradables y a veces-- peligrosos.

Al sindesmotomo sólo le está confiada esta misión, no debe ac--- tuar como elevador.

CAPITULO VI

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

A C C I D E N T E S

Se ha dicho que muchos fracasos y accidentes de diversas gravedad (algunos de ellos muy serios), se deben a la mala ejecución de la técnica por fallas básicas en la formación del exodoncista o por negligencia del mismo. Si analizamos estos errores, hallaremos que se deben a una adaptación inadecuada, posición incorrecta del paciente o del operador y que provocan:

- 1.- Visualización insuficiente
- 2.- Apoyo incorrecto del operador
- 3.- Falta de precisión
- 4.- Carencia de energía
- 5.- Falta de control

No se debe de considerar la exodoncia como un acto de rutina, esta actitud es absolutamente errónea por cuanto no hay dos extracciones iguales.

Debemos de realizar siempre un exhaustivo análisis clínico y radiográfico con el objeto de recoger todos los datos posibles.

Una información especial es la que considere al campo operatorio sobre el que vamos a actuar.

ACCIDENTES QUE PUEDEN OCURRIR

FRACTURA DEL DIENTE

Sucede solamente por un incompleto estudio clínico y radiográfico

co. En este caso procederemos a la extracción de las raíces que han quedado en el alvéolo.

1" La fractura se debe a un error de técnica en la aplicación del fórceps, o a un proceso carioso establecido desde largo tiempo y que ha reblandecido la estructura de las raíces."

FRACTURA Y LUXACION DE DIENTES VECINOS

El mal uso del instrumental causa que la presión ejercida al instrumento se trasmite al diente vecino. Esto ocurre cuando se emplean botadores y se utiliza como punto de apoyo un diente mecial o distal.

Puede utilizarse pero se debe hacer con mayor cuidado, no empleándose mayor fuerza que la necesaria para fijar el instrumento. Así mismo, debe procurarse apoyo al diente con la mano libre y jamás se aplicará la fuerza completa que pueda provocar un desplazamiento.

El tratamiento es implantar el diente luxado en su alvéolo y ferializar.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EN EXODONCIA

Es poco frecuente la fractura de un instrumento en el acto quirúrgico. Por ser excesiva la fuerza cuando esto sucede, se dañan los tejidos blandos y partes óseas. Para extraer los fragmentos del instrumento se requiere una nueva intervención.

LESION DE PARTES BLANDAS VECINAS

Algunas veces pueden deslizarse los instrumentos de la mano del operador produciendo: Desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos, labios, etc. Las lesiones traumáticas de la comisura se continúan con herpez.

Las zonas desgarradas serán cuidadosamente unidas con puntos de sutura.

HEMORRAGIA

(Ver indicaciones post-operatorias) La hemorragia puede ser:

- A) INMEDIATA.- Se presenta durante la extracción o en un -- lapso corto después de terminada la extrac-- ción por falta de coagulación.

Tratamiento - Limpieza del alvéolo, taponamiento del mismo con un trozo de gasa seca o impregnada de agentes hemostáticos durante 15 ó 20 minutos. Se evita con suturas post-operatorias.

- B) MEDIATA.- Se presenta varias horas después de realizada la extracción por caída del coágulo.

Tratamiento - Semejante al anterior o de la siguiente manera:

Limpieza del alveólo, anestesia local con va soconstrictor y se coloca una sutura.

Si la hemorragia subsiste se recurre a medicamentos generales como transfusiones sanguíneas o inyecciones de sustancias que aceleran la coagulación. Trombostil K, Senoci--- clyn.

COMPLICACIONES

La tradición de que un diente debe extirparse íntegro no es en un 100% porque no cabe duda que los fracasos son resultado de una mala técnica. Sin embargo las condiciones que dan lugar a la fractura-escapan del dominio del profesional aunque haya habido cuidado y destresa.

Resulta más práctico tomar medidas necesarias anticipándose a la raíz fracturada o cualquier otra complicación. A veces es preferible separar raíces con el fórceps de incidir y extraerlos aisladamente o extirpar previamente la porción de la pared alveolar. Tales medidas dan a menudo muy buenos resultados.

MORFOLOGIA

Algunas raíces presentan curvaturas de tal forma que son muy frágiles, esto sucede en los terceros molares multirradiculares y además se encuentran impactados en la porción más compacta del hueso y tienen gran tendencia a fracturarse.

FACTORES QUE COMPLICAN LA TECNICA OPERATORIA

- 1.- Curvatura anormal de las raíces
- 2.- Hipercementosis
- 3.- Proximidad del conducto dentario
- 4.- Enostosis aumento óseo (pacientes ancianos)
- 5.- Anquilosis
- 6.- Acceso difícil al campo operatorio
 - a).- Músculo orbicular de los labios pequeños
 - b).- Incapacidad de abrir la boca (Trismus T. M.)
 - c).- Macroglosia con movilidad exagerada
- 7.- Dientes tallados para prótesis
- 8.- Número de raíces longitudinales
- 9.- Afecciones dentarias
 - a).- Dientes retenidos
 - b).- Transposición dentaria
 - c).- Dientes supernumerarios

- d).- Dilaceración radicular
- e).- Abscesos
- f).- Granulomas
- g).- Quiste
- h).- Fractura
- i).- Cuerpos extraños

La extracción de un diente depende de las siguientes condiciones:

- 1.- Forma
- 2.- Firmeza
- 3.- Extensión de caries
- 4.- Lesión o afección parodontal

Estas pueden deberse a mal formación o mal posición que dificulta la extracción dentaria.

Algunas veces la substancia dentaria se encuentra alterada por la afección o por la acción de los medicamentos empleados y resulta tan frágil que su fractura es inevitable.

La conducta de abandonar porciones fracturadas constituye gravísima falta y por lo general dan lugar a complicaciones, porque puede ocurrir que los ápices son posibles focos de infección independientemente de las lesiones patológicas.

- 5.- Degeneración crónica
 - a).- Absceso subagudo o crónico
 - b).- Osteítis supurada
 - c).- Neuralgia del trigémino

La extracción dentaria se divide en tres períodos:

- 1.- Aplicación del fórceps al diente
- 2.- Desprendimiento de las conexiones membranosas y dilatación de su alvéolo
- 3.- Expulsión del diente de su alvéolo

CAPITULO VII
EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES MEDIANTE
OPERACION ABIERTA O DE COLGAJO

Nos referimos a los dientes que han sufrido procesos de caries, que han destruido totalmente la corona y separando las raíces entre sí.

Desde el punto de vista quirúrgico debemos considerar dos tipos de raíces a extraer:

- 1.- Dientes que sufren caries profunda y las raíces quedan en maxilar.
- 2.- Diente que en el momento de la extracción se fractura la corona a causa de las malformaciones radicales y se tiene que extraer por osteotomía.

Las indicaciones para esta clase de extracciones están dadas en base al estudio clínico del caso y del exámen radiográfico. El instrumental y técnicas para la extracción de estas raíces dependen de estos dos factores.

1.- ESTUDIO CLINICO

Raíces que emergen prácticamente de los alvéolos y no están cubiertos por encía.

Estos dientes se encuentran sin corona a causa de fracturas o caries profunda.

2.- EXAMEN RADIOGRAFICO

Las raíces profundamente destruidas o descalcificadas no permiten una maniobra ideal para la aplicación de fórceps y efectuar la --

prehensión.

La fractura de un diente en el momento de la extracción se considera siempre como el resultado de una operación mal programada o bien como un accidente.

No cabe duda de que las raíces de los dientes pueden fracturarse como consecuencia de técnicas mal aplicadas, por descuido o falta de destreza.

Existen sin embargo, numerosas circunstancias que dan lugar a la fractura en la intervención exodóntica y que escapan por completo al dominio del profesional.

Todo el que practica la exodoncia debe inspeccionar las raíces de los dientes que extrae. No puede considerarse completa la extracción hasta que el ápice o ápices radiculares se han extirpado. Si queda en el alvéolo una porción de raíz debe extraerse enseguida si las condiciones lo permiten.

El exámen visual es la mejor manera de determinarlo, sin embargo, un colgajo mucoperiódico es el indicado para asegurarse dónde está el ápice. La insición debe practicarse desde el borde gingival y llevada en dirección ligeramente oblícua a un punto alto del repliegue mucobucal, de modo de que la base del colgajo sea tratado con extremo cuidado.

PREPARACION DEL AREA QUIRURGICA

Consiste en esterilizar la zona que se va a intervenir quirúrgicamente con algún antiséptico y se lleva a cabo mediante una pieza larga estéril y una torunda de gasa también estéril e impregnada de antiséptico, sin tocar con las manos las zonas estériles.

La disposición del campo es importante para facilitar las maniobras quirúrgicas.

El orden de la colocación del instrumental estará de acuerdo con el desarrollo de la intervención, de tal manera que cada grupo de instrumentos corresponderá a cada tiempo quirúrgico, por lo tanto, se colocan los instrumentos de corte, los instrumentos de hemostasia, el instrumental planeado y por último el material e instrumental de sutura.

El instrumental que se emplea para realizar la exodoncia puede variar según las necesidades de cada caso en particular y preferencia del cirujano. Por lo general cuando se realiza una exodoncia por técnica de colgajo con osteotomía y odontosección se emplea el siguiente instrumental:

- . Bisturí con hoja
- . Pinza de disección
- . Espejo bucal
- . Legra o separadores de periostio
- . Separadores de labio, carrillos y de colgajos
- . Fórceps
- . Elevadores
- . Pieza de mano con fresa quirúrgica
- . Cinceles y martillo
- . Cucharillas
- . Pinza Gubia o Alveolotomo
- . Lima para hueso
- . Porta Agujas
- . Aguja curva con hilo para sutura
- . Tijeras
- . Cánula para succión y tubo

La razón para extraer las raíces fracturadas es porque causan inflamación y dolor local. Las raíces deben ser extraídas en el momen-

to de la extracción, para evitar una extracción de raíces infectadas. Aun cuando el diente al cual la raíz perteneció no estuviera infectado, la raíz puede infectarse en el momento de la extracción por la descomposición del contenido del conducto radicular y la invasión de bacterias bucales. Las raíces permanentes o fragmentos radiculares pueden actuar como irritantes mecánicos y originar una reacción inflamatoria que a su vez puede causar neuralgias de origen obscuro y de difícil diagnóstico.

RAZONES DE LA FRACTURA DE RAICES

Hay muchas razones por las cuales se pueden fracturar las raíces dentarias, entre ellas pueden mencionarse las siguientes:

- 1.- Aplicación inapropiada de los mordientes de la pinza para extracciones.
 - a) Colocación de los mordientes sobre el esmalte en vez del cemento
 - b) Colocación de los mordientes no paralelos al eje longitudinal del diente
- 2.- Pinza para extracciones que no corresponda
- 3.- Caries extensa
- 4.- Fragilidad debido a la edad del paciente o desvitalización del diente. Los conductos radiculares obturados indican la posibilidad de fractura.
- 5.- Formación radicular peculiar
 - a) Raíces curvas
 - b) Hipercementosis
 - c) Raíces supernumerarias
- 6.- Densidad excesiva el hueso de sostén a causa de

- a) Osteítis condensante
- b) Dientes aislados por extracción de los dientes adyacentes algunos años antes
- c) Pilares de puentes fijos o removibles sometidos a gran esfuerzo
- d) Alimentos duros
- e) Masticación de tabaco
- f) Bajo grado de gingivitis crónica que da lugar a periostitis, cuya consecuencia es exostosis labial de la cortical

7.- Aplicación incorrecta de la fuerza en la exodoncia

- a) Dirección errónea
- b) Movimiento brusco del diente
- c) Movimiento de rotación donde no está indicado
- d) Tiraneamiento del diente

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE RAICES

La adopción de la operación de colgajo ha favorecido en parte, que se abandonase la conducta perniciosa de dejar porciones rotas de raíces en el alvéolo. A la luz de nuestros conocimientos actuales sobre los focos de infección, no podemos excusar tal conducta.

Algunos operadores dejan porciones de raíces en el alvéolo con la vana esperanza de que con el tiempo serán reabsorbidos o expulsados. Las raíces fracturadas deben considerarse siempre como cuerpos infectados que han de extirparse. Los que pertenecen a dientes desvitalizados están forzosamente infectados. Salta a la vista el error de dejar en el alvéolo la parte más infectada de un diente. Aunque la raíz formara parte de un diente normal, tarde o temprano acabaría por infectarse.

Las enfermedades asociadas a raíces desintegradas o fracturadas-

pueden clasificarse desde el punto de vista clínico en dos grupos:

1.- Aquellos en que no se pueden demostrar cambios patológicos - pero que cuando como cuerpos extraños causan irritación en los tejidos circundantes, dando lugar a dolor neurálgico.

2.- Aquellos en que existen alteraciones patológicas palpables - en la misma raíz o con más frecuencia, en los tejidos circundantes.

TECNICAS EN CASOS DE FRACTURA DE RAICES

Cuando la raíz está fracturada a un nivel pronunciadamente subgingival, el empleo de los elevadores ofrece ventajas especiales. -- Las láminas vestibular y lingual del hueso son en este punto muy gruesos y compactos. A fin de sujetar con el fórceps las raíces profundamente impactadas, debe extirparse una porción considerable de este -- hueso como se dijo anteriormente. Este procedimiento lleva tiempo y también cierto grado de incertidumbre.

Con el empleo de los botadores, la operación resulta simplificada y además, el traumatismo, dolor operatorio y tiempo requerido pueden reducirse al mínimo.

Se inserta la hoja del botador en el alvéolo vacío lo más profundamente posible, con el lado agudo de la hoja dirigido hacia la raíz que ha de extraerse, utilizando como apoyo la raíz expuesta y pared del alveólo. Se utiliza la hoja como elevador dando un movimiento de torsión al mango del instrumento por medio de la muñeca.

Cuando el tabique óseo es grueso o la raíz se encuentra fracturada a un nivel más profundo, puede ser necesario repetir algunas veces estos movimientos cortantes para extirpar el tabique y para intervenir la raíz.

Cuando se trata de dientes multirradiculares, es necesario tener en cuenta varios factores para determinar el método de su extracción.

Cuando varias raíces se han fracturado en el borde de la apófisis alveolar o debajo de él, además de la forma de las raíces y de las anomalías tales como Hipercementosis o su curvatura extraordinaria, existen siempre dos condiciones importantes que deben considerarse.

- 1.- Las raíces están fracturadas debajo del punto de bifurcación
- 2.- Las raíces permanecen unidas por una capa de dentina.

Cuando las raíces se fracturan, generalmente deben considerarse dos condiciones con respecto a la aplicación del botador. Si las raíces están fracturadas a distinto nivel el procedimiento puede ser muy sencillo y puede aplicarse a ellos la técnica descrita para aquellos casos en que una de las raíces se ha extirpado completamente.

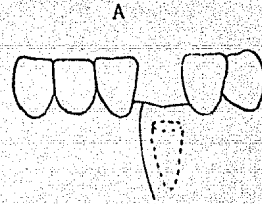
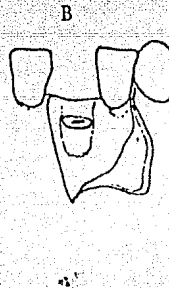
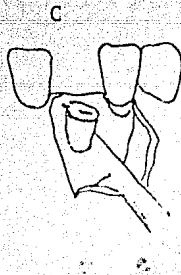
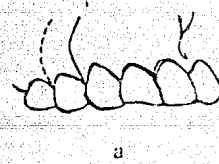
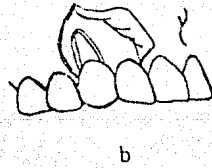
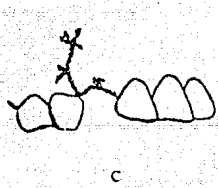
La raíz más larga se interviene por el alvéolo de la más corta cuando se encuentra en suficiente profundidad.

Si las raíces están fracturadas a un nivel más uniforme, entonces es necesario extirpar una porción del tabique alveolar de manera que pueda aplicarse el botador.

Cuando las raíces se fracturan en un punto coronario con respecto al de bifurcación, la masa de dentina que las une varía en los diferentes casos. Si la capa de dentina es delgada resulta práctico, aunque no siempre esencial, separar las raíces para facilitar su extracción. Esto puede llevarse a cabo muchas veces con un golpe seco de escoplo y martillo dirigido angularmente desde el lado vestibular hacia el lingual, o bien, se separan con el fórceps de incidir o con una fresa de fisura.

Separadas las raíces hay distintos medios para su extracción. A veces el hueso cede lo suficiente para que la hoja del botador se inserte entre las raíces, sin embargo con más frecuencia se requiere extirpar una porción del tabique alveolar para permitir la aplicación del botador.

EXTRACCION DE RESORTES RADICULARES



EXTRACCION POR ODONTOSECCION

3" La odontectomía es la intervención quirúrgica del órgano dentario mediante el levantamiento de un colgajo mucoperiostico adecuado y la remoción de una cantidad de hueso que rodea al diente, como también el hueso interradicular bucal de molares por medio de escoplos - fresas y/o gubias. "

En la división dentaria de una o más raíces para separarlas se corta la corona con fresa de fisura o se elimina la corona y después se separan las raíces. Se continúa con la aplicación en los dientes y después con las raíces.

Las principales ventajas de la odontectomía son:

- 1.- Reducción del número de coronas y raíces dentarias fracturadas durante la extracción
- 2.- Menor peligro de crear una comunicación bucosinusal
- 3.- Dañar el paquete vasculonervioso en el maxilar inferior

INDICACIONES PARA LA ODONTECTOMIA

- . Raíces con cementosis
- . Raíces ampliamente divergentes
- . Raíces convergentes (se tocan los ápices)
- . Dientes con ápices en ángulo perpendicular
- . Dientes de coronas de pivote
- . Dientes con grandes caries

La odontosección puede realizarse como una coadyuvante de la operación de colgajo o llevarse a cabo sin el colgajo previo. Esta maniobra no es muy quirúrgica. Por lo menos, debe prepararse un colgajo mínimo con el objeto de no herir y traumatizar el tejido gingival.

PASOS O TECNICAS

- . Preparación del colgajo (incisión)
- . Osteotomía
- . Odontectomía
- . Extracción propiamente dicha
- . Tratamiento de la cavidad (limpieza)
- . Sutura

OPERACION ABIERTA O DE COLGAJO

Consiste en desprender el diente de los tejidos circundantes por medio de la disección al descubierto. Este procedimiento puede estar indicado por la condición física del diente y de las estructuras óseas circundantes o por las lesiones patológicas asociadas. Sin embargo, la operación no ha de considerarse un método de elección, sino una medida especialmente indicada en ciertos casos.

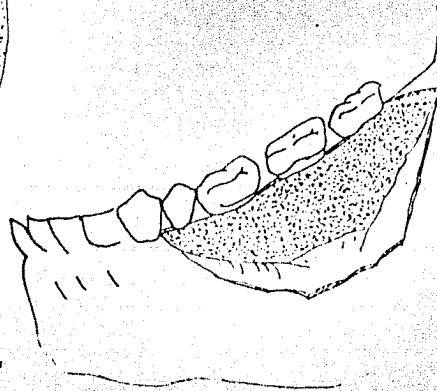
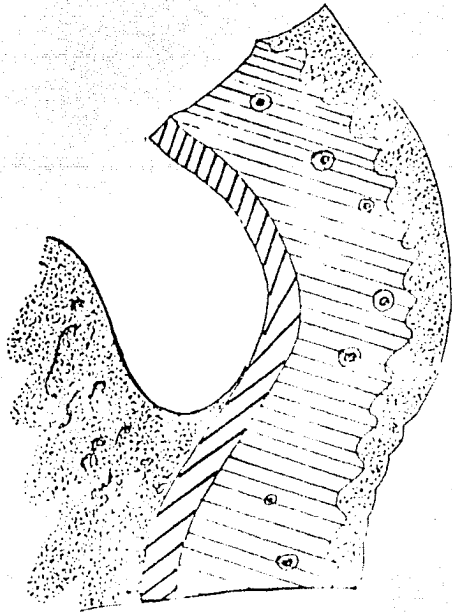
Estas operaciones deben practicarse con la asepsia más rigurosa que exige la cirugía de los huesos. Todos los que lo deseen pueden dominar la técnica desarrollando la habilidad necesaria. Si se fracasa en la extracción de un diente a causa de inhabilidad innata o adquirida, puede perdonarse, pero cuando la infección, la osteomielitis, la necrosis y otras complicaciones sépticas aparecen por falta de limpieza quirúrgica, el problema es otro y muy distinto.

CONDICIONES QUE REQUIERE LA OPERACION DE COLGAJO

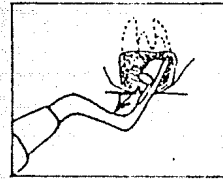
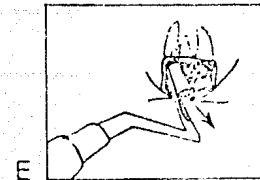
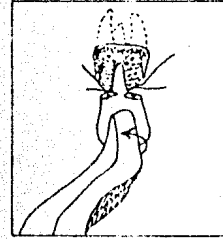
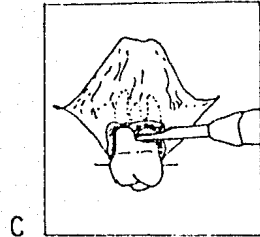
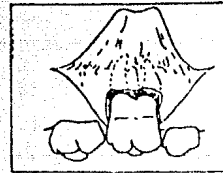
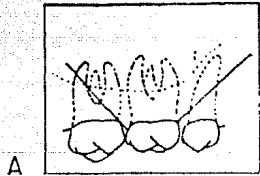
Las condiciones en que están indicadas las operaciones pueden clasificarse en dos grupos:

1.- Aquellos casos en que ha de tenerse en cuenta la condición del diente y de los tejidos circunadantes. En este grupo podemos cla

OPERACION DE COLGAJO



OPERACION ABIERTA O DE COLGAJO



sificar los siguientes estados:

- a) Fragmentos de raíces fracturadas en el intento de extraer el diente
- b) Raíces fracturadas desde hace mucho tiempo que están rotas a gran profundidad y hundidas en los tejidos.
- c) Dientes profundamente destruidos por la caries
- d) Dientes con raíces muy divergentes o de curvatura exagerada
- e) Raíces hipercementadas y las que presentan cementomas
- f) Casos en que hay riesgo de fracturar la lámina alvéolar-vestibular con lo que se puede lesionar la encía de los dientes contiguos.
- g) Cuando hay un cuerpo extraño, tal como una broca que repose el ápice radicular que es fácil que salga con el diente en presencia de un exceso de material de obturación impedido más allá del ápice y que no puede extraerse con certeza por el alvéolo vacío.

En el segundo grupo podemos clasificar, aquellos estados en que está indicada la operación abierta a causa de procesos patológicos existentes.

2.- Aquellos en que deben extirparse zonas patológicas asociadas, clasificando aquellos estados en que está indicada la operación abierta a causa de procesos patológicos existentes, que pueden ser:

- a) Granuloma o quiste que no sale con el diente o que por su tamaño y situación no puede extirparse por completo con seguridad por el alvéolo dentario.
- b) Zonas óscas supurativas y necróticas no circunscritas, - cuyo mejor método de extirpación supone la visualidad del campo operatorio
- c) Tejidos patológicos próximos al seno maxilar o que penetran en el, así como en las fosas nasales, en el nervio dentario inferior, el agujero mentoniano o un diente

contiguo.

Estos dos grupos de procesos se diferencian en que para los del primer grupo, lo más interesante es la extracción del diente y la extirpación del tejido patológico y morbosos con el asociado.

Estas operaciones deben siempre planearse en forma que resulte la menor mutilación o deformidad posible. Por lo general en las operaciones la extirpación de los tejidos enfermos y la restauración funcional constituyen los factores primordiales.

PASOS PARA LA PREPARACION DEL COLGAJO

- 1.- Debe analizarse mentalmente el recorrido de nervios y vasos del tejido blando que serán incluidos en el colgajo y planearse incisiones de manera tal, que el colgajo tenga el máximo de irrigación y seccione el menor número de filamentos nerviosos.
- 2.- Córtese con cuidado através de la unión de la membrana periodontal y el periostio a nivel del cuello del diente.
- 3.- Se empieza la insición en la cresta de la papila interdental mesial y se hace una incisión en el mucoperiostio hacia el colgajo mucobucal en ángulo de 45° respecto al eje longitudinal del diente.
- 4.- Cuando se emplean colgajos hay que cerciorarse de que la base sea más ancha en el borde libre por que así se asegura una mejor irrigación.
- 5.- El colgajo debe de ser más amplio que la cavidad ósea de la intervención resultante para garantizar que los bordes suturados de éste, se apoyen sobre base ósea sólida, lo cual significa una cicatrización rápida e indolora.
- 6.- El sitio de la intervención debe de estar preparado y expuesto de manera adecuada.

7.- Usar bisturí afilado cortándose el tejido blando en el punto de partida hasta llegar al hueso. Hágase la incisión de un solo corte nítido.

OSTECTOMIA

Puede ser realizada a escoplo, fresa, martillo o escoplo manual. Se debe eliminar la suficiente cantidad de hueso para permitir la fácil extracción de las raíces.

ODONTECTOMIA

Separación de las raíces con una fresa de fisura o con un disco de carburundo que se aplica verticalmente en la porción media de la corona, calculando coincidir con el espacio interradicular. El disco debe de ser humedecido durante su trabajo con agua para evitar el calentamiento del diente y la posible transmisión de color al hueso.

La sección por medio de fresa redonda es realizar orificios o hacer un corte de la corona, de bucal a lingual.

Los fines para el seccionamiento son:

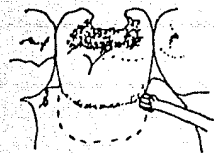
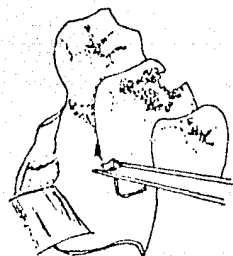
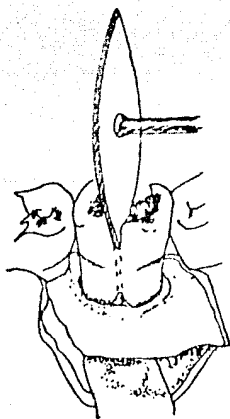
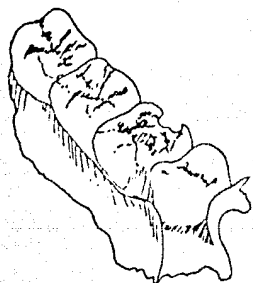
- 1.- Separar las raíces
- 2.- Crear un espacio en la corona que permita desplazar cada una de las porciones seccionadas, en el momento de la aplicación de los elevadores.

ELIMINACION DE RAICES

Comprobándose la separación de las raíces, se procede a la eliminación de las mismas con pinzas o botadores. El uso de los botadores se hace con pequeños movimientos giratorios de penetración y la raíz es desplazada en el sentido de la curvatura.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

ODONTOSECCION



Se debe prestar especial atención a la cavidad ósea. En el caso de que existan lesiones óseas periapicales, éstas deben de ser eliminadas de acuerdo con las normas de la terapéutica moderna. Es natural que para descubrir los procesos periapicales se realice un exámen radiográfico prequirúrgico.

La cucharilla alcanza a atravesar la porción apical del alvéolo para raspar el hueso lesionado.

Las esquirlas óseas, las partículas de hueso y los bordes filosos deben ser eliminados.

SUTURA

El colgajo debe ser vuelto a su sitio y mantenido en tal posición con suturas. Un colgajo desprendido puede ocasionar retracción indebida con los consiguientes trastornos estéticos o la infección del alvéolo con dolor y supuración.

Dos o tres puntos de sutura bastan para fijar el colgajo. Es también conveniente cerrar el alvéolo con otro punto, con lo cual aseguraremos la obturación hermética de la cavidad. Los puntos se retirarán al cuarto o quinto día, dejándolos más tiempo y corren el riesgo de traumatizar inutilmente el tejido gingival, de por sí tan delicado y tan labil a los traumatismos.

CAPITULO VIII
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

D O L O R

Es una sensación molesta que experimenta la persona. En particu lar, el paciente odontológico sufre dolor al disminuir el efecto anes tésico de la zona intervenida y requiere alivio por medio de medica- mentos o tratamiento quirúrgico lo menos agresivo.

El dolor varía de acuerdo al grado de destrucción de tejidos. - Eventualmente suele presentarse fuerte dolor en el maxilar, cara y oí dos, entre dos días y dos semanas después de la extracción dentaria, - presentado además, halitosis en la mayoría de los casos.

Una infección, fractura, luxación de un diente contiguo o la pre sencia de un cuerpo extraño (fragmento de diente o de amalgama), oca sionan como resultado el dolor.

INFLAMACION

Es la reacción en volumen de los tejidos lesionados en virtud -- del cual, elementos humorales y células actúan para destruir o inhi- bir la acción de un agente nosivo y más tarde reparar el trastorno -- producido.

Los cuatro puntos cardinales de la inflamación son:

- 1.- Rubor
- 2.- Tumor
- 3.- Calor
- 4.- Dolor

Existen un sin número de causas, generalmente se debe a una reac

ción natural de la zona o de lo contrario recurrir a su dentista.

Para disminuir la inflamación post-operatoria inmediatamente, colóquese sobre la cara durante poco tiempo o intermitentemente una bolsa de hielo. Al día siguiente aplíquese calor sobre la cara durante cuatro horas diarias.

HEMORRAGIA

Es la extravasación o escape de sangre del sistema vascular y capilar. Ocurre en cualquier parte del cuerpo.

La salida de sangre en el curso de la intervención es un suceso lógico la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por la acción de la anestesia local.

La hemorragia puede ser en el momento de la operación o cuando han pasado varios días (nos ocuparemos únicamente de las complicaciones locales).

La hemorragia se debe a la incorrecta técnica quirúrgica o lesión vascular. En el transcurso de la extracción, la hemorragia puede ser tratada por medio de taponamiento (gasa impregnada de medicamentos).

La hemorragia que aparece algunas horas o algunos días después de la operación puede obedecer a la caída del coágulo, luego de un esfuerzo del paciente o que ha cesado la vasoconstricción de la anestesia.

ESPICULAS OSEAS

Durante el proceso de cicatrización se aflojan pequeños fragmentos de hueso afilado y atraviezan la encía, estos no son raíces y a menudo se eliminan por sí mismas.

HEMATOMA

Difusión de la sangre a tejidos vecinos del lugar donde se ha --
practicado la extracción.

Síntomas: Aumento de volumen a nivel del sitio operado y cambio-
de color de la piel vecina (rojo, violeta o amarillo) que dura de 8 a
9 días. Puede infectarse produciendo dolor, rubor o fiebre intensa -
que puede durar hasta una semana entera.

Tratamiento: Colocar bolsas de hielo y antibióticos.

ALVEOLITIS

Es una infección causada por empaquetamiento de residuos alimen-
ticios en el alvéolo después de la extracción, cuyo principal síntoma
es el dolor que se irradia por las ramas del trigémino.

ALVEOLITIS SECA

Es el alvéolo abierto sin coágulo, tejido gingival muy poco in--
filtrado y paredes óseas expuestas muy dolorosas, se puede presentar-
por la desaparición prematura del coágulo. O por el alto contenido -
de adrenalina en el anestésico debido a que ésta provoca una trombo--
sis de los vasos de la pared alveolar dejando al descubierto las pare
des del alvéolo.

TRATAMIENTO

Debemos hacer lo posible por que las paredes del alvéolo se lle-
nen de sangre, esto se logra por medio de una incisión de la cara in-
terna del borde gingival.

Si se presenta después de varios días de haber hecho la extrac-
ción, limpiaremos de detritus (residuos de coágulos) y procederemos a
la aplicación de una curación a base de cemento quirúrgico -----
(Wonder-Pack) o algún otro tipo de medicamento que ayude a la cicatri-
zación del alvéolo, en caso de que estuviese presente una infección y
el dolor persista recurriremos a los antibióticos.

CAPITULO IX

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Una operación realizada en la cavidad bucal requiere de una serie de cuidados post-operatorios. Parte de estos los debe realizar el paciente, otros los realiza el profesional.

Como las heridas intrabucales no pueden permanecer secas y el paciente tiene que comer, antes de despedir al paciente deberá dársele instrucciones precisas respecto a:

1.- CUIDADOS BUCALES: Mantener firmemente la gasa sobre el sitio operado, por el tiempo prescrito (45 minutos). Si continúa saliendo sangre se podrá colocar un apósito de gasa y si tuviera una salida de sangre mayor que la normal, se recomienda consultar al cirujano que efectuó la intervención.

2.- ALIMENTACION: En las primeras seis horas deberá ser líquido (té, leche, naranjada, caldo tibio, etc.), procurando llegar a la dieta regular tan pronto como sea posible, con alimentos livianos y de consistencia blanda.

No se recomienda la ingestión de bebidas alcohólicas por el efecto vaso-dilatador de ellos.

La ingestión de líquidos y alimentos se ve afectada por diversos factores entre los que se incluyen edad, sexo y actividad física.

3.- HIGIENE BUCAL: No realizar ninguna clase de enjuagatorios durante las primeras doce horas. En las horas sub-secuentes se debe limpiar la zona primero con una gasa para llegar gradualmente al cepillo de dientes.

Mantenga la boca tan limpia como sea posible mientras se lleva a cabo la curación de la zona operada, caso que hubiese sido una intervención complicada y que necesite curación posteriormente de acuerdo-

al criterio del cirujano dentista.

4.- MEDICACION POST-OPERATORIA: Todo paciente debe recibir una receta donde se prescriban los medicamentos que se consideren necesarios.

Generalmente los analgésicos se ingerirán durante las cuarenta horas siguientes a la intervención, si a pesar de los medicamentos -- persiste el dolor, será necesaria una valoración por parte del cirujano dentista. Los antibióticos deberán prescribirse como medicación sistemática de algunos procedimientos odontológicos. Los antiinflamatorios se utilizan para reducir el edema y acelerar la reabsorción de hematomas.

5.- DESCANSO FISICO: Se recomienda al paciente que interrumpa -- sus actividades uno o dos días para ayudar a su pronta recuperación, esto será tomando en cuenta la extensión de la cirugía. Se evitarán los deportes, trabajo físico extenuante y los trabajos mecánicos.

6.- CITAS SUBSECUENTES: Si se colocan suturas se debe establecer fechas y horas definidas para retirarlas. Si el cirujano dentista de sea valorar el proceso de curación también indicará un lapso de tiempo definido para volver a revisar al paciente.

Una inadecuada atención pre y post-operatoria puede destinar al fracaso una satisfactoria intervención quirúrgica, mientras que una falta absoluta de los cuidados pre-operatorios por parte del operador puede llegar a poner en peligro la vida del paciente. A cada paciente deberá darsele instrucciones escritas.

La limpieza de la boca, dientes y la atención de los detalles, -- son absolutamente necesarios para lograr dicho fin. El cumplimiento-fiel de las instrucciones evitará complicaciones post-operatorias, le dará mayor comodidad y apresurará su restablecimiento.

La experiencia ha demostrado que en la mayoría de los casos se -- requiere poco o ningún cuidado post-operatorio después de la intervención exodóntica y en la cavidad bucal se curan las heridas generalmen

te con relativa rapidez.

A pesar de estas experiencias, se presentan en muchos casos complicaciones o cicatrización tardía de la herida, consecuencias que -- con el debido tratamiento de ésta y con los cuidados post-operatorios hubieran podido evitarse.

Los cuidados más útiles que podemos prestar al paciente en la se sión exodóntica son los siguientes:

- 1.- Evitar la dilaceración de las encías y fragmentación de los bordes alveolares.
- 2.- Recubrir la apófisis alveolar con tejidos blandos.
- 3.- Reducir el tamaño de la herida, comprimiendo las paredes alveolares dilatadas o fracturadas y cohibir la hemorragia.

CAPITULO X

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA EN ODONTOLOGIA

La terapéutica oral es ahora parte integral de la práctica dental, a fin de utilizar estas sustancias con efectividad, el profesional deberá conocer los principios básicos que gobiernan este tipo de tratamientos.

El efecto de los fármacos en el tratamiento oral debe ser efectivo, tomando en cuenta para esto, su elección para prevenir cualquier complicación.

Desde el punto de vista médico, debe ser de sumo interés el uso terapéutico de un fármaco, la selectividad de sus efectos es uno de sus más importantes caracteres.

Los efectos de los fármacos se manifiestan como alteraciones bioquímicas, fisiológicas, por aparición o alivio de síntomas clínicos.

Para evaluarlos y comparar sus efectos, deben relacionarse con las dosis y definirlos según su eficacia máxima, variabilidad y selectividad.

En este capítulo incluiremos los principales fármacos que tienen mayor utilidad dentro de la odontología, agrupados en la siguiente forma:

- . Antibióticos
- . Analgésicos
- . Anti-inflamatorios
- . Hemostáticos
- . Anticépticos Orales

A N T I B I O T I C O S

Son medicamentos antimicrobianos que poseen un grado de selectividad tal, que les permite actuar eficazmente sobre los microorganismos sin tener efectos adversos importantes para el huésped.

La mayor parte de los problemas son de origen viral y bacteriano. Cuando son de origen viral es recomendable no usar antibióticos. Cuando son bacterianos son causados generalmente en un 99% por gram positivos.

- . Streptococos
- . Neumococos
- . Meningococos
- . Estafilococos

Cuando se presenta un caso de un proceso infeccioso es recomendable usar penicilina por vía oral o vía parenteral.

En términos generales, las infecciones son causadas en gran número de enfermedades que ocasionan muerte, invalidez o graves trastornos orgánicos.

Es necesario que el antibiótico permanezca en contacto por algún tiempo con el microbio patógeno para que produzca su efecto. Esto requiere la administración de dosis diaria y suficientes en todo el curso de la infección y por espacio de 24 a 48 horas después que desaparezcan todos los síntomas de la enfermedad.

Para el tratamiento, osteomielitis, trombosis del seno cavernoso etc., la penicilina continúa siendo el antibiótico preferible.

La velocidad de absorción de la penicilina depende del sitio en que se administre. Las vías bucal y rectal son inadecuadas. El método sublingual es algo más eficaz y las inyecciones hipodérmicas e intramuscular dan acción retardada y son las mejores vías de --

administración.

El descubrimiento de la penicilina por Fleming, constituyó un -- gran adelanto para combatir estos últimos micro-organismos. Desgra-- ciadamente se abusó de la penicilina prescribiéndola para toda clase de infecciones.

Posteriormente se descubrieron el cloranfenicol, la estreptomi-- cina y las tetraciclinas, que se aplican en tratamientos de cualquier etiología hasta el grado de pensar que sustituirían a los demás anti-- bióticos.

La mayor parte de los agentes patógenos de la cavidad bucal son gran positivos, nuestra dorga de elección incluirá probablemente uno de los siguientes:

- Penicilinas
- Eritromicina
- Ampicilina
- Tetraciclinas

Las reacciones de los agentes anti-infectivos son:

- Efecto tóxico
- Respuesta de hipersensibilidad
- Alteraciones de la microflora

P E N I C I L I N A S

Las penicilinas están indicadas en odontología en los procesos infecciosos provocados por gérmenes susceptibles a su acción. La mayor parte de las penicilinas son mucho más activas contra las bacterias gram positivas y contra las gram negativas.

La absorción de la mayoría de las penicilinas es completa y rápida y después de la administración se prefiere que las penicilinas orales no sean precedidas por alimentos por lo menos durante una hora porque puede reducir su inactivación.

A continuación destacaremos algunas características de la distribución que son de interés odontológico:

- 1.- Pasa la barrera placentaria y aparece en la sangre del feto aunque en menores concentraciones que en la sangre materna. Se excreta en la leche pero no pasa la barrera hemato-encefálica en condiciones normales, en cambio las meninges inflamadas son más permeables al antibiótico.
- 2.- Llega a las heridas y los tejidos inflamados en concentraciones útiles, pero lo hace muy difícilmente al interior de las colecciones purulentas.
- 3.- Penetra aunque lentamente en el líquido sinovial de las articulaciones, la pulpa dental, el periodonto y el tejido gingival. Alcanza la médula ósea pero no difunde a la parte calcificada del hueso, dentina o esmalte.
- 4.- Pasa al tejido de las glándulas salivales y se excreta por saliva.

Las formas especiales de dosificación de la penicilina han sido elaboradas para absorción retardada con objeto de obtener niveles sanguíneos y tisulares bajos durante largos períodos:

- 1.- PENICILINA G SODICA (Penicilina g cristalina)
Vía parenteral.- Cuando la gravedad del proceso indique dosis altas y sostenidas.
- 2.- PENICILINA G PROCAINICA O G BENZATINICA, POTASICA
En casos menos graves y prolongados se continuará con ésta.
- 3.- PENICILINA G FENOXIPENICILINAS (penicilina V)

PREPARADOS DISPONIBLES

- 1.- PENICILINA G SODICA (bencilpenicilina-penicilina g cristalina)

Frasco ampolla con:

-	500.000	Unidades
-	1'000,000	Unidades
-	2'000,000	Unidades
-	3'000,000	Unidades
-	5'000,000	Unidades
-	24'000,000	Unidades
-	30'000,000	Unidades

- 2.- PENICILINA G POTASICA

- Cristapen, jarabe de 5 ml con:

200,000	Unidades
400,000	Unidades

- Pentid, comprimidos:

200,000	Unidades
---------	----------

- Dramcillin:

200,000 Unidades

3.- PENICILINA G PROCAINA

- No existen preparados en el país

4.- PENICILINA G PROCAINA, PENICILINA G SODICA

- Despacilina Plus:

300,000 Unidades

5.- PENICILINA G BENZATINA

- Benzetacil, frasco ampolla con:

600,000 Unidades

1'200,000 Unidades

2'400,000 Unidades

6.- FENOXIMETIL PENICILINA POTASICA (Penicilina V Potasica)

- Pen-Oral-Comprimidos:

200,000 Unidades

500,000 Unidades

1'000,000 Unidades

- Jarabe extemporáneo 10 ml con:

200,000 Unidades

- Pentid VK, comprimidos:

200,000 Unidades

- V-Cil-K, comprimidos:

250,000 Unidades

Suspensión 5 ml:

200,000 Unidades

- Compocilina

- Pen-vec-k

- V-Cilina, comprimidos:

125 Mg.

250 Mg.

500 Mg.

Suspensión:

125 Mg./5 Ml.

250 Mg./5 Ml.

Granulos:

125 Mg./Ml.

250 Mg./Ml.

7.- PENICILINA FENETECILINA POTASICA

- Dramcilina

- Darcil

- Maxipén

- Sincilina Comprimidos con:

125 Mg.

250 Mg.

Polvo y solución con:

125 Mg./5 Ml.

8.- OXACILINA SODICA

- Resistopen, Cápsulas:

250 Mg.

- Prostafina, cápsulas:

125 Mg.

250 Mg.

500 Mg.

9. - DICLOXACILINA SODICA

- Bactopen, cápsulas:

125 Mg.

250 Mg.

Jarabe:

6.25 Mg./1 Ml.

- Diclocil, cápsulas:

250 Mg.

Jarabe:

6.25 Ml.

- Clorhidrato de Lidocaína, ampolla:

250 Mg.

- Noxben, cápsulas:

125 Mg.

250 Mg.

Suspensión:

6.25 Mg./5 Ml.

Solvente 3 Ml. de Lidocaína Ampolla:

250 Mg.

- Solak, cápsulas:

250 Mg.

Suspensión:

125 Mg./5 Ml.

Ampolla:

250 Mg.

Intramuscular y endovenosa:

250 Mg.

- Dinapen

- Potacil
- Veracilina, cápsulas
 - 125 Mg.
 - 250 Mg.
- Suspensión
 - 6.25 Mg./Ml.

La penicilina g Benzatina después de una sola inyección intramuscular de 1.5 g (2.4 millones de unidades) los niveles séricos en exceso de 0.03 u/ml se mantiene durante 10 días y los niveles de exceso de --- 0.005 u/ml por tres semanas.

Las primeras son suficientes para infecciones ya establecidas y las segundas para proteger contra estreptococo

La penicilina procaínica tiene una absorción retardada produciendo niveles elevados durante 24 horas.

La mayoría de las penicilinas son rápidamente excretadas por los riñones en la orina.

E R I T R O M I C I N A

La eritromicina es un antibiótico eficaz por vía bucal, es bacteriostática y bactericida según según la naturaleza del germen y la concentración del antibiótico, su eficacia es máxima in vitro sobre los -- cocos gram positivos como:

- Estreptococo
- Enterococo
- Neumococo
- Estafilococo (aureus)

El 15% de pacientes que reciben dosis completas por más de dos -

semanas pueden tener pruebas anormales de funcionamiento hepático.

Este antibiótico es utilizado particularmente en los casos en que por razones de resistencia bacteriana o de alergia, la penicilina no debe usarse.

Está indicada en el tratamiento de las infecciones bucales debidas a hemophilus, clostridium y el tratamiento de la sífilis.

Su poca toxicidad y su gran tolerancia respecto a la flora microbiana intestinal y la ausencia de accidentes graves en su uso, transforman a los antibióticos de este grupo en muy seguros y se suele preferir en el tratamiento de niños y ancianos en infecciones por micro-organismos sensibles.

1.- ERITROMICINA BASE (Emu-ve)

Comprimidos:

250 Mg.

- Ilotycin, tabletas:

100 Mg.

250 Mg.

Ungüento:

15 Mg.

15 Mg.

30 Mg.

2.- ESTOLATO DE ERITROMICINA

- Ilosone, Cápsulas:

125 Mg.

250 Mg.

Comprimidos:

500 Mg.

Suspensión:

125 Mg./5 Ml.

60-150 Ml.

Tabletas masticables:

125 Mg.

3.- ESTEREATO DE ERITROMICINA

- Pantomicina, comprimidos:

250 Mg.

500 Mg.

- Erythrocin, tabletas:

100 Mg.

250 Mg.

4.- ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA

- Pantomicina, tabletas masticables:

200 Mg.

Gotas:

50 Mg.

Suspensión:

5 Ml.

Supositorios:

125 Mg.

250 Mg.

Ampolla:

50-100 Mg.

LINCOMICINA

Su actividad es similar a la de la eritromicina pero químicamente es bastante distinta. Con la lincomicina trataremos infecciones es-

treptococicas y estafilococicas.

Este medicamento puede ser sustituto de la eritromicina la cual, a su vez, es principalmente un sucedáneo de la penicilina.

Lincomicina:

- Lincocin, cápsulas

250 Mg.

500 Mg.

inyectable

2 ml.

A M P I C I L I N A

Es un compuesto semisintético que actúa sobre los micro-organismos gram positivos y gram negativos, siendo menos activo que la penicilina.

PREPARADOS EXISTENTES

- | | |
|--------------|-------------|
| . Almopen | . Bactivil |
| . Omnipén | . Penibar |
| . Penbritin | . Ampiclox |
| . Policilina | . Ampecid |
| . Principen | . Pentrexyl |

Con presentación en su mayoría en:

. Cápsulas:

250 Mg.

500 Mg.

Suspensión:

125 Mg.

250	Mg.
500	Mg.
60	Ml.
Ampollas:	
250	Mg.
500	Mg.

T E T R A C I C L I N A S

Es un antibiótico de producción semisintética, de este grupo se conocen:

- Oxitetraciclina
- Clortetraciclina
- Tetraciclina

Las tetraciclinas abarcan una amplia extensión de actividad antimicrobiana contra bacterias gram positivas y gram negativas, siendo este antibiótico de amplio espectro y mínima toxicidad, tiene poca utilidad en la odontología por sus efectos muy limitados como medicamento de primera elección para tratamientos dentales.

Las tetraciclinas son de primera elección en infecciones como:

- . Brucelosis
- . Cólera
- . Neumonitis
- . Tifus
- . Amibiasis
- . Sífilis

Las tetraciclinas deben ser suministradas con sumo cuidado en los siguientes casos:

- . Disfunción renal
- . Mujeres embarazadas
- . Niños menores de 7 años

PREPARADOS DISPONIBLES

CLORHIDRATO DE TETRACICLINA

- Ambramicina
- Acromicina
- Policiclina
- Diclomicina
- Vibramicina
- Sintetrina
- Terramicina

Con presentación en, comprimidos:

250 Mg.

125 Mg.

Jarabe:

5 Ml.

Cápsulas:

250 Mg.

125 Mg.

ANTI-INFLAMATORIOS

Son fármacos que inhiben o aceleran la reacción del proceso inflamatorio en una o en todas sus partes. En realidad la inflamación es una reacción de defensa del organismo contra distintos tipos de agresiones físicas, químicas o biológicas.

Desde el punto de vista farmacológico es conveniente hacer una - evaluación del proceso inflamatorio para poder apreciar la relación de - los cambios bioquímicos y fisicoquímicos con los cambios estructurales - y las manifestaciones clínicas más importantes, facilitando de esta ma- nera la comprensión de los mecanismos de acción de los medicamentos --- anti-inflamatorios, (mecánica, térmica o eléctrica; ácidos y bases fuer- tes, cáusticos e irritantes), (microorganismos, medicamrntos, antígenos o toxinas).

Estos fármacos anti-inflamatorios se clasifican según su efica-- cia y toxicidad:

- . Corticoesteroides
- . No esteroides
- . Enzimas de origen animal, vegetal o bacteriano

Los más empleados en odontología son:

NO ESTEROIDES

También llamados ácidos antiflogísticos, analgésicos no narcóticos o medicamentos del tipo de la aspirina.

QUIMICA Y CLASIFICACION DE LOS
FARMACOS ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

SALICILATOS

SALICILATO DE SODIO
ACIDO ACETILSALICILICO

DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA

AMINOPIRIDINA
DIPIRONA
FENILBUTAZONA
OXIFENBUTAZONA

INDOLE E INDOLES

INDOMETACINA
BENCIDAMINA

ACIDOS ARIL ANTRANIDICOS

ACIDO MEFENAMICO
ACIDO FLUFENAMICO
ACIDO NIFLUMICO
ACIDO MECLOFENAMICO

ACIDOS ARIL ALCANOICOS

IBUPROFEN
ALCLOFENAC

ACIDOS FENOTIAZINICOS

ACIDO METIAZINICO

ENZIMAS

Llamamos catalizadores a las sustancias capaces de acelerar determinadas reacciones químicas sin intervenir en los productos finales de las mismas. Las enzimas son los catalizadores biológicos de naturaleza protéica, aunque algunos actúan en conjunto con sustancias mucho más simples llamadas coenzimas. Cada enzima está preparada para actuar en un tipo de reacción química específica y cada célula posee miles de enzimas distintas fabricadas bajo la información genética del ácido Desirribonucléico (DNA) transmitida al citoplasma por el ácido Ribonucléico (RNA).

ENZIMAS PROTEOLITICAS DE ORIGEN ANIMAL (tripsina y quimotripsina)

Nos interesa especialmente esta clase de enzimas, ya que como su nombre lo indica, intervienen en las reacciones que producen la degradación, lisis o destrucción de las proteínas.

La aplicación odontológica más difundida de estas enzimas es por vía general como anti-inflamatorio o para facilitar el acceso de los antibióticos al foco infeccioso.

Como anti-inflamatorio debe administrarse antes de la intervención que se supone dará origen a la inflamación, ya que ésta es la única manera en que ha demostrado ser efectiva.

ENZIMAS PROTEOLITICAS DE ORIGEN VEGETAL

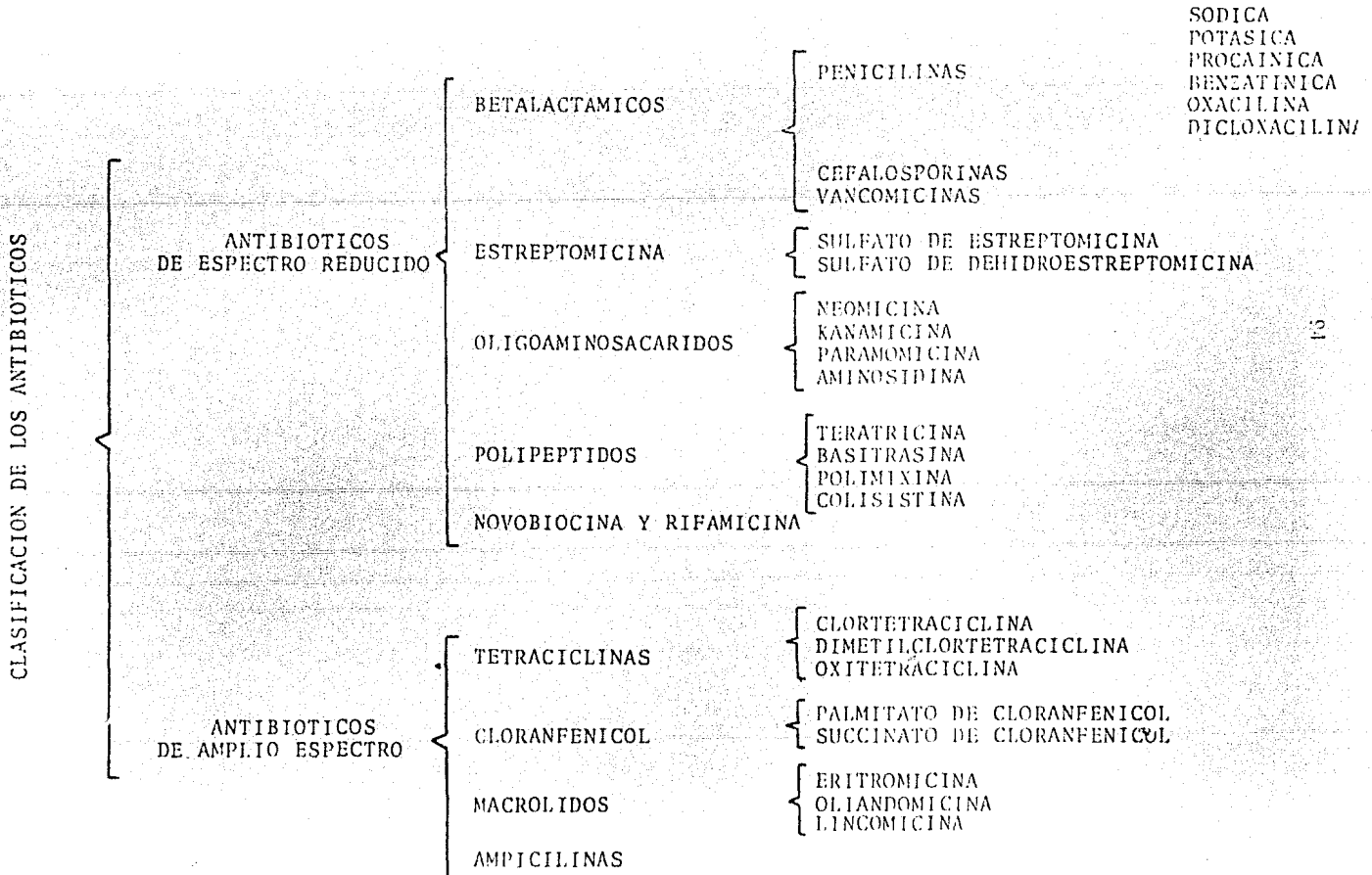
BROMELAINA

Enzimas de proteolíticas extraídas del tallo de la planta enanas. Este medicamento tiene la posibilidad de fenómenos alérgicos y de producir deficiencias en la hemostasia por su posible acción sobre el fibrinógeno y la fibrina.

PAPAINA

CLASIFICACION DE LOS ANTIBIOTICOS

Los antimicrobianos están agrupados de acuerdo a su acción bactericida, bacteriostática, su especialidad contra algunos micro-organismos patógenos y con referencia a su lugar de acción con el organismo humano.



Enzima proteolítica proveniente de la desecación del jugo del fruto papaya.

ENZIMAS DE ORIGEN BACTERIANO

ESTREPTOQUINAZA

Enzima de origen bacteriano extraído del cultivo de ciertas cepas de estreptococo hemolítico.

ESTREPTODORNASA

No es enzima proteolítica sino una desoxirribonucleasa, actúa sobre el DNA.

Estas dos últimas enzimas se han usado en conjunto, localmente para remover coágulos o exudados fibrinosos o colecciones purulentas

Cuando se administra por vía intramuscular puede provocar inflamación, dolor o fiebre; por vía bucal no se presentan en general --- efectos adversos.

ALFA AMILASA

Enzima extraída de cultivos de bacterias no patógenas del grupo del bacilo subtiles. No tiene actividad proteolítica no afectando a la fibrila.

HALURONIDASA

Enzima protéica que se extrae del testículo vacuno. Su uso es exclusivamente local. En odontología se le puede usar en el tratamiento de edemas y hematomas de origen no infeccioso.

Presenta el inconveniente de acortar la duración del efecto --- anestésico y de su toxicidad. Contribuye a la disminución de las infecciones si éstas se hallan presentes en el sitio de la inyección.

PREPARADOS DISPONIBLES DE ENZIMAS PROTEOLITICAS

ORIGEN ANIMAL

- Alfaquimotripsina, Pomada de 300 uc. hb. y Ampolleta de uc. - hb.
- Chymoser, Ampolleta de 25,000 u.p. Anson y Grageas de 0.42 g.
- Duozim, Grageas con 5 mg. de Tripsina y 5 mg. de Quimotripsina.
- Lisoneurin, Ampolletas de 1 y 2 ml.
- Tripsina Oral, Grageas con Tripsina de 100,000 U. BAEE y Quimotripsina de 100,000 U. ATEE.

ORIGEN VEGETAL

- Ananase, Grageas con concentrado de Bromelaína 22.0 mg., --- frasco de calcio dibásico 55.2 mg., Polietilenglicol 16.5 Mg. Algodón 3 mg., Talco 5 mg., Estearato de Magnesio 0.5 mg., - Goma laca y azúcar 200 mg.
- Ananase Forte, Grageas con concentrado de bromelaína 44 mg.
- Tromasin, Tabletas con enzimas proteolíticas de la carica -- papaya 10,000 u.

La elección de estos anti-inflamatorios como los no esteroides, agregan la ventaja de ser analgésicos, antipiréticos y ser elegidos en inflamaciones acompañadas de dolor o de fiebre. Las proteolíticas se recomiendan en las inflamaciones de origen traumático, quirúrgico, edematoso o en hematomas.

ANALGESICOS

Llamamos analgésicos a los fármacos que actúan disminuyendo o suprimiendo selectivamente la sensación del dolor.

Los distintos analgésicos varían en su mecanismo de acción, en sus principales efectos adversos y en su capacidad para actuar supri

miendo el dolor y se agrupan en:

1.- ANALGESICOS FUERTES O HIPNOANALGESICOS (Narcoticos).

Se utilizan para provocar depresión del S.N.C.

2.- ANALGESICOS ANTIPIRETICOS

Son de acción más débil que los anteriores pero de efectos adversos menos marcados.

Con frecuencia no es posible interrumpir inmediatamente el proceso patológico causante del dolor. Muchas veces no puede prescindirse de una intervención quirúrgica para alcanzar este fin.

Se administran analgésicos a los pacientes hasta que desaparezca el proceso doloroso, es decir, se practica una terapia sintomática. Con los analgésicos se ejerce una acción más o menos marcada sobre el cerebro, disminuyendo la función de centros nerviosos que desempeñan un papel decisivo en el origen del dolor. Desde el punto de vista terapéutico implica la amortiguación del centro de la regulación del calor.

ANALGESICOS MAS COMUNES EN ORDEN ASCENDENTE DE POTENCIA

- Acido Acetilsalicílico y sus derivados farmacéuticos o equivalentes.
- Codeína y sus preparaciones derivados (Dehidrocodeinona)
- Sustitutos de la Codeína-No Narcótico (Clorhidrato de Dextropropoxifeno y Citrato de Elhohptozina)
- Clorhidrato de Meperidina
- Metadona y Morfina (usados raramente en la práctica de consultorios odontológicos)

ANALGESICOS FUERTES O HIPNOANALGESICOS (Narcoticos)

Son analgésicos potentes, capaces de actuar sobre cualquier ti-

po de dolor: Profundo, perfcial, debil o fuerte. Con dosis tera--
péuticas estos medicamentos mitigan el dolor sin causar depresión ge
neral del S.N.C.

Los Hipnoanalgésicos comprenden:

A.- Alcaloides de Opio

- . Morfina
- . Codeína

B.- Derivados Semisintéticos

- . Heroína
- . Hidromorfina

C.- Sintéticos

- . Meperidina
- . Metadona
- . Levorfenol
- . Pentazocina
- . Propoxifeno

Los dos primeros grupos se les conoce como Opiáceos.

MORFINA

La morfina constituye el 10% del opio, produce en el hombre ---
efecto analgesia, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o ob
nubilación mental. Produce alteraciones como: depresor respiratorio,
constricción pupilar, convulsiones, náuceas, vómito, vasodilatación-
periferica, etc.

Se ha usado en odontología asociado a los anestésicos locales o
generales.

La morfina produce una adicción o toxicomanía típica de todo el

grupo de drogas, provocando tolerancia y dependencia psíquica y física.

PREPARADOS EXISTENTES

PANTOPAN (morfina de opio)

En cápsulas, tabletas y píldoras.

CODEINA

Es un analgésico menos potente que la morfina pero también es menos hipnótico, menos euforizante y provoca tolerancia muy lentamente.

La codeína se expande en forma de sales hidrosolubles (sulfato de codeína, fosfato de codeína).

PREPARADOS EXISTENTES

TOTAFION

Ampolletas 0.02 ml.

HEROINA

Se hidroliza rápidamente a monoacetilmorfina que a su vez se hidroliza en morfina.

HIDROMORFINA

Se obtiene por la modificación de la molécula de morfina.

MEPERIDINA

Su potencia es menos que la de la morfina, ejerce sus principales acciones farmacológicas en el S.N.C. y su efecto analgésico aparece aproximadamente a los 15 minutos vía bucal. Este medicamento -

produce sedación, euforia y excitación con efectos de: Depresión -- respiratoria, espasmos de músculo liso, náuceas, etc.

PREPARADOS EXISTENTES

- Demerol
- Dolantina
- Alvodina
- Lomotil

Presentación en tabletas de 50 y 100 mg.

La meperidina es un analgésico eficaz y puede usarse en toda si tuación, teniendo cuidado en mujeres ambarazadas (atravieza la barre ra placentaria).

METADONA

Tiene potencia semejante a la morfina. Las propiedades sobre - salientes es su eficacia para la analgesia por vía bucal. También - causa sedación, depresión respiratoria actúa en el músculo liso y en el aparato cardiovascular en la misma forma que la morfina.

La metadona alivia todos los tipos de dolor al mismo grado de - su administración.

PREPARADOS EXISTENTES

- Amidona
- Butalgin
- Diadona
- Metadón
- Palamidona

Presentación en tabletas de 5 y 10 Mg.

LEVORFENOL

Como analgésico es más potente que la morfina, siendo mayor la depresión respiratoria, pero causa menos náuseas. Se absorbe con mayor rapidez por vía subcutánea.

PREPARADOS EXISTENTES

- Naxolona
- Dromaron

Presentación en tabletas de 2 mg.

PENTAZOCINA

Es un analgésico sintetizado y derivado del benzomorfan. Sus principales efectos son en el S.N.C. y músculo liso; eleva la pre---sión sanguínea y la frecuencia del pulso, sedación y euforia.

PREPARADOS EXISTENTES

- Lactato de Pentazocina (Talwin)

Presentación en ampolleta de 1 ml.

- Clorhidrato de Pentatozina (sosegon)

Presentación en tabletas de 50 mg.

DOSIS: Cada 3 ó 4 horas, en ambos casos.

La pentazocina se usa principalmente como analgésico, aunque --proporciona alivio para todos los tipos de dolor. No se sabe con --certeza si en dosis equianalgésicas es tan inecu como la meperidina para la analgesia obstétrica. La pentazocina puede tener ventajas -cuando es importante disminuir al mínimo al riesgo de utilizar fármacos combulsivos.

PROPOXIFENO

Medicamento menos potente que la codeína, produce analgesia actuando sobre el sistema nervioso central y causa somnolencia.

PREPARADOS EXISTENTES

- Propoxifeno, clorhidrato (darvon)

Presentación en tabletas y cápsulas

DOSIS: A criterio del profesional.

ANALGESICOS ANTIPIRETICOS

Son analgésicos de eficacia moderada, cuyo efecto colateral más importante es la acción antipirética. Son los más empleados en la odontología para tratar distintos dolores de origen bucal.

Se utilizan solos y combinados.

Clasificación de estos analgésicos más utilizados en Odontología:

- Salicilatos
- Derivados de la Pirazolona

SALICILATOS

En odontología este compuesto se utiliza principalmente como analgésico, en ocasiones como antipirético y también como anti-inflamatorio.

Los salicilatos alivian ciertos dolores con acción en el S.N.C. De poca intensidad sin causar tolerancia ni adicción y su toxicidad es menor que la de analgésicos más potentes.

La ingestión de salicilatos puede producir malestar epigástrico, náuseas, vómito y úlcera gástrica, sin embargo, mitiga muchos dolores tales como: dolor muscular, vascular, inflamatorio o tensional, artrítico, post-partum, incisional y post-extracción.

Los salicilatos se absorben con rapidez en el estómago y en la parte superior del intestino delgado. En menos de treinta minutos de ingerir una dosis, hay buena concentración en la sangre y alcanza

su máximo en dos horas, después disminuye gradualmente.

INTOXICACION

La intoxicación con salcilatatos se denomina salicilismo, ocurriendo cuando se administran repetidamente grandes dosis: Consiste en cefaleas, subido de oídos, confusión mental, placitud, somnolencia, sedación, sed e hipertensión.

Cuando la intoxicación más intensa es caracterizada por trastornos del S.N.C., erupciones cutáneas en forma de exantemas y de equilibrio hidroelectrolítico.

USOS TERAPEUTICOS

- Antipiretico o antitérmico
- Analgésico
- Tratamiento sintomático de las infecciones (resfriados)
- Enfermedad denominada "Gota"
- Fiebre reumática

PREPARADOS EXISTENTES

- Aspirina, tabletas y comprimidos de 0.50 g.
- Acilum, comprimidos de 0.5 g.
- Adiro, comprimidos de 0.515 g.
- Alcancyl, comprimidos de 0.528 g.
- Ecotin, grageas de 324 mg.
- Rhonal, comprimidos
- Disprina, tabletas
- Dolvirán, tabletas (Fenacetina y Cafeína)
- Ecuagésico, tabletas (ctoheptazina, meprobomato, ass)
- Prinisil-c, tabletas
- Tromasin A, tabletas

- Robaxisal, tabletas, (ASS. Metacarbamol)
- Darvon Compuesto, cápsulas (Acetofenetidina ass, cafeína)

DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA (antipirina-aminopirina)

PIRAZOLONA

Este importante grupo de analgésicos antipiréticos presenta también una notable acción anti-inflamatoria; produce como efectos principales analgesia y antipirexis. Su mecanismo de acción es similar a la de los salicilatos, la antipirina se utiliza en combinación con cafeína, fenacetina o acetaminofén. Su uso prolongado puede causar agranulocitosis.

Para efectos adversos los separamos en dos grupos:

- Pirazolona antipiréticas
- Pirazolona anti-inflamatorias

Estas pueden usarse en reemplazo de los salicilatos que son los de primera elección.

PREPARADOS EXISTENTES

- Aminopiridina
 - . Piramidón, comprimidos de 0.3 g.
 - . Cibalgina, comprimidos y ampolletas
- Dipirona
 - . Conmel, comprimidos de 324 mg.
 - . Neomelubrina, comprimidos, gotas, ampolletas, jarabe y supositorios
 - . Magnopyrol, comprimidos, supositorios y gotas
 - . Boscerol 500, tabletas

DOSIS: De tres a cuatro veces al día

PIRAZOLONAS ANTI-INFLAMATORIOS Y ANTIRREUMATICAS

- Fenilbutazona
 - . Alkabutazolidina, comprimidos
 - . Butasolidina, grageas, ampolletas, supositorios y pomada
 - Oxifenbutazona
 - . Tanderil, grageas y supositorios
- DOSIS: De tres a cuatro veces al día

H E M O S T A T I C O S

El organismo posee una serie de mecanismos que mantienen el medio en que viven las células que lo forman. Asimismo posee mecanismos de seguridad que actúan en las emergencias, cuando factores causales ponen un peligro parte o todo el organismo.

Al conjunto de medidas empleadas para detener la pérdida de san gre se le conoce con el nombre de hemostasia. Cuando el organismo - por deficiencias de esas medidas o por la gravedad del accidente falla en su cometido, hablamos de hemorragias.

Entre estos dos puntos contrapuestos (hemostasis y hemorragia) - aplica el profesional su terapéutica para lograr la primera, por lo que será necesario conocer los mecanismos de la hemostasia, sus deformaciones, el diagnóstico de los mismos, las armas de que dispone y la manera de emplearlos.

FARMACOLOGIA DE LA HEMOSTASIS

1.- MECANISMOS NORMALES DE LA HEMOSTASIA

FACTORES TISULARES

Se caracteriza por la ruptura de vasos, provocado por traumatismos o por la aguja de la anestesia local.

FACTORES VASCULARES

Estos dependen de la resistencia del vaso a la ruptura, su impermeabilidad al paso de proteínas de gran tamaño del plasma y al de los glóbulos y su retractibilidad una vez lesionado. Las arterias son mucho menos frágiles que los capilares o las venas.

FACTORES HEMATICOS

Mecánico por presión sanguínea (hipertensión) emocional o patológica.

Biológico por la formación de un tapón hemostático que tiene como centro a las plaquetas y formación de fibrina.

2.- HEMORRAGIA Y HEMOSTASIA EN ODONTOLOGIA

Es la integración de todos los mecanismos ya mencionados y la conducta a seguir por el odontólogo teniendo los estudios correspondientes de los antecedentes de hemorragia.

3.- HEMOSTATICOS DE UTILIDAD PARA EL ODONTOLOGO

GENERALES

Necesitan hospitalización cuando el problema es por carencia de vitamina C, trastornos metabólicos, diabetes, uremia, insuficiencia hepática por falta de vitamina K.

LOCALES

En odontología son de importancia en la mayoría de los casos para conseguir la hemostasia.

PREPARADOS EXISTENTES

- Vitamina K

. Konaki6n, ampolleta 1 ml. con 10 mg. y 0.5 ml. con 1 mg.

- Vitamina K 3
 - . Katarap, comprimidos de 1 mg.
 - . Sinteka, comprimidos de 1 mg.
 - . Vitakafel, comprimidos de 5 mg.
- Difosfato de menadiona
 - . Synkavit, comprimidos con 10 mg. y ampolletas de 1 ml. con 10 mg.
- Celulosa Oxidada

Forma de gasa o algodón absorbente (insoluble en agua y soluble en soluciones alcalinas). No es conveniente para la regeneración de hueso por su retardo contraindicado en fracturas. Los taponamientos de estos medicamentos por largo tiempo se usarán como tapón temporal.
- Esponja de gelatina

Insoluble en agua, su característica de esponja no le permite comprimirse.
- Gelfoam (esponja estéril)
- Spongastan
- Espuma de fibrina
- Fibrospum

Es la fibrina natural humana

ANTICEPTICOS ORALES

El anticéptico es un químico que mata o inhibe los microorganismos patógenos y se puede aplicar al tejido vivo sin lesionar. Se podría pensar en que un anticéptico es un desinfectante que se puede utilizar en el tejido vivo.

Otros métodos que ayudan al odontólogo a mantener la asepsia necesaria en el consultorio son:

1.- ESTERILIZADORES

La esterilización es la destrucción completa de todas las formas microbianas, (incluyendo el virus). Esto se puede lograr usando vapor de agua a presión (autoclave), un químico más vapor de agua a presión o por calor seco.

2.- DESINFECTANTES

La desinfección se refiere solo a la destrucción de microorganismos infecciosos y por lo general no incluye la destrucción de esporas, basilos tuberculosos virus de la hepatitis. Con frecuencia un desinfectante es dañino para los tejidos y se aplica únicamente a materiales inherentes.

DESINFECTANTES COMUNMENTE USADOS

ALCOHOLES

- Estanol
- Isopropilo

Son bactericidas que no se deben usar para desinfectar instrumental dental.

ALDEHIDOS

- Formaldehido

Es bactericida con un olor penetrante y desagradable. Es irritante para la piel y la mucosa oral, debiendo usarse solo como desinfectante de objetos inertes.

- Glutaraldehido

Es utilizado unicamente en instrumentos de acero durante lapsos de 7 a 10 horas, pues, si se utiliza más de 24 horas puede correr el metal. Se utiliza en materiales de hule o plástico. Debe evitarse el contacto con la piel porque es muy irritante.

- Cloruros

El cloro tiene algunas propiedades antimicrobianas. Algunos agentes de este grupo se usan para irrigación de los conductos de la raíz, ya que sólo tienen propiedades antibacterianas, sino que también, tienen efectos que disuelven la materia orgánica, como el tejido de la pulpa.

Son de este grupo el hipoclorito de sodio, útil como limpiador bucal. La cloramina T se aplica tópicamente.

- Mercurio

Debe usarse con cuidado. El merthiolate es un antibacteriano de este grupo.

- Fenol

Son derivados hidroxilados del benzeno, destruye bacterias y se usa como desinfectante de conductos radiculares, pero no en cavidades profundas. Los derivados del fenol son:

- . PARACLOROFENOL, Se usa como medicamento para conductos de raíces.
- . CRESOTA, Tiene propiedades analgésicas y alivia temporalmente el dolor dental cuando se aplica en una caries. -- También se usa como anticéptico de conductos de a raíz. - El Guayacol se usa en caso de reemplazo de la cresota.
- . CRESOL, Es más bactericida que el fenol. Se usa como --- irrigador en conductos radiculares, sin embargo, es irritante para los tejidos periapicales.
- . EUGENOL, Tiene propiedades antibacterianas, analgésicas, - antisépticas y es utilizado para obturaciones de conductos radiculares.
- . HEXACLOROFENO, Su uso principal se encuentra en los jabones y se absorbe a través de la piel. Es poco recómdenda-

ble por las consecuencias posteriores que causa.

- Yodo

Es utilizado con cuidado por ser irritante para la mucosa. - En algunas ocasiones, forma manchas en el acrílico y porcelana siendo sus derivados:

- . YODO-POVIDONA, Su acción es antimicrobiana, no es irritante a la mucosa y causa decoloración mínima en las reparaciones dentales.
- . YODO-FORMO, Tiene propiedades analgésicas y antibacterianas, causa una mínima irritación, se puede colocar en los alvéolos de extracción dolorosa o espolvorear en heridas abiertas.
Su uso excesivo puede causar absorción en la circulación, lo que puede ser grave en pacientes con trastornos tiroideos.
- . YODURO DE TIMOL, Se aplica en heridas, es un antiséptico y se usa como material de obturación de conductos radiculares.

PASTAS PROFILACTICAS

Su aplicación principal es a nivel periodontal para quitar manchas, sarro y pulir superficies de los dientes. Contienen abrasivos agentes de cohesión, agentes colorantes saborizantes y edulcorantes.

El ingrediente más común en las pastas es la Pumita, una mezcla de aluminio sódico y sales de salicilato potásico. No es muy recomendable por su acción abrasiva.

La mayor parte de las pastas profilácticas contienen otros abrasivos como, el carbonato cálsico precipitado en pequeñas cantidades.

En caso de que persistan las manchas en las superficies de los dientes, pueden usarse pastas que contienen una mayor cantidad de abrasivo.

Los saborizantes más usados comunmente son extractos de frutas y de menta. Algunas pastas usan glicerina como factor de cohesión y para facilitar la fluidez. Además se puede incluir óxido de magnesio en polvo para su mejor fluidez.

A estas mezclas también se les añade un agente que da un sabor dulce como la sacarosa y xilitol que no son carcinógenos.

SILICATO DE ZIRCONIO

Son cristales que al ser manipulados reducen de tamaño disminuyendo su abrasión para después pulir. El silicato de zirconio ha reemplazado a la pumita en algunas pastas comerciales profilácticas.

KAOLINITA

Este compuesto derivado del silicato de aluminio anhidro, es tan eficaz como la pumita y da lugar a una superficie más pulida. Cuando se usa sola, se seca en los dientes y se debe enjuagar periódicamente mientras se quita una mancha. Tiene una consistencia arc-

nosa mínima y los pacientes responden mejor que con la pumita.

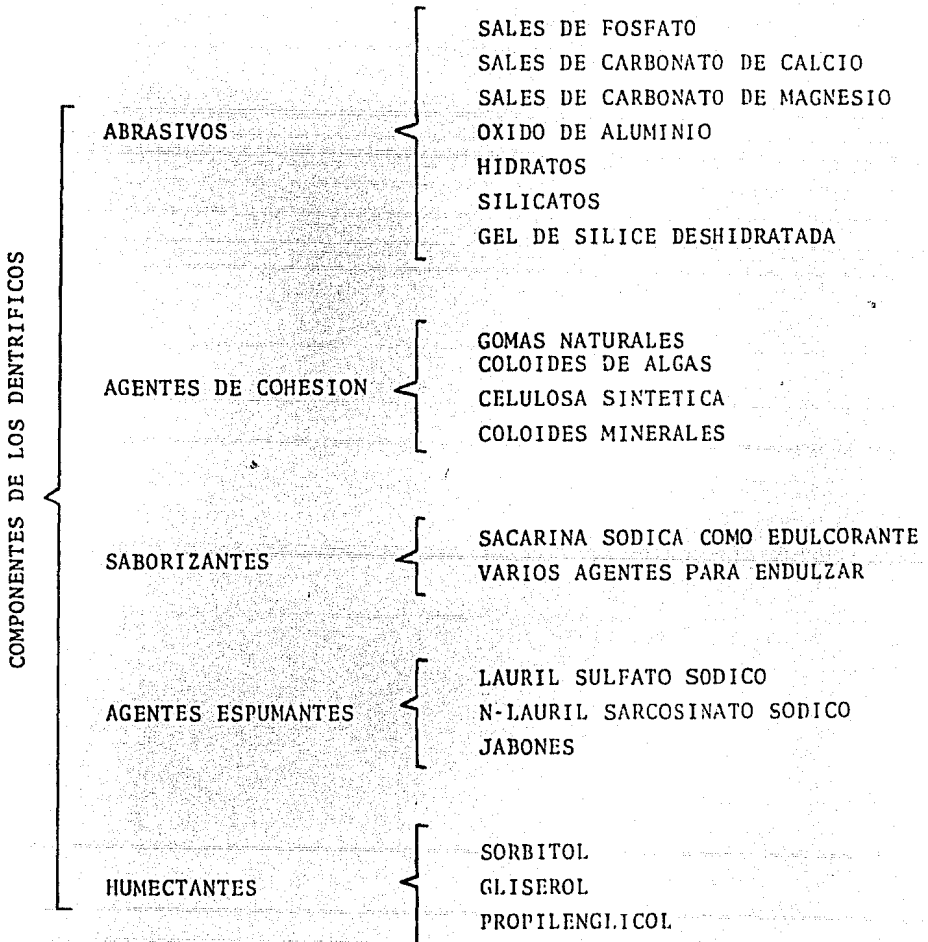
PASTAS PROFILACTICAS QUE CONTIENEN FLUORURO

Se han incorporado a estas pastas el fluoruro sódico o estannoso, en concentraciones que van de 1.2 a 1.8%. Algunas formulas han incluido mezclas de amortiguadores, ya sea para elevar o disminuir el P.H.

Las pastas profilácticas con esta característica provocan asimilación de fluoruro por el esmalte de los dientes y la pérdida que ocurre como resultado de una profilaxis es mínima. No se ha demostrado que una pérdida de fluoruro después de una profilaxis, con una pasta que no contiene fluoruro, provoque una mayor susceptibilidad a las caries. También hay pocos estudios que indiquen que la profilaxis con una pasta que contiene fluoruro cause reducción de la caries.

DENTRIFICOS

Un dentrífico se usa para limpiar las superficies dentarias. -- Se encuentran disponibles como geles, pastas, polvos y líquidos. Todos contienen abrasivos, agentes saborizantes agentes espumantes y en algunos casos conservadores. En forma de pasta contiene agua, -- agentes de cohesión y humectantes.



CAPACIDAD ABRASIVA DE ALGUNOS DENTIFRICOS

P R O D U C T O	INDICE ABRASIVO
THERMODENT	24
LISTERINE	26
PEPSODENT	26
AMMIDENT	33
COLGATE MFP	51
ULTRABRITE	64
PEARL DROPS	72
CREST-MINT	81
CLOSE-UP	87
CREST-REGULAR	95
MACLEANS	100
GLEAN III	106
PHILLIPS	114
AIM	120
SENSODYNE	157
IODENT	174
PASTA DE DIENTES PARA FUMADORES	202

Algunos pacientes han usado dentifricos altamente abrasivos por muchos años. Por lo general, estos pacientes tienen zonas de desgaste en la unión del cemento y el esmalte. También pueden tener áreas con esmalte desgastado, que aparecerán como superficies amarillentas.

Una buena guía contra la caries debe incluir fluoruro en el agua de bebida o en tabletas, además del uso de un dentífrico fluorinado.

Las raíces expuestas con pérdida de cemento, son dientes hipersensibles que se tratarán con pastas dentífricas como: Sensodyne que contiene 10% de cloruro de Estroncio o Thermodent 5% de nitrato de potasio.

El mecanismo evita que los estímulos de la cavidad oral irriten el nervio dental a través de estos túbulos.

ENJUAGUES BUCALES

Eliminan los desperdicios sueltos de la boca, dan un sabor agradable y enmascaran el mal aliento de 15 a 30 minutos.

Algunos enjuagues bucales (Chloraseptic, Cepostat, Ambesol), -- tienen efecto anestésico local sobre la mucosa oral y son útiles --- para aliviar el dolor asociado a una dentadura adolorida, a infecciones por herpes o a úlceras aftosas.

Los enjuagues bucales que contienen agentes oxidantes como el - peróxido de hidrógeno y el perborato sódico (Amosan, Vince, Porxigel, Glyxide) reducen el sarro y los casos agudos de gingivitis.

CONCLUSIONES

Cuando se ha de intervenir quirúrgicamente. La salud general - del paciente tiene un valor especial. Estados como una tendencia -- hemorrágica, una diabetes, una afección cardiovascular, así como los medicamentos utilizados en el tratamiento de estas enfermedades pueden influir sobre las decisiones que hay que tomar con respecto a la conveniencia de la intervención exodóntica.

Es necesario que, para efectuar una intervención quirúrgica , - el odontólogo desarrolle por principio los siguientes factores, que son de suma importancia.

Estudio preoperatorio tanto clínico como radiográfico, exámenes de laboratorio y la elección de técnicas adecuadas para determinar - que plan de tratamiento es el indicado.

Dentro de las complicaciones en exodoncia se hizo mención a la mala ejecución de las técnicas, instrumental inadecuado e incorrecta posición del operador, como a la terapéutica post-operatoria que debe realizar el paciente.

Por último se mencionaron los principales fármacos utilizados - en el tratamiento oral describiéndose la premedicación de estos.

El éxito de la operación en la exodoncia dentaria, depende de - la buena ejecución de los factores anteriormente mencionados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANGELO P. ALVAREZ
La Extracción Dentaria
Editorial Mundi
Buenos Aires 1945
Páginas: 47, 104, 105 y 176
- 2.- WINTER LEO
Tratado de Exodoncia
Editorial Pubul
Barcelona 1930
Página: 162
- 3.- W. HARRY ARCHER
Cirugía Bucal
Editorial Mundi Tomo I
Buenos Aires 1979
Páginas: 1, 17, 18, 26, 112 y 113
- 4.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA
Cirugía Oral en el Consultorio
Editorial Mundi
Buenos Aires 1961
Página: 63
- 5.- DR. GUILLERMO H. RIES CENTENO
Cirugía Bucal
Editorial El Ateneo
Buenos Aires 1979
Páginas: 76, 79, 148, 152, 153, 159, 181, 193 y 200
- 6.- ADOLFO BERGER
Exodoncia
Editorial Labor, S. A.
Barcelona 1934
Páginas: 53, 57, 58, 79, 84, 162, 190 y 199
- 7.- MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA
Winthrop
- 8.- DR. GUSTAVO KRUGER
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
México, D. F., 1960
Páginas: 81, 96, 149 y 153

- 9.- DR. CIRO DURANTE AVELLANAL
Cirugía Odonto-Maxilar
Buenos Aires 1946
Páginas: 145, 217, 225, 241, 253, 262, 270, 444 y 489
- 10.- DR. ERNESTO J. PASTORI
Exodoncia con Botadores
Editorial Mundi
Buenos Aires 1954
Páginas: 74 y 76
- 11.- MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA ASTRA
México, D. F., 1969
Páginas: 15, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32
- 12.- MANUELA P. DIAZ V. Y FELIPE GOMEZ O. (Tesis)
Exodoncia en Dientes Permanentes
México, D. F., U.N.A.M. 1974
Páginas: 24, 25, 26, 62, 67 y 70
- 13.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS
28° Edición Mexicana
- 14.- HENRY B. CLARK
Práctica de la Cirugía Oral
Buenos Aires 1970
Páginas: 25, 77, 82, 149, 166, 171, 177, 206 y 224
- 15.- GOODMAN Y GILMAN
Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica
México, D. F., 1982
Páginas: 495, 506, 519, 689, 692 y 1062
- 16.- APUNTES ACADEMICOS
- 17.- CONCLUSIONES
- 18.- BIBLIOGRAFIA