

321
2ij

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ACCIDENTES EN LA EXTRACCION
DENTAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :
APOLINAR VELASCO HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1987





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
DEFINICION DE EXODONCIA.....	3
1) DEFINICION LITERAL	3
2) DEFINICION DE EXTRACCION	3
CAPITULO II.	
ANATOMIA DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA	4
CAPITULO III.	
HISTORIA CLINICA	9
CAPITULO IV.	
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO RADIOGRAFICO	17
CAPITULO V.	
TECNICAS DE BLOQUEO MAS USADAS EN LA EXTRACCION	18
CAPITULO VI.	
INSTRUMENTAL USADO EN LA EXTRACCION	24
CAPITULO VII.	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN LA EXTRACCION	30

CAPITULO VIII.

ACCIDENTES RELACIONADOS CON LA ANATOMIA DEL
MAXILAR Y LA MANDIBULA: EN RELACION CON,
DIENTES ADYACENTES, HUESOS Y TEJIDOS BLANDOS..... 40

1) ACCIDENTES RELACIONADOS CON EL DIENTE O
DIENTES VECINOS 40

2) ACCIDENTES RELACIONADOS CON LA ANATOMIA
OSEA DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA 40

a) Zonas de Fracturas del Maxilar 40

b) Zonas de Fracturas de la Mandibula 41

c) Tratamiento 42

d) Lesión del Seno Máxilar 44

d.1) Tratamiento (Técnica; Caldwell-Luc) 44

3) ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS TEJIDOS
BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL 47

a) Contusión 48

a.1) Tratamiento 48

b) Abrasión 48

b.1) Tratamiento 48

c) Laceración 49

c.1) Tratamiento 49

4) LESION OCASIONADA EN LA ARTICULACION
TEMPOROMAXILAR 50

CAPITULO IX.

TIEMPOS EFECTUADOS EN LA EXTRACCION 51

1) POR MEDIO DE FORCEPS 51

	Pág.
2) POR MEDIO DE ELEVADORES	54
CAPITULO X.	
COMPLICACIONES POSOPERATORIAS MAS FRECUENTES	57
a) HEMORRAGIA	57
b) DOLOR	60
c) ALVEOLITIS	61
CONCLUSIONES.....	66
BIBLIOGRAFIA	67

INTRODUCCION

Los accidentes en la extracción dental no son frecuentes, pero cuando estos suceden, son por diferentes causas, como:

Aplicación de demasiada fuerza, enfermedades establecidas en el paciente, error de interpretación, descuido, negligencia del paciente para seguir las recomendaciones dadas.

Por eso debemos estar preparados para solventar cualquier complicación.

Por ello debemos tomar en cuenta cada uno de los procedimientos profesionales, para la extracción de cualquier diente. Como:

La realización de la historia clínica, el estudio radiográfico, la anatomía de la región a intervenir, el tipo de anestesia a usar, así como la técnica de bloqueo a realizar, la elección del instrumental así como el procedimiento a seguir en la intervención.

Ya que llegan a suceder estas complicaciones, se dan: El diagnóstico diferencial y tratamiento de los accidentes

más frecuentes en la extracción dental. Que van desde una simple contusión hasta una fractura.

CAPITULO I
DEFINICION DE EXODONCIA

Es la rama de la odontología que se encarga de la extracción o extracciones de dientes, que han perdido su funcionamiento por; procesos cariosos avanzados, infecciones pulpares, infecciones del parodonto y también por funciones de estética que la ortodoncia lo requiera así como también cuando se han tenido fracasos endodónticos.

1) DEFINICION LITERAL.

EXO	DONCIA
EXO	Salir, Emigrar,
DONCIA	Relacionado al Diente.

2) DEFINICION DE EXTRACCION.

Es el acto quirúrgico que se realiza para la extracción o abulsión (salida total del diente, del alvéolo), de un diente o dientes; el cual queda regido a principios quirúrgicos, técnica operatoria, asepsia y antisepsia.

CAPITULO II

ANATOMIA DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA

MAXILARES

Los maxilares son dos. El crecimiento de los mismos es la causa del alargamiento vertical de la cara entre los 6 y los 12 años.

Cada maxilar se compone de un cuerpo, que contiene el seno maxilar; una apófisis cigomática, que se extiende hacia afuera y se articula con el maxilar; una apófisis frontal, que se dirige hacia arriba y se articula con el frontal; una apófisis palatina, de curso horizontal, que se une a la del lado opuesto para formar la mayor parte del esqueleto del paladar duro; una apófisis alveolar, que aloja los dientes superiores.

El cuerpo del maxilar es piramidal y presenta; una cara nasal o base, que contribuye a formar la pared externa de la cavidad nasal; una cara orbitaria, que constituye la mayor parte del suelo de la órbita; una cara infratemporal, que forma la pared ventral de la fosa infratemporal, y una cara anterior, cubierta por los músculos faciales. Cerca de 1 cm. por debajo del borde infraorbitario, la cara anterior

del maxilar presenta el agujero infraorbitario por el que pasan el nervio y la arteria infraorbitarias.

Los dientes superiores se alojan en los alvéolos del maxilar. Abultamientos verticales, que corresponden a las raíces dentarias, se observan frecuentemente en la parte anterior de estos huesos.

Los dos maxilares se unen en el plano medio en la sutura intermaxilar.

MANDIBULA

La mandíbula es el mayor y más potente hueso de la cara. Consta de un cuerpo y un par de ramas, entre las ramas y el cuerpo se encuentra una región denominada como angulo de la mandíbula es bastante palpable con facilidad en el vivo, su punto más prominente en sentido lateral toma el nombre de gonión.

Cuerpo de la mandíbula; Tiene la forma de una U y en cada mitad se distingue una cara externa y otra interna, un borde superior o, alveolar y un borde inferior o base.

La cara externa se caracteriza generalmente por un saliente medio que marca la línea de fusión de las dos mitades

de la mandíbula en la sínfisis mentoniana. Se extiende caudalmente en una elevación triangular llamada protuberancia mentoniana, la base de la cual está limitada a cada lado por un tubérculo mentoniano. Más hacia fuera, con frecuencia por debajo del segundo premolar, puede ser visto fácilmente el agujero mentoniano. El nervio y los vasos mentonianos emergen del agujero hacia arriba, atrás y afuera. La línea oblicua es un saliente que se dirige hacia atrás y arriba desde el tubérculo mentoniano hasta el borde anterior de la rama.

El borde superior del cuerpo de la mandíbula es llamado porción alveolar y aloja los dientes inferiores en huecos o alvéolos.

El borde de la porción alveolar es llamado arco alveolar.

El borde inferior de la mandíbula es llamado también BASE.

La fosa digástrica es una depresión rugosa situada en la base o por detrás de ella, próxima a la sínfisis.

Hacia atrás, aproximadamente 4 cm. por delante del ángulo de la mandíbula, la base puede presentar un surco para la arteria facial.

La cara interna se caracteriza por una elevación irregular, LA ESPINAMENTONIANA, en la parte posterior de la sínfisis. Puede estar constituida por una a cuatro porciones, llamadas tubérculos o apófisis genianos, donde se insertan los músculos genihioideos y genioglosos.

RAMAS DE LA MANDIBULA

Las ramas de la mandíbula son unas láminas óseas más o menos cuadriláteras en las que se distinguen las caras externas e interna y los bordes anterior, superior y posterior.

La cara externa es plana y presta inserción al masetero. En la cara interna se halla el agujero maxilar, el cual se dirige hacia abajo y adelante en el conducto maxilar y contiene el nervio alveolar inferior y vasos.

La cara interna es rugosa y proporciona inserción al músculo pterigoideo interno.

El borde superior de la rama es cóncavo y forma la (escotadura maxilar). Esta se halla limitada por delante por la apófisis coronoides, en la que se inserta el temporal.

La apófisis condilea limita la ascotadura por detrás

y comprende la cabeza y el cuello maxilar. La cabeza (o cóndilo), cubierta de fibrocartilago, se articula indirectamente con el temporal para formar la articulación temporomaxilar.

El borde anterior de la rama es irregular y puede ser palpado por la boca. Se continua con la línea oblicua. El borde posterior redondeado está relacionado intimamente con la glándula parótida.

CAPITULO III HISTORIA CLINICA

El propósito de hacer la historia clínica del paciente a quien se va a operar es descubrir, por examen sistemático de sus antecedentes, cualquier contraindicación de la cirugía anestesia o drogas. La historia no debe hacerse casualmente, sino que debe seguir un plan, a fin de indagar toda la información posible del paciente y llegar, sobre la base de esta, a conclusiones acerca de la presencia o ausencia de patología ignorada por el paciente.

Una historia clínica adecuada deberá contener la siguiente información;

MOLESTIA PRINCIPAL (SINTOMAS PRINCIPALES)

Breve descripción de los síntomas principales de la enfermedad, con palabras del mismo paciente, por ejemplo: "tengo dolores en la mandibula al comer y no puedo abrir los maxilares por la mañana porque están duros".

PADECIMIENTO ACTUAL

Empiece con los síntomas más cercanos que el pacien-

te pueda relatar. Pongase los síntomas en orden cronológico. Indique la fecha del ataque, no el día de la semana. Forma de ese si es gradual o repentino.

HISTORIA MEDICA ANTERIOR

Toda información relativa a enfermedades anteriores y tratamiento médico y dental debe ser incluida aquí. Se divide en cuatro secciones:

a) Médica.- La primera pregunta al paciente ha de ser: ¿ha tenido usted alguna enfermedad grave anterior? si la respuesta es negativa recórrase la lista abajo expuesta. Si es positiva, informe sobre la afección referida, con la fecha y después recurra a la lista de abajo para verificar si el paciente olvidó alguna afección.

Enfermedades cardiovasculares (si el paciente está o no con tratamiento anticuagulante* o con medicación antihipertensiva).

ENFERMEDADES HEPATICAS (A MENUDO SON HEMORRAGIPAROS)

Enfermedades renales
 Enfermedades sanguíneas
 Sarampión
 Parotiditis
 Diábetes
 Tos-ferina
 Varicela

Amigdalitis
 Escarlatina
 Difteria
 Influenza
 Pleuresia
 Neumonía
 Tuberculosis

*Los pacientes con tratamiento anticoagulante pueden sangrar profusamente después de la operación, por baja cantidad de protrombina. En determinados casos deben continuar con este tratamiento, y las hemorragias bucales han de tratarse con gelfoan embebido en solución de trombina, saturada, en la brecha. Así se puede evitar la oclusión coronaria. En casos agudos se pueden usar soluciones endovenosas de vitamina K, acuosas, para rápido control de la hemorragia. La decisión conjunta entre el médico y el cirujano determinará las medidas anticoagulantes por tomar, locales o generales (retiro del anticoagulante).

ALERGIAS (ESPECIALMENTE A LA PENICILINA Y NARCOTICOS)

También es necesario conocer la sensibilidad a barbituricos, aspirina, tela adhesiva, iodo, mercurio, etc. En otras palabras, a cualquier elemento que tome contacto con el paciente y pueda traer sensibilidad. Es de utilidad indicar estas alergias con tinta roja al principio de la carpeta del paciente, sobre todo para poner sobre aviso a la enfermera o al médico interno de noche (quienes generalmente no leen toda la historia clínica, por estar de prisa), y evitar así estas reacciones alérgicas.

Sífilis
Gonorrea
Fiebre tifoidea
Malaria

Fiebre reumática
Asma
Artritis

TENDENCIA A LA HEMORRAGIA, ESTE PUNTO ES IMPORTANTE

Historia de los pacientes que han recibido tratamiento esteroide (cortizona), ya que los pacientes que lo han recibido preoperatoriamente pueden desarrollar insuficiencia adrenal y no responden satisfactoriamente al stress anestésico o quirúrgico. Muchos pacientes mueren en el posoperatorio de intervenciones mínimas.

Cualquier paciente que haya recibido tratamiento esteroide durante el año anterior a la operación (hay que interrogarlo minuciosamente ya que muchos ignoran la naturaleza del medicamento) debe ser evaluado teniendo en cuenta la necesidad de ponerlo a cubierto y administrarle el correspondiente tratamiento profiláctico prequirúrgico; Reumatismo, artritis, alergias, uveítis, iritis, afecciones de la piel o enfermedades similares tratadas con medicación desconocida para el paciente. Deben aclararse con el especialista que la ordenó o con el químico, para conocer la naturaleza exacta de la droga utilizada.

b) Operaciones previas y anestésicos.- Regístrese cualquier reacción contraria.

c) Lesiones que necesitan tratamiento médico o de cualquier complicación.

d) Operaciones bucales efectuadas.- Regístrese cualquier reacción a los anestésicos, tendencia a la hemorragia, alveolitis etc.

REVISION SISTEMICA

Se pregunta al paciente acerca de cada sistema, a fin de descubrir cualquier condición patológica desconocida para el paciente;

General.- Transpiración nocturna, fiebre, temblores, cambios de peso y nutrición.

Piel.- Erupciones, cianosis, ictericia.

Cabeza.- Cefalea, síncope, traumatismo.

Ojos.- Diplopia, fotofobia, lagrimeo.

Oidos.- Sordera, supuración, tinitis, vértigo.

Naríz.- Epistaxis, resfrios, obstrucciones, sinusitis

Garganta.- Dolor, ronquera, disfagia.

Respiratorio.- Hemoptisis, disnea, dolores de pecho, esputos, asmaortopnea.

Cardiovascular.- Dolor, palpitaciones, taquicardia, vértigo, edema desmayo.

Musculo esquelético.- Debilidad, dolor articular, parestesis, varicosidades.

Gastrointestinal.- Apetito, dolor, náuseas, vómitos, eructos, flatulencia, constipación, disnea, evacuación mucosa o sanguinea, hernia, hemorroides, melena.

Genitourinaria.- Ulceras, frecuencia, quemadura, incontinencia, poliuria nocturna, hematuria, reducción del agua.

Reproducción femenina.- Períodos (frecuencia, tipos, duración) abortos.

Nervios.- Cefaleas, convulsiones, parálisis, emociones, personalidad.

HISTORIA FAMILIAR

Esta se hace a fin de descubrir cualquier predisposi-

ción en la familia hacia enfermedades hereditarias o en las que la herencia desempeña papel importante, como alergias o diabetes.

HABITOS SOCIALES

Hay que determinar las ocupaciones, hábitos, consumo de drogas, alcohol, café, hábitos de sueño, etc. Insistase ante el paciente acerca de lo ingerido en determinado período de tiempo, no se acepta en generalidades como la de "un trago ocasional". Cuando la aclaración es acerca de drogas, una pregunta, como ¿está tomando ha tomado recientemente alguna medicina o droga? aportará la información pertinente. Otra pregunta eficaz es; ¿va usted a ver al médico o ha ido recientemente por algo?.

HISTORIA OCUPACIONAL

En algunos casos debido a la naturaleza de la enfermedad actual, se necesita el conocimiento detallado del estado económico y emocional del paciente y de su ocupación, (número y tipo de trabajos, clase del trabajo actual, exposición a agentes tóxicos signos profesionales, es, decir,; ventilación temperatura e iluminación).

Algunos exámenes de laboratorio pueden ser útiles para establecer el diagnóstico.

CAPITULO IV

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO RADIOGRAFICO

La radiografía dental es un informe sobre una película fotográfica de densidades, radiolúcida (negra), y radiopaca (blanca). Es un cuadro bidimensional de un objeto tridimensional y carece de la perspectiva de profundidad.

TIPOS DE EXAMENES RADIOGRAFICOS DENTALES USADOS EN LA LOCALIZACION.

Son los siguientes; periapical, oclusal, sección transversal y maxilar lateral, cabeza lateral, pósterio-anterior.

Las radiografías son ayuda incalculable para el cirujano bucal, para la prevención de accidentes tales como; fractura de la mandíbula perforación del seno maxilar, etc.

También permite un planeo inteligente de los propósitos de la intervención antes de emprenderla.

CAPITULO V

TECNICAS DE BLOQUEO MAS USADAS EN LA EXTRACCION

PREMEDICACION

Antes de realizar la premedicación, el anestesista deberá ser informado sobre las condiciones generales del paciente.

La premedicación generalmente se descuida en las anestесias infiltrativas, a pesar de ser un poderoso coadyuvante para su éxito. Por supuesto, no siempre es necesario emplearla, pero si en pacientes nerviosos y pusilánimes; también en intervenciones largas y penosas. También en extracciones múltiples y la extracción de dientes retenidos.

En todos estos casos la administración de medicamentos antes de anestesiar ayuda y mejora sus efectos a la par que los dolores posoperatorios se reducen.

OBJETIVOS DE LA SEDACION

1. Calmar la aprensión, ansiedad o temor.
2. Elevar el umbral del dolor.
3. Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.

4. Controlar el reflejo nauseoso.
5. Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
6. Controlar alteraciones motoras (como en el caso de pacientes con parálisis cerebral).
7. Reducir la tensión haciendo posible obtener "registro céntrico".
8. Reducir la tensión asociada con las sesiones traumáticas o prolongadas de cirugía u odontología de restauración.
9. Estabilizar la presión sanguínea en pacientes con hipertensión o antecedentes de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular.

MEDICAMENTOS PREANESTESICOS

Pueden darse barbituricos por vía bucal.

Pentobarbital sodico U.S.P.

Diazepan N.F. (Valium).

TECNICAS DE BLOQUEO MAS USADAS EN EL MAXILAR SUPRAPERIOSTICA

La anestesia local ideal es la denominada supraperióstica, que se realiza llevando el líquido anestésico a las

capas profundas de la submucosa, en vecindad inmediata con el periostio. Es el método eficaz y util para cirugía bucal.

La anestesia infiltrativa depende de la mayor o menor permeabilidad del hueso. Se hace de preferencia en el maxilar superior, cuyo hueso siendo particularmente esponjoso y rico en foraminas, puede ser facilmente alcanzado por el líquido anestésico.

AGUJERO PALATINO (ANESTESIA TRONCULAR)

Se coloca el bisel de la aguja en sentido plano contra la mucosa distal al primer molar y en posición intermedia entre el margen de la encía y el techo de la boca.

Con esta técnica se anestesian los dientes de, premo-lares a central.

AGUJERO SUBORBITARIO

El agujero suborbitario está situado en la misma línea del eje del segundo premolar, y esta línea axial se extiende a través de la escotadura supraorbitaria. Está situado inmediatamente por debajo de la sutura entre el maxilar y el malar. El agujero está situado generalmente en el punto de unión entre los dos y tres quintos del reborde

orbitario inferior. Por último, cuando el paciente dirige la mirada directamente hacia adelante, como regla general el agujero está situado aproximadamente de 1 a 4 mm. por dentro de la pupila del ojo, y aproximadamente a 1 cm., por debajo del reborde orbitario inferior.

La inyección produce la anestesia de los dientes incisivos, caninos y premolares, así como de su periodonto, con excepción de la encía palatina.

La inyección suborbitaria constituye el método de elección para la extirpación de, caninos impactados y quistes de gran tamaño, o en el caso de pacientes con inflamación o infección moderadas.

ANESTESIA MUCOSA

La mucosa bucal y sus capas inmediatas pueden anesthesiarse localmente colocando sobre ellas sustancias anestésicas.

Se emplea para abrir abscesos, para la extracción de dientes temporarios.

TECNICAS DE BLOQUEO MAS USADAS EN LA MANDIBULA**TECNICA ESPINASPIX (REGIONAL).**

El bloqueo del nervio dental inferior es el bloqueo más importante que se usa en odontología, simplemente porque no existe otro método seguro que pueda proporcionar anestesia total para los dientes inferiores posteriores. La zona de anestesia incluye los dientes de una mitad de la mandibula una porción de la encía bucal, la piel y mucosa del labio inferior y la piel del mentón.

TECNICA

El anesthesiólogo coloca la punta de su dedo o pulgar contra la escotadura coronoides y después coloca la jeringa por encima de los premolares inferiores contralaterales. Se elige la altura adecuada, se inserta la aguja en la mucosa por fuera del rafe, se hace avanzar hacia el piso del surco mandibular, y se deposita la solución.

BLOQUEO DEL NERVIO MENTONIANO

El punto de inserción de la aguja está situado en el punto inmediatamente distal al segundo premolar. La aguja

apunta hacia adelante, hacia adentro y hacia abajo. Se dirige suavemente la aguja hacia el agujero, inyectándose unas cuantas gotas más y se hace una pausa de pocos segundos, antes de deslizar la punta de la aguja al interior del conducto donde se inyectan al rededor de 0.5 ml.

Como resultado, se logra la anestesia de todos los dientes situados por delante de los molares, así como de las estructuras faciales blandas correspondientes.

BLOQUEO DE LA FOSA INCISIVA

La eficacia de esta inyección se debe a la presencia de los canaliculos nutricios situados en el hueso cortical del fondo de la fosa incisiva.

Depositando la solución anestésica lentamente en esta región, en cantidad no mayor de 1 ml. generalmente se obtiene anestesia pulpar y quirúrgica de los incisivos.

ANESTESIA MUCOSA

La mucosa bucal y sus capas inmediatas pueden anestesarse localmente colocando sobre ellas sustancias anestésicas. Se emplea para abrir absesos, para la extracción de dientes temporales.

CAPITULO VI

INSTRUMENTAL USADO EN LA EXTRACCION

En terminos generales se emplean dos clases distintas de instrumentos en exodoncia a) los destinados a extraer el diente; pinzas para extracciones (forceps) y elevadores (botadores) y b) los destinados a extraer el hueso que cubre o rodea total o parcialmente los dientes; Osteotomo, cucharilla, fresas.

PINZAS PARA EXTRACCION (FORCEPS)

DESCRIPCION Y PRINCIPIOS FISICOS

La pinza para extracciones (Forceps), es un instrumento basado sobre el principio de la palanca de primer grado, con el cual se toma el diente a extraer y se le imprimen movimientos particulares destinados a eliminar el órgano dentario del alvéolo.

La pinza para extracciones consta de dos partes la pasiva y la activa, unidas entre si por una articulación o charnela.

Existen en términos generales, dos tipos de pinzas; aquellas destinadas a extraer dientes del maxilar y las dedicadas a los dientes de la mandíbula. La diferencia capital entre ambos modelos reside en que las del maxilar poseen ambas partes, pasiva y activa, dispuestas sobre la misma línea de trabajo y también encontramos que en los bocados de estos forceps tienen forma de balloneta.

Mientras que las pinzas o forceps para extracciones de dientes de la mandíbula tienen ambas partes en ángulo recto.

LA PARTE PASIVA

Es el mango de la pinza. Sus ramas son paralelas y, según los distintos modelos, están labrados en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador.

Las ramas de las pinzas se adaptan a la palma de la mano.

LA PARTE ACTIVA

Se adapta a la corona anatómica del diente.- Sus

caras externas son lisas, y las internas, además de ser cóncavas, presentan escoriaciones, con el fin de impedir su deslizamiento.

ELEVADORES

Los elevadores son instrumentos que, basados en principios de física tienen aplicación en la extracción con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

EL ELEVADOR ES UNA PALANCA

Los elevadores considerados esquemáticamente, constan de tres partes:

El mango, el tallo y la hoja.

El mango es la parte pasiva.

El tallo, es el que une al mango y la hoja.

La hoja, es la parte activa, la cual en una de sus caras es cóncava o interna y la otra parte convexa o externa.

Se fabrican de diferentes diseños según la aplicación que se le de al instrumento. Dos son las formas generales

de presentación:

a) La hoja está en línea con el tallo (elevadores rectos).

b) La hoja está en un ángulo de grado variable con el tallo (elevadores curvos o de bandera).

INSTRUMENTOS PARA EXTRAER EL HUESO

Los dientes que permanecen retenidos en los maxilares, o aquellos que para extraerlos sea necesario reseca las estructuras (quitar) que los cubren.

Osteotomo, cuchillas, fresas.

Osteotomo, su función es reseca el tabique interradicular.

Cucharilla, eliminar de poco en poco el hueso.

Fresas, Eliminación del hueso rápidamente. Estas fresas deben de ser redondas, de carburo, de tungsteno o especiales para hueso.

El empleo de fresa requiere ciertos requisitos:

Debe usarse una fresa nueva, debe accionar bajo un cho

rro de suero fisiológico, para evitar recalentamiento del hueso, que puede causar su mortificación y necrosis, con los transtornos siguientes; dolor, tumefacción, alveolitis posoperatoria.

INSTRUMENTAL COMPLEMENTARIO

Jeringa dental.- Tipo Carpule, en la cual el embolo se jala y el cartucho se introduce, por un lado de la jeringa.

Visturi.- Mango # 3, se utiliza hoja # 15, # 22.

Gubia o alveolotomo.- El cual nos sirve para cortar las crestas salientes o filosas de nuestro proceso por regularizar.

La legra.- Instrumento que se utiliza para el desprendimiento de la mucosa.

La lima para hueso.- Sirve para alisar el proceso.

Porta-agujas.- Sirven para transportar la sutura a los cierres de la herida.

Cucharillas o curetas.- Sirven para desalojar o

hacer la limpieza de todas las esquirlas (huesos), así como cualquier cuerpo extraño dentro del alvéolo.

Separadores de tejidos blandos.- Este tiene dos extremos curvos, uno de estos se introduce para separar tanto la mucosa del campo operatorio (carrillos), como proteger tejidos blandos, entre estos la comisura labial.

Tijeras.- Para cortar desgarres de tejidos.

Tijeras quita puntos.- Para eliminar los puntos de la sutura.

CAPITULO VII

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN LA EXTRACCION

INDICACIONES

1). Dientes cariados, cuya función no es posible restaurar por procedimientos de clínica operatorio.

2) Dientes fracturados (luxados o semiluxados) ya sea por destrucción de la corona, de cualquier parte de la raíz, por lesión traumática, destrucción osea.

3) Dientes afectados por enfermedades o por glucosa (Diabétes), que tienen movilidad marcada y los problemas parodontales no son susceptibles a tratamiento, aunado al dolor que puedan presentar estos y la dificultad de su oclusión al tiempo de su masticación.

4) Dientes que han perdido su antagonista y por cuya causa son expulsados estos de su alvéolo, llegando a la vez a ocupar el lugar ausente libre, que a la vez va ha lesionar la encia antagonista nos impide cualquier clase de prótesis.

5) Dientes ectopicos en los cuales es imposible

llevar a cabo un tratamiento de ortodoncia, ya sea que el espacio de este esté ocupado por los dientes restantes, por el recorrido o movilización, que tengan que hacer por medio de la ortodoncia.

6) Dientes que deban hacerse tratamiento de conductos dentarios (Endodoncia), y que por causas de la morfología nodular no es posible llevar a cabo dicho tratamiento.

7) Dientes primarios persistentes, cuando el diente secundario correspondiente no se encuentra en posición correcta para su erupción, cuando ya haya hecho erupción el secundario y el temporal persista, también cuando el primario se encuentre como foco de infección, (granuloma, quiste, etc.). y por último cuando encontremos restos radiculares.

8) Dientes sanos pero aislados en distintas regiones de la boca los cuales o el cual constituyen un impedimento para una restauración protesica.

9) Dientes retenidos o incluidos.

10) Dientes que se encuentran en una línea de fractura osea, los cuales o el cual nos van ha impedir el tratamiento deseado para la reducción de dicha fractura.

11) Raíces y fragmentos dentarios (ápices)

12) Dientes que traumatizan los tejidos blandos y que no hay procedimiento o tratamiento, principalmente en la región de los terceros molares inferiores los cuales están impedidos a su erupción por la posición de estos, provocando además cuadros pericoronarios, con presencia de exudado purulento por la acumulación del alimento y además hay dolor espontáneo agudo.

13) Dientes situados en zonas patológicas, tales como quistes y en las cuales tenemos que hacer las extracciones según la amplitud o magnitud de dicha zona quística y así evitar las residivas posteriores.

14) En ortodoncia de acuerdo con ciertos procedimientos para efectuar dicho tratamiento.

15) En dientes supernumerarios.

16) Cuando se ha tenido un fracaso endodóntico.

CONTRAINDICACIONES

La intervención quirúrgica de cualquier tipo, incluyendo exodoncia puede activar enfermedades generalizadas o

locales, por lo tanto se observará que estas contraindicaciones son relativas. En ciertos casos, estas afecciones se vuelven contraindicaciones absolutas.

CONTRAINDICACIONES LOCALES

Se asocian principalmente a infección, y en menor grado, a enfermedad maligna.

1. La infección aguda.- Infecciones gingivales agudas.

2. La pericoronitis aguda, se maneja más conservadoramente que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área, al hecho de que el área del tercer molar tenga un acceso más directo a los planos aponeuroticos profundos del cuello, y al hecho de que la extracción de este diente es un procedimiento muy complicado que incluye osisección.

3. La osteomatitis infecciosa aguda es una enfermedad lábil, debilitante y dolorosa complicada por exodoncia intercurrente.

4. La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará con exacerbación

del tumor y falta de curación de la herida local.

5. Los maxilares radiados pueden desarrollar radioosteomielitis aguda después de la extracción por falta de aporte sanguíneo. La afección es muy dolorosa y puede terminar en muerte.

6. La extracción de molares y premolares superiores está contraindicada en los casos de sinusitis maxilar aguda.

CONTRAINDICACIONES GENERALES

CARDIOPATIAS

Una historia breve indicará que pacientes deberán ser sometidos a ulterior examen especializado.

SINTOMAS

A) Insuficiencia respiratoria, b) fatiga crónica, indica insuficiencia cardíaca, c) palpitaciones, d) sueño alterado, e) cefaleas por congestión cerebral, f) vértigo, g) cianosis de labios, h) disnea a esfuerzos.

CARDIOPATIAS REUMATICAS

Habrá que interrogar a todos los pacientes sobre antecedentes de fiebre reumática, y en consulta con su médico se les medicar  con penicilina antes de la exodoncia y después de ésta.

Pacientes c n terapia anticoagulante:

Los pacientes con terapia anticoagulante prolongada que requieran procedimientos quirúrgicos bucales encaran dos problemas; 1) hemorragia posoperatoria prolongada, 2) o, si la terapia anticoagulante es interrumpida hasta que el nivel de protombina retorne a la casi normalidad, arriesgan sufrir graves o fatales accidentes tromboembólicos.

ANEMIA

Enfermedad debilitante hace que los pacientes esten bajo alto riesgo, por la baja de defensas en el organismo.

Sintomas: a) palidez (especialmente labios, uñas, conjuntiva, lengua y mucosa bucal). b) disnea al esfuerzo, c) somnolencia o vértigo, d) edema de las extremidades (si la anemia es bastante grave), e) sntomas nervioso, irritabilidad, f) disminución o ausencia de la menstruación y pérdida

del deseo sexual.

LEUCEMIA

No se intenta efectuar extracciones dentales en esta clase de pacientes, al menos que sean necesarias y si estas llegasen a realizarse, será necesario hospitalizar al mismo por el peligro de hemorragias copiosas o abundantes presentables durante la intervención.

SINTOMAS

a) pérdida de peso, b) úlceras gingivales, c) hipertrofia, d) hemorragias, e) alteraciones de la visión o la audición provocadas por la leucemia, f) aumento gradual de debilidad y fatiga.

HEMOFILIA

Enfermedad en la cual no hay producción de plaquetas capaces de bloquear una herida, estos enfermos en caso necesario se le hará la extracción, pero requerirá de hospitalización.

DIABETES

La diabetes sacarina no controladas, se caracteriza por infección de la herida y por que no hay curación normal.

En este caso es una contraindicación para la extracción hasta que esta sea controlada y autorizada por su médico general.

SINTOMAS

a) Poliuria, b) polidipsia y polifagia, c) pérdida de peso, d) alteraciones cutaneas, e) disturbios de la visión, f) glucosuria.

NEFRITIS

Es una afección renal.

SINTOMAS

a) oliguria, b) hematuria, c) fiebre, d) escalofrios, e) xerostomia (sequedad), f) olor urinoso en el aliento del paciente que tiene esta afección renal.

Si hay algún indicio de nefritis en un paciente que requiere extracción dentaria, lo mejor será remitirlo a su médico para que haga el diagnóstico y tratamiento antes de realizar la extracción.

SIFILIS

Las resistencias físicas del paciente sifilitico están disminuidas por lo cual está más predispuesto al desarrollo de infecciones posoperatorias, a causa del retraso en la cicatrización. Estos pacientes deberán realizar el tratamiento antisifilitico correspondiente, antes que se efectuan procedimientos de extracción.

LA ENFERMEDAD DE ADDISON O CUALQUIER DEFICIENCIA DE ESTEROIDES

Esta enfermedad es extremadamente peligrosa. El paciente que haya sido tratado por cualquier enfermedad con terapéutica de esteroides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteroides durante un año, puede no tener suficiente secreción de corteza suprarrenal para soportar la situación de esfuerzo de una extracción, sin tomar esteroides adicionales.

EL EMBARAZO

El embarazo sin complicaciones no constituye mayor problema, los ginecólogos generalmente prefieren que las extracciones se realicen el en segundo trimestre de embarazo.

MENSTRUACION

No presenta contraindicación, aunque la extracción no se realiza durante el período menstrual, debido a la menor estabilidad nerviosa y a la mayor tendencia a la hemorragia de todos los tejidos.

CAPITULO VIII
ACCIDENTES RELACIONADOS CON LA ANATOMIA DEL MAXILAR
Y LA MANDIBULA, EN RELACION CON DIENTES ADYACENTES,
HUESOS Y TEJIDOS BLANDOS

1) ACCIDENTES RELACIONADO CON EL DIENTE O DIENTES VECINOS.

Incluyen la extracción equivocada de uno o varios dientes; La movilidad de un diente vecino; La fractura de una porción de la corona de un diente vecino; Dislocación o fractura de una obturación de un diente vecino; Pérdida de uno o varios dientes adyacentes semanas o aún meses después, por una pérdida grande del sostén óseo alveolar que se extirpo para permitir la extracción de un diente impactado o se eliminó.

Complicación por repetidas fracturas del mismo diente.

2) ACCIDENTES RELACIONADOS CON LA ANATOMIA OSEA DEL MAXILAR
Y LA MANDIBULA

a) Zonas de Fracturas del Maxilar.

Las fracturas se producen aquí en el siguiente orden de frecuencia; puede haber fractura del reborde alveolar,

especialmente al nivel de la tuberosidad.

Esto se produce; por lo general, al extraer molares, por uso excesivo de fuerza. Puede afectar uno o más dientes, y de ordinario afecta a los tres molares y el piso del seno maxilar.

Puede haber fractura de la porción anterior del maxilar que afecte los dientes contenidos en ella.

Fractura transversal a través de ambos senos maxilares y cavidad nasal. Con mucha frecuencia asociada con fractura de los huesos nasales y fractura con depresión unilateral o bilateral del arco cigomático.

b) Zonas de Fracturas de la Mandíbula

En orden de incidencia, las fracturas de la mandíbula ocurren en los siguientes lugares; En el ángulo de la mandíbula, especialmente en la zona de los terceros molares retenidos, agujero mentoniano. Del cuello del condilo; De la sínfisis (de canino a canino); En el cuerpo mandibular, entre en el canino y el ángulo: En la rama ascendente, entre la escotadura cigmoidea y el ángulo; En la apófisis coronoides.

Puede haber, finalmente, fractura de un segmento,

sin que la rama ascendente o el cuerpo mandibular pierda su continuidad. Es lo que ocurre con golpes en la zona anterior, que fracturan el proceso alveolar y los seis dientes anteriores.

c) Tratamiento.

PRIMEROS AUXILIOS (en términos generales, para cualquier fractura).;

Se dan sedantes al enfermo, así como antibióticos y otras medidas necesarias de soporte colocándose bolsas de hielo sobre la cara.

El tratamiento de las fracturas se dirige a la colocación de los extremos del hueso en relación adecuada para que se toquen y mantengan hasta que ocurra la cicatrización. Esto se realizará mediante dos procedimientos;

Reducción. Es la colocación y cierre de la fractura.

Fijación. Es el procedimiento para mantener la posición adecuada.

REDUCCION CERRADA. Es la maniobra que no expone quirúrgicamente al hueso. En reducción cerrada de huesos largos el cirujano ortopédico hace tracción o manipula el

hueso debajo de la piel intacta hasta que la fractura está en posición correcta.

Las fracturas de los maxilares superiores y mandíbula pueden reducirse manualmente.

REDUCCION ABIERTA: Es la maniobra que expone, quirúrgicamente y por el mismo accidente o traumatismo no quirúrgico, al hueso o huesos.

Cuando los maxilares superiores y la mandíbula, contienen dientes su oclusión puede utilizarse como guía para la reducción. Colocando alambres, barras para arcadas o férulas sobre los dientes y bandas elásticas o alambres desde la arcada inferior hasta la superior los huesos se llevan a su posición correcta a través de la interdigitación armoniosa de los dientes.

LA FIJACION. La fijación de las fracturas de los maxilares superiores y de la mandíbula se hace en forma gradual.

Generalmente el primer paso es la fijación intermaxilar con alambres, barras para arcadao férulas.

d) Lesión del Seno Maxilar

Durante la extracción de los molares y premolares superiores, puede abrirse el piso del antro; esta lesión esta dada por dos formas Accidental o instrumental. En el primer caso, y por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación. Inmediatamente se advierte el accidente, porque el agua del enjuagatorio, pasa al seno y sale por la nariz.

En el instrumental, los instrumentos de exodoncia; cucharillas, elevadores, pueden perforar el piso del antro, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por este procedimiento una comunicación o también es una raíz la que perfora el seno al intentarse su extracción.

d.1) Tratamiento (Técnica Caldwell-Luc).

Consiste en trepanar el antro por la fosa canina, usando la vía bucal y dejando amplia canalización por la nariz, de manera que se puede, desde luego suturar la brecha bucal.

La intervención puede ser realizada bajo anestesia troncular o con anestesia general.

En un primer tiempo se realiza una incisión curvilínea, de concavidad vuelta hacia arriba, en el fondo del surco gingivolabial, en el espacio comprendido entre la cara distal del canino y la cara mesial del primer molar. Dicha incisión debe hacerse perpendicularmente al plano duro y en profundidad hasta el hueso.

En el segundo tiempo se legra la fosa canina en toda su extensión, teniendo cuidado de no llevar el despegue muy alto, para no lesionar el haz nervioso suborbitario.

El tercer tiempo consiste en practicar una trepanación en la lámina de la fosa canina; para ello se hacen cuatro perforaciones, en los vértices de un cuadrángulo de un centímetro por lado situado por encima y por detrás del apice de la raíz del canino, para no lesionar los nervios dentarios medios que se encuentran en el canal dentario medio. Se unen las cuatro perforaciones entre sí por medio de una fresa, siguiendo los lados del cuadrángulo, para remover después la lámina ósea y dejar el orificio abierto.

El cuarto tiempo tiene por objeto explorar la cavidad antral para remover de ella cuerpos extraños, si fue la finalidad o mucosa patológica, si existe.

El interior de la cavidad antral puede ser iluminado

con una pequeña lámpara especial, lo que permite poder explorar perfectamente sus paredes. Con frecuencia la mucosa se encuentra con degeneración polipoide que hay que estirpar y para lo cual se planéo la intervención. En tal caso, se practica remoción del tejido polipoide mediante una cucharilla, sin hacer demasiada presión para no fracturar las delgadas paredes del antro.

La mucosa puede estar ulcerada y presentar porciones esfaceladas; en este caso la mejor manera de remover el tejido patológico es por medio de una gasa introducida en el antro, a la cual se le imprime, con una pinza, movimientos de torsión, con lo que se consigue remover sólo el tejido esfacelado, respetando la mucosa sana. Hay que tener presente, que la mucosa debe ser respetada tanto como sea posible, pues el tejido cicatrizal, de ningún modo tendrá la función fisiológica a que está destinada la mucosa del antro.

En el quinto tiempo, se establece una comunicación de desagüe del antro a las fosas nasales. Dicha comunicación se practica a nivel de la parte anterior, e inferior del meato inferior; en este sitio la pared interna del antro es muy delgada y basta una ligera presión realizada con la punta de una pinza, para trepanar dicha pared.

Se regularizan los bordes del orificio de comunicación

por medio de una lima y se pasa una cinta de gasa, del antro a la cavidad nasal. Después de cerciorarse que la cinta corre libremente dentro del orificio sin atorarse, se la introduce dentro del antro hasta llenar la cavidad. La cinta debe estar ligeramente envaselinada y al introducirla hay que hacerlo en forma de acordeón, de tal manera que al tratar de sacarla, tirando de el extremo que quedó hacia las fosas nasales, no se atore y salga libremente. El extremo del lado nasal se deja en el interior de la narina.

Como último tiempo, sólo queda, suturar la mucosa bucal.

3) ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL

Estas lesiones se deben a incorrecta sindesmotomía, mala presentación del instrumental, escape del elevador, o procedimientos inadecuados.

Generalmente consisten en heridas y desgarres que deben ser suturados de acuerdo con su intensidad y posibilidades.

Estos accidentes suceden en las diferentes partes blandas de la boca como: Encías, carrillos, fondo de saco,

paladar, piso de la boca, y pilares del velo, lengua, labios.

CONTUSION. Es un traumatismo que generalmente se produce por el impacto de un objeto, por ejem. (botador), no cortante sin causar solución de continuidad en la piel. Afecta la piel y el tejido subcutáneo y suele provocar hemorragia subcutánea.

La equimosis suele aparecer aproximadamente a las 48 hrs.

TRATAMIENTO. Las contusiones son heridas menores y el tratamiento debe ser conservador. Consiste en gran parte en la observación y rara vez se necesita medidas especiales.

En este tipo de heridas el proceso reparador del organismo suele bastar para producir una resolución completa sin intervención quirúrgica.

ABRASION. Es una herida producida por el raspado de la piel, por ejemplo con el botador, presenta aspecto sangrante, generalmente son dolorosos.

TRATAMIENTO. Estas heridas algunas veces se infectan, pero son tan superficiales que la terapéutica local suele bastar para controlar la infección. Si la herida no se extien-

de más allá del nivel de las prolongaciones capilares del epitelio se puede esperar la curación sin defectos mecánicos ni cicatrices.

Esta indicada un tratamiento mínimo para la herida por abrasión; Debe limpiarse completamente con un detergente quirúrgico seguido de la curación con solución antiséptica como benzalconio (zephiran).

Generalmente no se requiere un apósito ya que la escara que protege la herida se forma rápidamente.

LACERACION. La laceración es una herida producida por el arrancamiento, por ejemplo; con el forceps y el botador y el algodón que se secó en el fondo de saco y que al quitarlo provocó la laceración.

TRATAMIENTO. Aunque estas heridas pueden estar contaminadas, se prefiere la sutura primaria, corte (eliminación) del tejido sospechoso. La sutura con éxito de las laceraciones requiere una atención meticulosa a los detalles y depende de la limpieza completa de la herida y de una terapéutica adecuada de sostén.

4) LESION OCASIONADA EN LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR.

No es infrecuente la luxación de esta articulación, acompañada de lesión capsular o de los ligamentos accesorios cuando se procede a extraer dientes firmemente implantados sin efectuar la correcta fijación mandibular, vale decir que se debe a técnica incorrecta, debe reducirse inmediatamente.

TRATAMIENTO

Con el paciente sentado muy bajo y en angulo casi recto el operador realmente parado frente al mismo, con un pie a cada lado del sillón debe tomar la mandíbula enérgicamente con ambas manos, los dedos pulgares apoyados en las caras triturantes de los molares o los rebordes alveolares si aquellos faltarán y ejercen una intensa presión, primero hacia abajo y luego hacia atras, para sortear la raíz transversa del cigoma y resolver la complicación.

En caso de no procederse de inmediato, el espasmo muscular resultante, puede provocar la imposibilidad de reducir la luxación, aún con anestesia regional del nervio maxilar inferior.

CAPITULO IX
TIEMPOS EFECTUADOS EN LA EXTRACCION

1) POR MEDIO DE FORCEPS.

El acto de extraer un diente de su alvéolo, requiere varios tiempos quirúrgicos.

PREHENSION, LUXACION, Y TRACCION

PREHENSION. La aplicación de la pinza, latoma o prehensión del diente, primer tiempo de la exodoncia, es el fundamental. De él depende el éxito de los tiempos que siguen. Preparado del diente para la exodoncia. Se separan los labios, el carrillo y la lengua, del paciente, con los dedos de la mano izquierda. Libre el campo, la pinza toma el diente por encima de su cuello anatómico, en donde se apoya y a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario. La corona dentaria no debe intervenir como elemento útil en la aplicación de la fuerza; Su fractura o desmenuzamiento seria la consecuencia de esta falsa maniobra por lo tanto el instrumento debe proyectarse por debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente. Ambos bocados, el externo o bucal y el interno o, lingual, deben preparar simultaneamente hasta el punto elegido, llegando a éste, la

mano derecha cierra las ramas de la pinza, manteniendo con el pulgar el control de la fuerza.

LUXACION. La luxación o desarticulación del diente es el segundo tiempo de la exodoncia, por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alvéolo.

Se realiza este tiempo según dos mecanismos:

a) Movimientos de lateralidad del diente dirigiéndose de adentro a fuera.

b) Movimientos de rotación del diente, a derecha o izquierda en el sentido de su eje mayor.

a) **MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD.** Dos fuerzas actúan en este movimiento. La primera impulsa el diente en dirección de su ápice "como queriendo introducir el diente dentro del alvéolo". Esta fuerza permite apoyar la porción apical en la cuspide del alvéolo, punto que sirve como centro del arco que describirá el diente.

La segunda fuerza mueve el órgano dentario a favor de un movimiento de lateralidad que se inicia hacia la tabla ósea de menor resistencia (Generalmente la bucal, 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 fractura. Si esta tabla es lo suficientemente sólida como para no hacerlo, será, el diente quién tendrá que fracturarse. Por eso, los movimientos laterales de luxación deben ser dirigidos por el tacto de quién opera, tacto que se perfecciona con la práctica quirúrgica. Algunos dientes pueden ser extraídos con este único movimiento de lateralidad externo. Son los menos si no han sido vencidas todas las resistencias, el diente debe volver a su sitio primitivo y debemos dirigirlo en procura de la dilatación de la tabla lingual, haciendole describir un arco, en el mismo plano que el movimiento bucal. Desde allí se dirige el diente nuevamente hacia bucal, pudiendo ya iniciarse el tercer tiempo de la extracción. También pueden ocurrir que aún las resistencias de la arquitectura alvéolar no hayan sido vencidas y el diente para ser luxado deba ser sometido a varios movimientos laterales hacia bucal y lingual.

b) MOVIMIENTOS DE ROTACION. La rotación que se realiza siguiendo el eje mayor del diente es un movimiento complementario del movimiento de lateralidad. La rotación solo puede ser aplicada en dientes monoradiculares. Los que tienen más de una raíz se fracturan, que como es muy lógico, al hacerlos rotar.

Una sólo fuerza actua en este movimiento; La que

imprime la rotación. La fuerza en dirección apical sólo se ejerce cuando se ejecutan los movimientos de lateralidad.

TRACCION. Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el diente del alvéolo. La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alvéolo y roto los ligamentos.

La fuerza aplicada a este fin extrae al diente del alvéolo, desarrollandose en sentido inverso al de inserción y de dirección del diente.

Generalmente no es preciso ejercer mucha fuerza y la resultante de ella tiende a dirigir al diente en el sentido de la corona y de la tabla externa. Por eso el movimiento de tracción debe ejercerse después de los de lateralidad o rotación, cuando el diente se encuentra en la porción más externa del arco de lateralidad.

2) POR MEDIO DE ELEVADORES

Los tiempos de la exodoncia con elevadores pueden esquematizarse así:

Aplicación, Luxación, y elevación o extracción propiamente dicha.

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

El instrumento se toma con la mano derecha, empuñándolo ampliamente. El dedo índice debe acompañar el tallo para evitar incursiones no previstas. Esto es que escapando de nuestro dominio llegue a herir las partes blandas vecinas; lengua, carrillo, velo del paladar; por otra parte, el dedo sobre el tallo del instrumento sirve para dirigir la fuerza de la mano que opera, evitándose la luxación de los dientes vecinos o la fractura del diente a extraerse.

Como son distintos los fines con que trabaja el instrumento, la aplicación varía para la extracción de dientes retenidos o de raíces. En términos generales, el instrumento debe ser guiado en procura del punto de apoyo, hasta su ubicación, haciendolo avanzar, por cortos movimientos de rotación, entre el alvéolo a la raíz del diente a extraer.

El punto de aplicación sobre la raíz dentaria debe ser el punto útil de aplicación de la fuerza. Este se descubre por el examen radiográfico. De este modo no se fracturará o astillará la raíz al extraerse.

LUXACION. Logrando el punto de apoyo y el sitio

de aplicación del elevador, se dirige el instrumento con movimientos de rotación, descenso o elevación, maniobras con las cuales el diente rompe sus adherencias periodónticas, dilata el alvéolo y permite así su extracción. En realidad desde la iniciación o penetración del elevador, la raíz comienza su luxación.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Con sucesivos movimientos de rotación o descenso, el diente abandona su alvéolo desde donde puede extraerse con elevadores apropiados o con pinzas para extracciones.

CAPITULO X
COMPLICACIONES POSOPERATORIAS MAS FRECUENTES

HEMORRAGIA

La hemorragia es un derrame sanguíneo (extravaciación), este puede ocurrir en menor y mayor cantidad, según la lesión ocasionada.

Ocurren en pacientes patológicos cuando por estudio insuficiente del caso no se ha instituido adecuado preoperatorio. En los pacientes normales las hemorrágicas ocurren durante el acto operatorio, horas después y aún días después.

a) Durante el Acto Operatorio o Inmediatamente Después.

b) Horas Después.

c) Dias Después

a) Durante el Acto Operatorio o Inmediatamente Después

Se deben a incorrecta técnica quirúrgica o lesión vascular.

Corresponde detener la hemorragia en el momento en que se ha producido. Si fuera capilar o en napa se intentará primeramente la compresión manual o bajo presión masticatoria mediante gasa embebida en suero fisiológica manteniéndolo por encima del tiempo normal de coagulación.

Si esta maniobra no fuera eficaz corresponde recurrir al taponamiento compresivo cavitario, utilizando gasa Iodoformada a la que pueden agregarse vasoconstrictores o sustancias tromboplásticas. Esta gasa permanecerá en el alvéolo y se retirará paulatinamente a partir de las 48 horas.

Puede también recurrirse a la sutura de los bordes mucosos del alvéolo luego de la reducción. En estas condiciones la compresión de la sangre acumulada dentro del alvéolo concluye por aplastar el vaso favoreciendo la coagulación.

En caso de hemorragias vasculares se debe intentar previamente la electrocoagulación.

b) Horas Después

Se producen por movilización del cuáguulo.

El paciente acude con un cuáguulo enorme que desborda el alvéolo y aún cuelga fuera de él. El examen demuestra que la hemorrágia persiste. El interrogatorio revela que el enfermo ha realizado enjuagatorios violentos, especialmente con agua oxigenada. Comidas demasiado abundantes, esfuerzos físicos; Traumatismos del cuáguulo mediante succión o con sus dedos aveces el enfermo niega haber cometido desatino alguno.

Parecería que en estas condiciones el cuáguulo que se observa se comportará como un tapón dislocado, obturando, incorrectamente el alvéolo. El tratamiento consiste en la remoción del cuáguulo mediante lavajes a presión, eventualmente con una gasa embebida en agua oxigenada y en algunas oportunidades con cureta.

Inmediatamente se forma un nuevo cuáguulo quecohibirá definitivamente la hemorrágia.

c) Dias Después

Pueden ser debidas a movilización del coáguulo y corresponderá realizar el tratamiento ya indicado.

Mas frecuentemente se deben a infección del coágulo, que será removido según se ha dicho.

Se instituirá en este caso una terapia antibiótica, general y local. Local, espolvoreando en el alvéolo el contenido de una cápsula o pulverizando un comprimido para prevenir la infección y controlando la formación de un nuevo cuágulo.

b) DOLOR

El dolor puede ser definido como una sensación desagradable percibida, por el paciente.

Para el tratamiento del dolor, lo más importante es hacer primero el diagnóstico, para aplicar después la terapéutica adecuada. Por ejemplo; LA ALVEOLALGIA POSOPERATORIA.

En caso de dolor por alveolitis se realizará el tratamiento adecuado, para que desaparezca el dolor y el alvéolo recobre su estado de salud. En quienes el dolor persiste a pesar de todo los tratamientos efectuados por el dentista. el examen atento muestra que el dolor no se origina en el alvéolo, si no en la zona bucal vecina ya por trozos óseos fracturados durante la extracción y abandonados de bajo del perióstio, ya por el dolor producido en los músculos masticatorios. La extracción dentaria obliga al paciente a morder

con el lado sano, y el brazo de palanca largo provoca dolor muscular del lado enfermo.

El dolor requiere de la administración de drogas analgésicas.

ANALGESICO. Son drogas que elevan el umbral doloroso (hay menos sensibilidad), actúan sobre el S.N.C. (Sistema nervioso central).

c) ALVEOLITIS

Es una inflamación del alvéolo, que tiene proyecciones regionales.

ETIOLOGIA

Dos factores intervienen en la producción de la alveolitis; un estado general predisponente, que debió detectarse durante el interrogatorio al realizar la historia clínica, y un factor desencadenante local.

Entre las causas locales señalaremos, la anestesia local con vaso constrictores que por presencia física y acción química provocan isquemia zonal, disminuyendo la capacidad de recuperación de los tejidos.

Este fenómeno solo se producirá si efectuamos un empleo indiscriminado de la solución anestésica en lo que a cantidad inyectada respecta y siempre que se actúe en un terreno predispuesto.

También desempeña un rol importante el TRAUMATISMO, cuando en el curso de una extracción difícil o accidentada se recurra a maniobras, que traumatizan el margen gingival o las tablas alveolares y al curetaje indiscriminado, capaces de producir por causa instrumental una osteítis localizada.

Otro agente etiológico es la falta de reducción post-extracción de las tablas alveolares.

En ocasiones la presencia de esquirlas óseas, dentario de tártaro, dentro de la cavidad alveolar, que incluso provocan la aparición, de tumores en el margen gingival.

Las otras causas locales que pueden favorecer la instalación de alveolitis son:

COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE VECINDAD, LESIONES PERIAPICALES SEPSIS BUCAL, GINGIVITIS CRONICA, OMISION O FALTA DE CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

DIAGNOSTICO.

El signo patognomónico de la alveolitis es, el dolor intenso continuo e irradiado.

La inspección permite observar un alvéolo vacío, de paredes grises, o parcialmente ocupado por un magma gris y maloliente.

Cuando el alvéolo se encuentra vacío nos encontramos en presencia de una alveolitis seca.

Secuela de un Alvéolo Seco

PRONOSTICO

Instituido el tratamiento correspondiente, el pronóstico es bueno en caso contrario puede evolucionar hacia manifestaciones más serias como la supuración.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Cuando del estudio clínico del enfermo surgen evidencias de instalación habitual de alveolitis, se elevaran las defensas orgánicas, mediante la administración de vacunas antipíogenas polivalentes, o de gamma globulina, previamente

al acto quirúrgico.

En cuanto al tratamiento local, al efectuar la exodoncia controlaremos, lo siguiente;

Correcta higiene bucal antes y después del acto operatorio.

Adecuada antisepsia de la zona a intervenir.

Adecuada cantidad de anestésia.

Correcta eliminación del tartaro dentario (profilaxis)

Adecuada sindesmotomía.

Cuidadoso criterio en la elección de la correspondiente técnica de exodoncia, que debe ser fielmente seguida.

Eliminación de los procesos apicales o marginales que pudieran existir sin exagerar nuestras maniobras para impedir la infección de corticales sanas.

Atenta inspección y detersión de la cavidad operatoria y correcta reducción de las tablas alveolares.

TRATAMIENTO CURATIVO

Como primera medida se realizará un lavado a presión con suero fisiológico. Luego con una gasa embebida en agua

oxigenada, agua bidestilada o suero fisiológico, se procederá a la detersión (limpieza) del alvéolo. Cuando estas maniobras no consiguen desalojar el magma que pudiera contener el alvéolo se procederá a eliminarlo con la cureta, sin lesionar las paredes alveolares para respetar las defensas orgánicas.

Luego se procederá a colocar un aposito quirúrgico (WONDER PACK) Luego de instituida la terapéutica local estará indicada el aporte de anticuerpos preformados inespecíficos, para aumentar las defensas, del organismo, esto es mediante penicilinas.

CONCLUSIONES

Esta tesis ha sido elaborada, tomando en cuenta la posibilidad real de un accidente durante la extracción dental. Por ello manifiesta los pasos a seguir, para realizar un buen trabajo, lo que la buena práctica odontológica postula.

Y en caso de algún accidente hagamos el diagnóstico diferencial y realicemos el tratamiento adecuado para corregir ese percance.

El éxito de una extracción deriva, en que sigamos todos y cada uno de los pasos estipulados en la odontología actual. La que nos interesa, no nada más el diente o dientes a extraer, sino, el paciente en toda su totalidad, tanto orgánica como emocional.

BIBLIOGRAFIA

TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO

Alberto Palacio G.

Interamericana

ANATOMIA

Gardner

Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V. Segunda Edición
1978.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

Gustav O. Kruger

Interamericana Cuarta Edición 1983.

CIRUGIA BUCAL ATLAS PASO POR PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS

W. Harry Archer

Mundi - S.A. - C.I.F. 1978

Tomo I.

CIRUGIA BUCAL

Ries Centeno

"El Ateneo" Octava Edición 1979

CIRUGIA BUCAL

W. Harry Archer

Mundi - S.A. C.I.F. Segunda Edición 1968

Tomo II

EXODONCIA CON BOTADORES

Ernesto J. Pastori

Mundi - S.A. I.C.Y.F. 1977

ANESTESIA ODONTOLOGICA

Jorgensen

Nueva Editorial, Interamericana 1983