

870122
82
2ej

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



"LA EXODONCIA EN DIENTES PERMANENTES
NORMALMENTE IMPLANTADOS".

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Gerardo Antonio Saavedra Anguizola

Asesor: C.D. Luz María Lorena Barragán Flores

GUADALAJARA, JAL.

1986



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.

Indice.

Introducción.	1
Capitulo I. Indicações y Contraindicaciones en la Exodoncia.	3
A) Indicações	3
B) Contraindicaciones.	8
Capitulo II Técnicas de Anestesia en la Exodoncia	14
A) Técnicas para Maxilar Inferior.	16
a) Bloqueo del Nervio Dentario In- feior.	16
b) Bloqueo Mentoneano e Incisivo.	21
c) Bloqueo del Nervio Bucal Largo.	23
B) Técnicas para el Maxilar Superior.	25
a) Técnica Paraperiostica.	25
b) Bloqueo Infraorbitario.	27
c) Bloqueo del Nervio Alveolar Pos- tero Superior.	29
d) Bloqueo Nasopalatino.	32
e) Bloqueo del Nervio Palatino An- terior.	35
Capitulo III Posición, Instrumental y Técnica pa- ra la Extracción de Dientes Permanen	

tes Normalmente Implantados en el Maxilar Superior.	37
A) Técnicas de Extracción en el - Maxilar Superior.	40
a) Incesivo Central Superior.	40
b) Incisivo Lateral Superior.	42
c) Canino Superior.	43
d) 1o. y 2o. Premolares Supe-- riores.	45
e) 1o. y 2o. Molares Superio-- res.	47
f) 3o. Molares Superiores.	50

Capitulo IV Posición, Instrumental y Técnica - para la Extracción de Dientes Per- manentes Normalmente Implantados - en el Maxilar Inferior.	53
A) Técnicas de Extracción en el Ma <u>x</u> ilar Inferior.	54
a) Incisivo Central Inferior e- incisivo Lateral Inferior.	54
b) Canino Inferior.	55
c) 1o. y 2o. Premolares Inferio <u>o</u> res.	57
d) 1o. y 2o. Molares Inferiores	58
e) 3o. Molares Inferiores.	60

Capitulo V. Casuistica.

62

Conclusiones.

79

Bibliografía.

81

Introducción.

En tiempos antiguos la Exodoncia era realizada por empiricos los cuales recibían el despectivo nombre de "Sacamuelas";- ya que era denigrante e inconveniente que ésta fuera realizada por manos expertas, pues según el criterio equivocado de aquella época lo único que se tenía en cuenta era la fuerza bruta. Pero con el pasar del tiempo esta fue tomada en consideración- y actualmente una rama de la Odontología.

Hay que tomar en cuenta que la extracción dental no solo se hace para eliminar el dolor, ya que forma parte de tratamiento en las especialidades como la Ortodoncia y la Cirugía - Maxilofacial entre otras.

Durante mi carrera como estudiante y actualmente, siempre me ha interesado la Cirugía Bucal y Maxilofacial por lo que to me la desición de hacer esta tesis, que pienso puede ser de -- gran utilidad para el practicante, ya que mi principal objetivo es el de presentar de una forma concisa los principios y -- procedimientos de la Exodoncia en dientes permanentes normalmente implantados.

La Extracción Dental más simple es un acto Quirúrgico delicado por lo cuál para realizarla hay que tener un pleno congimiento del estado general del paciente y de las diferentes -

técnicas a seguir para culminar satisfactoriamente y en forma-pulcra la operación en sí.

CAPITULO I.

CAPITULO I.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN LA EXODONCIA.

Es de suponer que el Cirujano Dentista ha elaborado una historia clínica completa del paciente y ha realizado una evaluación preoperatoria antes de proceder a la extracción.

Además se deberá preparar cuidadosamente el plan quirúrgico a realizar incluyendo en éste las dificultades que se puedan presentar.

El más importante de los principios que rigen la extracción dentaria es conocer las indicaciones para la extracción.

Las indicaciones en la exodoncia son muchas y muy variadas.

A continuación vamos a mencionar que indica la extracción de una pieza dental. (4)(15).

A).- Indicaciones:

1. Dientes que presenten caries de 4o. grado que no tengan un tratamiento conservador.
2. En la enfermedad Periodontal ya sea aguda o crónica, la --

cual ya no sea susceptible al tratamiento, pudiendo ser causa de extracción. Por ejemplo, cuando el exámen clínico y radiográfico revelen una perdida grande de hueso, a pesar que el factor causante sea removido, la estructura siendo tan fragil no hara de la retención un procedimiento practico en estos -- dientes.

Las indicaciones 1 y 2 son básicas, pero debido a que -- son mejor controladas, hoy en día, es menos frecuetne que --- sean indicación para la extracción. (13)(16)(15).

3. Por razones Ortodónticas, cuando se requiere la extracción de un diente totalmente erupcionado, en erupción, o un diente de dentición primaria que haya permanecido en su sitio más -- allá de su época normal de exfoliación, ya que su erupción -- permitiría la normal erupción del permanente. En todos los ca sos de anomalías dentarias debe de consultarse al Ortodoncista, aunque la exagerada desviación de algunos dientes hagan - creer al cirujano que debe extraerlos.

4. Con frecuencia los terceros molares deben ser extraidos, - principalmente los inferiores, porque debido a la falta de es pacio en los arcos mandibulares, estos dientes se desvian de- su sitio normal y provocan accidentes dolorosos e infeccio--- sos. También se concidera una Indicación a los Terceros mola- res superiores que no tengan antagonistas.

5. Dientes en malposición que no puedan ser resueltos por medios ortodónticos. (13)(16)(4).

6. Dientes supernumerarios y Dientes Impactados. Generalmente estos dientes se encuentran en el Maxilar Superior aunque también pueden presentarse en el Maxiliar Inferior, y en algunos casos en ambos; Con frecuencia estos tienen apariencia normal, sin embargo en su mayoría son más pequeños y de forma anormal. Cuando se encuentran en mala posición y causen problemas deberan ser extraídos.

7. Los dientes que se encuentran en línea de fractura, ya que casi siempre es necesario la extracción para poder tratar el hueso fracturado, ya sea que los efectos traumáticos sobre el diente o el alvéolo a veces se encuentran más allá de las posibilidades de ser reparados.

8. Cuando por razones protéticas se requiera la extracción de uno o varios dientes sanos para la estabilidad de la o diseño de la prótesis.

La mayoría de los Protesistas coinciden que la retención de algunos dientes por ejemplo en el Maxilar Superior que no esten distribuidos igualmente, sirvan como un riesgo para la construcción de una dentadura bien adaptada.

9. Cuando el diente presenta fractura ya sea vertical u horizontal y no pueda ser solucionada por tratamientos conservadores, o el diente se haya desplazado al punto de poner en peligro estructuras vitales. La mayor parte de las lesiones traumáticas, sin embargo son el resultado de accidentes y se presentan principalmente en pacientes jóvenes; Casi siempre estos traumatismos causan la fractura de una porción o de la totalidad de la corona dental. (13)(11)(12).

10. Los Estados Patológicos de la pulpa, agudo o crónico que no sea susceptible al tratamiento Endodóntico, de igual manera dientes con afecciones periapicales, o dientes que requieran tratamientos endodónticos pero que estos no puedan ser --tratados debido a las dilaceraciones de sus raíces.

11. Cuando se encuentre un estado patológico en el hueso circunvecino que esté comprendido por una pieza dental o el tratamiento del estado patológico lo requiera.

Son ejemplos las necrosis óseas, la osteomielitis y los tumores; en este último se indica para la preparación de los tejidos, en los cuales los dientes están directamente involucrados en la radiación para controlar la neoplasia maligna.

Los tumores benignos clínicamente tienden a la recidiva.

Como algunas veces se inician en el periodonto o en el -
espacio interdental es necesario extraer uno o dos dientes, -
para asegurar su completa extracción o evitar su recidiva. -
(2)(4)(12)

B. Contraindicaciones.

Podemos decir en términos generales, que no hay ninguna-
contraindicación absoluta para extraer un diente.

Sin embargo, hay padecimientos locales y estados genera-
les perturbados por las afecciones dentarias y peridentarias-
como procesos infecciosos, y en una menor medida las afeccio-
nes malignas.

Hay que recordar que cada paciente y cada medio infeccio-
so, es un caso particular que necesita ser enfocado desde su-
punto de vista.

Con esto hacemos referencia a la indicación o contraindi-
cación de la extracción dentaria en presencia de procesos in-
fecciosos agudos, en sujeción con el diente a extraer.

En la producción de un proceso infeccioso de origen den-
tario (complicaciones de caries de 4o. grado, accidentes de -
erupción de los dientes retenidos); intervienen distintos fac-
tores locales, que es el estado del diente, su grado de infec-
ción general, y el estado de las defensas del paciente.

En términos generales solo se debe extraer el diente en-
circunstancias particulares. (13)(11)(4)

a).- Contraindicaciones por Afecciones Locales.

1. La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad lábil, debilitante y dolorosa, que se complica por la exodoncia intercurrente.

2. Cuando los maxilares han sido irradiados pueden desarrollarse una osteomielitis aguda después de la extracción, debido a la falta de suministro sanguíneo. Este estado es muy doloroso, el cual puede terminar con un desenlace fatal.

3. La infección aguda por celulitis descontrolada la cual debe ser llevada bajo control de manera que no se disemine aún más. El paciente puede llegar a presentar toxemia, lo que traería a consideración los factores sistémicos complicantes. El diente que ha causado la infección es de importancia secundaria en este caso, sin embargo para tener un mejor control de la infección se hace la extracción de la pieza tan pronto como esta no ponga en peligro la vida del paciente. Antes de que se dispusiera de antibióticos, el diente no se extraía hasta que la infección se había localizado, la pus se había drenado, y la infección había cedido a un estado crónico. La secuencia de estos eventos tomaba mucho más tiempo que el método actual de extraer el diente tan pronto como un nivel sanguíneo adecuado de un antibiótico hubiera llevado bajo control los factores sistémicos. (13)(11)(4)(15)

4. La enfermedad maligna afectada por la extracción de un ---
diente incluido en el crecimiento exacerbado y la ausencia de
cicatrización en la herida local.

5. La pericoronaritis se maneja mejor de una manera conserva-
dora que otras infecciones locales debido a la flora bacterio-
logica que se encuentra en la zona; ya que la demarcación del
tercer molar tiene un acceso más directo a los planos aponeu-
roticos profundos del cuello y al hecho de que la extracción-
de esta pieza es una técnica complicada que comprende la os--
teosección. (13)(16)

b).- Afecciones que dependen del Estado en General.

Estados Fisiológicos:

La menstruación años atras era conciderada como una con-
traindicación, pero actualmente no se contraindica la época -
menstrual, a menos que el estado cree en la paciente particu-
lares problemas. Por lo que en la exodoncia electiva, es preferi-
ble no hacerla durante el período ya que existe en la pacien-
te una menor estabilidad nerviosa y una mayor tendencia a la-
hemorragia de todos los tejidos.

El embarazo a excepción hecha de algunos casos particula-
res no es una contraindicación para la extracción dentaria. -

Pero en una paciente aprensiva, es preferible no efectuarla - durante los tres primeros meses, y siempre que los dolores y - el peligro de infección no aconsejen intervenir enseguida, to - mando en cuenta las debidas precauciones. (13)(11)(4)

Estados Patológicos:

Mencionaremos los Estados Patológicos que más frecuente - mente tienen vinculo con las contraindicaciones.

1. Los padecimientos cardiacos, así como afecciones de las ar - terias coronarias, hipertensión y decompensación cardíaca pue - den complicar la exodoncia.

Es casi seguro que en un cardíaco tranquilo no se produz - ca ningún trastorno, eligiendo y cuidando la anestesia, por - supuesto. Sin embargo en todos estos estados generales se --- rios, es aconsejable que el cirujano consulte el parecer del - clínico y que éste sea, en definitiva, quien indique la conve - niencia o el peligro de practicarla.

Usualmetne el paciente que ha padecido de un infarto no - debe ser sometido a cirugía bucal en aproximadamente seis me - ses. (11)(4)

2. Antes de comenzar a tratar a un paciente diabetico diagnos

ticado, se debe asegurar que el paciente este debidamente con trolado. Estos pacientes estan propensos a la infección de la herida y a la ausencia de una cicatrización normal; por lo -- cuál hay que tener un escrupuloso cuidado en la asepsia, y -- causar el menor traumatismo posible durante el acto quirúrgico. Si el paciente no esta controlado es recomendable no in-- tervenir hasta consultar la opinión del médico. (11)(16)(4)

3. Las patologías sanguíneas adjuntan anemias simples y más -- graves. Afecciones hemorrágicas tales como la hemofilia, y -- las leucemias. La preparación del acto quirúrgico varia de -- acuerdo con los factores subyacentes. (12)

4. La fiebre de causa desconocida a menudo puede agravarse -- por la extracción. Una probabilidad seria la Endocarditis Bac teriana Sub-aguda no diagnosticada que se vería complicada -- considerablemente debido a la extracción.

Muchas veces el cirujano dentista no comprende los peli-- gros de la endocarditis bacteriana sub-aguda ya que en la ma-- yoría de los casos este padecimiento no se presenta sino has-- ta dos o más semanas después de la aparición de la bactere--- mia. (12)

5. La senilidad puede ser una contraindicación relativa que -- requiere mayor cuidado para superar una mala respuesta fisio--

lógica a la cirugía.

6. La psicosis y neurosis excogitan una inestabilidad nerviosa que complican la exodoncia.

7. La Nefritis que requiere tratamiento puede crear un serio problema en la preparación del paciente para la exodoncia.

8. La Enfermedad de Addison o cualquier deficiencia esteroidea es extremadamente peligrosa. El paciente que ha sido tratado por cualquier enfermedad con un tratamiento esteroide, aunque esa enfermedad esté curada y el paciente no haya tomado esteroides durante un año, puede no tener suficiente secreción de la corteza suprarrenal como para soportar la tensión de una extracción sin tomar esteroides adicionales.

Debe vigilarse cuidadosamente a los pacientes sujetos a tratamiento con corticosteroides (Cortisona o Esteroides), ya que existe la posibilidad que los signos de infección pasen inadvertidos, aumentando así la diseminación de las infecciones. En este caso, como en varios otros, el dentista debe comunicarse con el médico del paciente. (11)(12)

9. La enfermedad debilitante de cualquier tipo hace que los pacientes esten en un serio peligro frente a ulteriores agresiones traumáticas. (11)

CAPITULO II.

CAPITULO II.

TECNICAS DE ANESTESIA EN LA EXODONCIA.

El método más utilizado para controlar el dolor en la -- practica Odontológica es bloquear la vía de los impulsos dolo-- rosos. Esto se realiza depositando extraneuralmente un agente químico adecuado en la proximidad del nervio o nervios a Blo-- quear. Debido a que la anestesia local intraoral es tan nece-- saria y frecuente en la práctica odontológica es menester que el operador llegue a ser hábil y eficiente en el uso de estos agentes. La destreza del odontólogo para realizar una inyec--- ción dental, con relativamente poca molestia para el pacien-- te, puede también contribuir, de manera importante para mejo-- rar su práctica profesional. Para muchos pacientes, la inyec-- ción intraoral es el momento más molesto y angustioso del pro-- cedimiento odontológico. El odontólogo debe informar al pa--- ciente que tendrá una molestia momentánea al principio de la-- inyección y debe dar confianza y tranquilizar al paciente du-- rante la misma.

Cuando se ha alcanzado el sitio apropiado para la aneste-- sia, se debe siempre aspirar antes de depositar la solu--- ción anestésica, ya que la aguja se puede encontrar en la luz de un vaso o arteria. Siempre la solución anestésica debe deposi-- tarse lentamente y a la vez observando al paciente en busca -

de reacciones anormales.

Hay varios principios básicos aplicables a las técnicas intraorales:

1. Se deben manejar y aplicar técnicas estériles.
2. La mucosa debe secarse con una gasa estéril antes de la --
punción con la aguja.
3. A criterio del operador pueden utilizarse soluciones anestésicas locales y/o metafén.
4. Deben utilizarse agujas desechables estériles previamente preparadas y cartuchos de solución anestésica estéril de dosis conocida.
5. La aguja no debera emplearse nuevamente sino desecharse --
después de cada inyección.
6. La jeringa de aspiración debe utilizarse especialmente en las inyecciones para bloqueo. (15)(1)(10)

Hay tambien varios factores a considerar en la elección de un método dado:

1. La zona a anestesiar.
2. Profundidad requerida.
3. Duración de la anestesia.
4. Presencia de infección.
5. Edad del paciente.
6. Estado del paciente.
7. Hemostasia, si se necesita. (1)

A).- Técnicas para el Maxilar Inferior.

a).- Bloqueo del Nervio Dentario Inferior:

El bloqueo de este nervio se considera como el más importante utilizado en Odontología, simplemente porque no existe otro método seguro que pueda proporcionar una anestesia total para los dientes posteriores inferiores. Sin embargo, para los premolares se puede escoger entre el bloqueo del nervio dentario inferior o del nervio mentoneano.

Una técnica de infiltración es infructuosa casi siempre en la región molar por el grosor y la densidad del hueso alveolar bucal y aún en la región premolar el hueso es comparativamente grueso.

El nervio lingual en general se ve afectado al mismo tiempo que se aplica una inyección dental inferior, ya que

los dos nervios están bien próximos. (5)(10)

Para obtener la anestesia troncal del nervio dentario inferior es necesario colocar la solución anestésica en las proximidades del sitio en que este nervio vaya a penetrar en el canal dentario inferior por el orificio que se encuentra en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula. Este orificio (Agujero Oval), está protegido por una lengüeta ósea, - la espina de Spix en la cuál se inserta el ligamento esfenomaxilar, el que se dirige desde ésta hacia atrás y hacia adentro hasta el ala interna de la apófisis pterigoides del esfenoides. (4)

Con esta técnica anestésica se logra el bloqueo del nervio dentario inferior o alveolar inferior y sus subdivisiones; nervio mentoneano, nervio incisivo y a veces el lingual y el nervio buccinador, que son ramas del nervio mandibular. - La zona de anestesia comprende los dientes de la hemiarcada - que se ha anestesiado, una parte de la encía bucal, la piel y la mucosa del labio inferior y la piel de la barbilla.

Como referencias anatómicas encontramos el pliegue mucobucal, borde anterior de la rama mandibular, cresta oblicua - externa, triángulo retromolar, cresta oblicua interna, ligamento ptérigomaxilar, espacio ptérigomandibular, borde anterior del músculo masetero. (1)(10)

Hay muchas técnicas para la administración de un bloqueo del nervio dental inferior, pero las principales son, el método directo y el indirecto, y de estas el primero es el preferido. Una vez terminada la Historia Clínica y antes de proceder a inyectar, es importante valorar cada caso cuidadosamente, ya que puede existir una variación importante en la posición del agujero mandibular en relación con las referencias - anatómicas que se emplean cuando se aplica una inyección.

El método para administrar el bloqueo del nervio dental-inferior derecho, tomando en cuenta que el odontólogo sea --- diestro se describe a continuación.

El operador se coloca frente al paciente, que se encuentra en posición cómoda. Se debe evitar el uso de una aguja -- corta ya que aumentaría el riesgo de romperse, por lo que se usa una aguja larga de calibre 27.

El área de la inyección se limpia con gasa estéril y se aplica un anestésico tópico. Una vez hecho efecto se limpia - de nueva membrana mucosa con una gasa estéril y se aplica un - antiséptico en el área.

Para localizar el punto de inserción de la aguja, se mueve el dedo índice o pulgar de la mano izquierda en forma distal en el dobléz mucobucal hasta que el borde oblicuo externo

se sienta en la cara anterior de la rama ascendente. Se rota el dedo de manera que la uña esté de cara hacia la lengua, -- con lo que se palpa la fosa o triángulo retromolar que se encuentra limitado medialmente por el borde oblicuo interno al cual se encuentra adherido el borde del rafe pterigomandibular. (5)(10)

Se incerta entonces la aguja, desde el lado opuesto de la boca, con el bisel de la aguja dirigido hacia el hueso, -- cortando la línea media de la uña y penetrando los tejidos en la depresión pterigotemporal. Durante la inserción se le pide al paciente que mantenga la boca ampliamente abierta. La aguja entra en los tejidos hasta tocar suavemente el hueso en la cara interna del ramus mandibular. La carpule debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo al plano masticatorio de los dientes del maxilar inferior.

Se retira la aguja entonces 1 mm. El próximo paso es asegurarse que la aguja no este en un vaso sanguíneo, por lo --- cual debe practicarse la aspiración, una vez comprobado que el líquido no se tiñe de rojo, se procede a depositar lentamente de 1 a 1.8 ml de solución anestésica.

La profundidad total de inserción normalmente es de 2-3-cm, pero se puede modificar a causa de las variaciones anatómicas. (4)(1)(10)(6)(8)

Se retira entonces la aguja lentamente y cuando se ha sacado la mitad de lo que había penetrado se inyecta en esa zona el resto de la solución para anestésicar el nervio lingual.

Hacemos notar que la anestesia obtenida en la región de los incisivos puede ser relativa debido a la inervación doble.

Para bloquear el nervio dentario inferior izquierdo, el dentista está a la derecha y ligeramente hacia la espalda del paciente. Entonces se emplea la mano derecha para sostener la jeringa y el brazo izquierdo se pasa alrededor y por atrás de la cabeza del paciente, se palpa la región retromolar con el dedo índice izquierdo o el pulgar para localizar el sitio de inserción de la aguja. (1)(5)

Una vez localizado, la aguja se inserta desde el lado opuesto de la boca, a un nivel que pasa por la bisectriz de la uña del índice y penetrando en los tejidos igual que en el lado derecho.

Los síntomas subjetivos nos lo proporciona el paciente, quien nos manifiesta que tiene una sensación de frialdad y de hormigueo en el carrillo, en el labio inferior, y a veces en la mitad de la lengua del lado donde se ha llevado a cabo la inyección. Si antes de la inyección ha habido dolor en cual--

quiera de los dientes comprendidos en la anestesia, un buen signo de haberse producido ella es la desaparición del dolor espontáneo o provocado en estos órganos. Sin embargo puede persistir algunas veces la sensibilidad pulgar o dentinaria, a pesar de la anestesia aparentemente del tronco nervioso. Hacemos notar que la anestesia obtenida en la región de los incisivos puede ser relativa, debido a la inervación doble. ---
(4)(1)(6)

b).- Bloqueo Mentoneano e Incisivo.

El nervio mentoneano es una de las ramas terminales del nervio dentario inferior. Este sale del interior de la mandíbula por el agujero mentoneano, el cuál se encuentra sobre la cara externa de la rama horizontal más o menos a la altura comprendida entre los dos premolares.

El agujero mentoneano normalmente se encuentra debajo del ápice del segundo premolar, o menos común, debajo y entre los ápices del primero y segundo premolares inferiores.

El nervio mentoneano inerva el labio inferior y los tejidos blandos, desde el primer molar permanente hasta la línea media. El nervio incisivo inerva la estructura ósea y pulpa de los premolares, caninos e incisivos.

En operaciones o exodoncia de la región de los incisivos inferiores puede recurrirse a este tipo de anestesia que no siempre es eficaz por si sola, pues la solución a inyectarse debe llegar por via del agujero mentoneano hasta el tronco -- del nervio. Como referencia anatómicas tenemos los premolares inferiores.

El área de la inyección se limpia con gasa estéril y se aplica un anestésico tópico, una vez hecho efecto se limpia de nuevo el sitio a anestesiar con una gasa estéril y se aplica un antiséptico en el área. (13)(4)(1)(5)(10)

La cara del agujero es posterior por lo que debe inyectarse por detrás. Para llevar a cabo la técnica se retrae el labio y la mejilla para permitir la colocación de la carpule con una aguja corta calibre 27, lo más atras posible con la boca parcialmente cerrada para relajar la musculatura bucal y evitar molestias al paciente. Con el dedo índice se palpa el paquete vasculonervioso al hacer su salida del agujero mentoneano. El dedo se deja allí ejerciendo una presión adecuada mientras la aguja se introduce con el bisel hacia el hueso y hacia dicho punto hasta que la aguja este cerca del paquete vasculonervioso; Se inyecta entonces 1.5 ml de solución anestésica con lentitud, y se aplica un masaje suave para que la solución fluya hacia el conducto.

El introducir la aguja en el propio agujero mentoneano - 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. (1)(5)(6)

El paciente referira hormigueo y adormecimiento del labio inferior en el lado inyectado. (1)

c).- Bloqueo del Nervio Bucal Largo:

El nervio bucal, bucal largo o buccinador, es rama del - nervio dentario inferior, del cual se divide luego que éste - atraviesa el agujero oval, pasa luego entre las dos porciones del Pterigoideo externo dirigiéndose hacia abajo, adelante y afuera, entre la apófisis coronoides y la tuberosidad del maxilar, corre por dentro del temporal, hasta el músculo buccinador, al cual atraviesa, dando inervación a la encía del lado bucal, del maxilar inferior.

Algunas veces al anestesiar el nervio dentario inferior, se anestesia también el nervio bucal largo, ya que este puede tener un recorrido proximo al borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, pero otras veces el recorrido lo realiza a lo largo de la tuberosidad del maxilar superior, antes de dar sus ramas para el músculo buccinador.

En este caso el nervio bucal no se bloqueara al infiltrar al nervio dentario inferior. (13)(4)

Este bloqueo nerviosos se utiliza como cierre de circuito en las extracciones de los molares inferiores, acompañando a la técnica troncular inferior cuando el caso lo requiera.

Una vez que se limpia el área con gasa estéril y de --- aplicar un anestésico tópico se procede a iniciar la técnica.

La inyección se aplica aproximadamente a un centímetro por arriba del plano oclusal y a pocos milímetros por dentro del borde anterior del maxilar inferior, por donde pasa el nervio bucal, dirigiéndose hacia abajo adelante y afuera, -- después de haber salido entre las dos porciones del músculo Pterigoideo externo. Se utiliza una aguja larga calibre 27 - y se depositan de 0.25 a 0.5 ml de solución anestésica.

Otra técnica alternativa es incertar la aguja y depositar la solución directamente en el triángulo retromolar.

El objeto de esta anestesia es bloquear la sensibilidad de la cara externa del maxilar inferior, desde el tercer molar al primer premolar, que depende del bucal. (1)(8)(10)

En esta anestesia no se presentan síntomas subjetivos, - por lo cual se debera ensayar la zona con instrumentos. (8)

B).- Técnicas para el Maxilar Superior.

a).- Técnica Paraperióstica: (Bloqueo de las Ramas Terminales).

Con esta técnica de anestesia se bloquean las ramas terminales largas y se anestesia toda la zona inervada por las - ramas terminales mayores afectadas.

Las referencias anatómicas dependerán de la zona a anestesiar. Los dientes individualmente, las zonas de sus raíces y el periostio del hueso serán las referencias más comunmente utilizadas. Esta técnica esta indicada para producir la anestesia de uno o dos dientes maxilares o de una zona limitada - del maxilar. Es el método eficaz y útil para la cirugía bu---cal. Se hace de preferencia en el maxilar superior, cuyo hueso, siendo particularmente esponjoso y rico en foraminas, y - puede ser facilmente alcanzado por el líquido anestésico. El termino paraperióstico se usa con preferencia al supraperióstico, para indicar que la solución anestésica se deposita a - lo largo y no sobre el periostio. Hay que tener presente de - que existe una variación en la densidad de la lámina ósea que cubre las raíces de los dientes maxilares.

Se coloca al paciente en una posición intermedia y que - este se encuentre comodo. El área de la inyección se limpia - con una gasa estéril y se aplica un anestésico tópico. Una -- vez hecho efecto, se limpia de nuevo con gasa estéril y se -- aplica un antiséptico en el área. (13)(1)(10)

El fondo del surco vestibular es más sensible, y reali-- zando la maniobra que vamos a comentar la punción es casi in-- perceptible. Detalle éste sumamente importante, porque las ma niobras que provocan dolor en la cavidad bucal son muy moles-- tas; el paciente sabe agradecer lo que hagamos en su favor pa ra evitarles dolores inútiles. La maniobra a que nos acabamos de referir consiste en lo siguiente: Deben sujetarse el labio y la mejilla entre los dedos pulgar e índice, estirandolos ha cia afuera en forma tal que pueda distinguirse la línea limi-- tante entre la mucosa alveolar móvil y la mucosa gingival fir me y fija. Se utiliza una aguja corta calibre 27, esta se in-- serta através de la mucosa alveolar cerca de la gingival; de-- inmediato se deposita una gota de solución anestésica local - en ese lugar, y se sigue avanzando lentamente, inyectando --- anestesia a su paso, hasta ubicar la punta de la aguja, con - su bisel hacia el hueso, en las vecindades del periostio y -- por encima del ápice del diente a intervenir.

La jeringa debe de estar ligeramente paralela al diente-- y la solución anestésica debe infiltrarse lentamente, cuya --

cantidad debiera estar en proporción a la operación quirúrgica a realizarse. Es conveniente frotar el cartucho de anestesia para que el líquido tenga la misma temperatura que el cuerpo humano. Hay que recordar que antes de depositar la solución - siempre se debe de practicar la aspiración. Para alcanzar una anestesia optima es necesario esperar unos cinco minutos, para que el líquido se difunda através del hueso cortical.

Cualquiera de los dientes maxilares incisivos, caninos y premolares pueden ser anestesiados de esta manera. (13)(1) --
(10)

b).- Bloqueo Infraorbitario:

Con esta técnica de anestesia se proporciona analgesia - del nervio dental anterosuperior el cual inerva los incisivos y caninos superiores, y por lo regular también el nervio dental superior que inerva los premolares superiores y la raíz - mesiobucal del primer molar. Los nervios nasal, lateral y labial superior tambien son inoculados. Tambien se anestesia el soporte ósea, el tejido blando, el labio superior y parte de la nariz del mismo lado. Así como su periodonto con excepción de la encía palatina.

El nervio infraorbitario es continuación directa del maxilar superior. Se introduce en la orbita a través de la hen-

didura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma, primero en el surco y luego en el canal infraorbitario, para luego -- aparecer en el agujero infraorbitario, y distribuirse por la piel del párpado inferior, la porción lateral de la nariz y -- el labio superior, así como la mucosa del vestibulo nasal. -- (1)(5)(10)(6)

El paciente se coloca cómodamente en el sillón dental y se inclina de tal manera que el plano oclusivo maxilar se encuentre a 45° del piso. El primer paso es localizar el agujero infraorbitario. Este se encuentra inmediatamente por debajo de la papila ocular; cuando el paciente se encuentre viendo -- hacia adelante, ya que el foramen infraorbitario esta generalmente en línea recta imaginaria con las pupilas oculares, hen didura infraorbitaria, premolares superiores y el agujero mentoneano.

El pulpejo del dedo índice de la mano izquierda debe de quedar fijo sobre el orificio infraorbitario, para proteger -- al ojo por si la aguja sube más allá del agujero. Una vez colocado el dedo índice, se retrae el labio superior con el dedo pulgar de la misma mano, y se asea la mucosa de la zona -- del segundo premolar. (1)(5)(10)

Se introduce una aguja larga, calibre 27, colocando el -- bisel de la misma contra el hueso y en línea paralela con la-

escotadura supraorbitaria, la pupila ocular, la escotadura infraorbitaria y el segundo premolar superior, si esta en su lugar. La aguja se inserta a unos cinco milímetros fuera del -- pliegue mucolabial para pasar sobre la fosa canina. La aguja--no deberá penetrar más de $3/4$ de la pulgada. Esta profundidad limitada y el índice palpante impiden que la aguja entre en - la cavidad orbitaria.

Se depositan lentamente 1.8 ml de solución anestésica, - manteniendo el dedo índice en posición hasta terminar la in--yección. Después se frota la solución con suavidad hacia el - agujero infraorbitario.

El paciente refiere hormigueo y adormecimiento del labio superior, párpado inferior y ala de la nariz del lado aneste--siado, pero no son necesariamente una indicación de una buena anestesia, ya que los nervios que abastecen estas áreas pue--den estar bloqueados, mientras que el nervio alveolar supe---rior anterior no puede estar afectado. (13)(1)(5)

Esta inyección está indicada cuando la infección contra--indica el uso de la inyección paraperióstica, así como tam---bien, cuando se piense realizar un procedimiento sobre el an--tro maxilar o al extraer varios dientes.

c).- Bloqueo del Nervio Alveolar Posterosuperior:

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

Esta técnica se utiliza para la extracción de los molares superiores. Se anestesian los molares superiores a excepción de la raíz mesiobucal del primer molar; la prominencia alveolar bucal de los molares superiores incluso las estructuras que lo cubren, periostio, tejido conjuntivo y la membrana mucosa.

Como referencia anatómica podemos tomar el pliegue mucobucal y su concavidad, proceso cigomático del maxilar, borde anterior y proceso coronoides de la rama de la mandíbula y su superficie infratemporal del maxilar superior. (1)(6)

El paciente se coloca con la cabeza casi vertical y comodamente sentado de manera que las caras triturantes de los molares superiores estén colocados horizontalmente. El operador se coloca a la derecha del paciente para el lado derecho y frente y a la izquierda para el lado izquierdo.

Una vez colocado el paciente y el operador en posición -

ideal se procede a limpiar el área de la inyección con gasa - estéril y se aplica un anestésico tópico. Una vez hecho efecto se limpia nuevamente la zona y se aplica un antiséptico.

Se le pide al paciente que entreabra la boca para permitir al operador, con un separador, espejo bucal o simplemente con el dedo índice o mediano de la mano izquierda, estirar la comisura bucal del lado a anestesiarse.

Se toma la carpule con el cartucho de solución a utilizar y aguja corta calibre 27. Se punza en el fondo del surco-vestibular a nivel de la raíz distal del segundo molar. Después que la aguja ha atravesado con su bisel hacia el hueso, - la mucosa bucal y el buccinador, se avanza en un ángulo de -- 45° grados con el plano oclusal de los molares superiores; -- llevando la punta de la aguja hacia arriba, atrás y adentro, - pasando alrededor de la curvatura de la cara posterior de la-tuberosidad del maxilar. (13)(10)

Después de aspirar y asegurarse que la punta de la aguja no esté en la luz de un vaso, se procede entonces a inyectar-lentamente el contenido del cartucho (1.8 ml), manteniendo la posición de la aguja.

Debe obtenerse la anestesia de los tres molares superiores, incluso la prominencia alveolar bucal, el periostio y la

mucosa. Sin embargo no incluye la raíz mesiobucal del primer molar superior inervada por el nervio alveolar superior medio. Esta raíz y los tejidos vecinos pueden anesthesiarse mediante la infiltración bucal sobre la raíz mesiobucal.

Los síntomas usuales que siente el paciente tales como el entumecimiento de los tejidos blandos, no aparecen en grado apreciable cuando la inyección se aplica en la región molar bucal. Se debe informar de esto al paciente antes de empezar la intervención. Además de la inyección supereperióstica para anestesiar la raíz mesiobucal del primer molar se debe realizar la inyección palatina posterior. Como precaución es importante llevar siempre la aguja en contacto con el hueso, evitando así puncionar órganos anatómicos importantes, tales como la arteria maxilar interna, el plexo venoso pterigoiideo, la bola adiposa de Bichat, o el músculo pterigideo externo; estas contingencias pueden producirse al llevar la aguja más de dos centímetros atrás y arriba de los orificios dentarios. La punción de los vasos puede traer aparejados hematomas de consideración. (13)(6)(1)(15)

d).- Bloqueo de Nasopalatino:

El nervio nasopalatino es el mayor de las ramas nasales-postero superiores. corre hacia abajo, adelante y a lo largo del tabique nasal, atraviesa el conducto palatino anterior y

da ramas a la porción más anterior del paladar duro y la lamina que rodea los incisivos superiores. En la bóveda palatina, sobre la línea media y por detrás de los incisivos centrales, se encuentra el orificio exterior del conducto palatino anterior, formando a su vez la unión de dos canales palatinos. En el fondo de estos conductos aparecen dos orificios, uno anterior y otro posterior (orificios de scarpa), por donde emergen los nervios nasopalatinos izquierdo y derecho.

Estos nervios nasopalatinos o palatinos anteriores, inervan la parte anterior del paladar hasta la altura del canino. El orificio coincide con la papila palatina, que es muy visible haciendo abrir la boca al paciente, ésta es muy sensible y a menos que se tenga mucho cuidado el bloqueo del nervio nasopalatino puede ser muy doloroso. (13)(5)(6)

Esta inyección anestesia el tercio anterior del paladar, desde el canino de un lado al canino del lado opuesto. Sin embargo, comúnmente hay entrecruzamiento del nervio palatino anterior en la región de los caninos. Para conseguir la analgesia opuesta del canino al mismo tiempo que la región incisi--va, sera necesaria una infiltración en la cara palatina de este diente además del bloqueo nervioso. (15)(5)

El paciente debe estar con su cabeza inclinada hacia ---
atras para poder así observar facilmente la región.

El área de la inyección se limpia con gasa estéril, y se aplica un anestésico tópico. Una vez hecho efecto se limpia nuevamente el área y se aplica un antiséptico.

Para proceder se coloca una aguja corta calibre 27 en posición plana sobre la mucosa y a nivel de la parte lateral de la papila incisiva, presionándose contra la mucosa. La solución se fuerza contra el epitelio en cuyo interior se difunde con rapidez, haciendo palidecer los tejidos.

Se hace avanzar la aguja solo lo suficiente como para -- que atraviese el epitelio, y se inyecta una gota de solución. Cuando se ha hecho contacto contra el hueso se retira la aguja 1mm, en este momento la punta de la aguja estará por debajo de la papila y a nivel de la entrada del conducto nasopalatino. (13)(10)(7)

La inyección se aplica lentamente para así evitar desgarreros de los tejidos, lo que traera como consecuencia dolor -- post-operatorio; Se depositan 0.5 ml de solución anestésica.

Cuando se anestesian estos nervios se produce una sensación desagradable sin embargo el operador puede aplicar estas inyecciones en forma indolora, por medio de su habilidad y su experiencia. (13)

Esta técnica de anestesia en exodoncia es considerada como complemento o de cierre. (13)

El paciente refiere adormecimiento de el paladar cuando se toca con la lengua. Para demostrar la ausencia de sensación dolorosa se recurre a los instrumentos. (1)

e).- Bloqueo del Nervio Palatino Anterior:

El Nervio Palatino anterior corre desde la fosa pterigopalatina hacia abajo en el canal del conducto palatino posterior, atraviesa el agujero palatino posterior para aparecer en el paladar duro e inerva la mucosa de esta región y la encía palatina correspondiente. El agujero palatino esta situado en la parte media de los molares segundo y tercero más o menos a medio camino entre el margen gingival palatino de estos dientes y la línea media.

Con el bloqueo del nervio palatino anterior se anestesia el mucoperiostio palatino, desde la tuberosidad hasta la región de los caninos y desde el plano medio, a la cresta gingival en el lado inyectado. (13)(15)(6)

Es frecuente que se note la presencia de estos orificios por unas depresiones de la fibromucosa. El área de la inyección se limpia con una gasa estéril y se aplica un antiséptico

co tópico, una vez hecho efecto se limpia nuevamente y se --- aplica un antiséptico. Se procede a colocar la aguja en el -- punto de punción, esta debe ser corta y de calibre 27, colo-- cando el bisel en sentido plano contra la mucosa distal al se gundo molar y en posición intermedia entre el margen de la en cía y la línea media. La carpule se situa paralela al plano - sagital del molar y apuntando en dirección un poco distal.

La aguja se incerta muy lentamente hasta alcanzar el hue so del paladar, retirando la aguja lmm. La solución anestési- ca se inyectara pausadamente, de 0.25 a 0.5 ml.

Antes de proceder se le debe prevenir al paciente que ex perimentara una sensación de presión cuando se coloque el bi- sel de la aguja contra la mucosa. (13)(4)(10)

Cuando se anestesian estos nervios se produce una sensa- ción desagradable, sin embargo el operador puede aplicar esta forma indolora por medio de su habilidad y experiencia.

El paciente refiere una sensación de adormecimiento en - el paladar posterior cuando se toque con la lengua. (1)(10)

CAPITULO III.

CAPITULO III.

POSICION, INSTRUMENTAL Y TECNICA PARA LA EXTRACCION DE DIEN--
TES PERMANENTES NORMALMENTE IMPLANTADOS EN EL MAXILAR SUPE---
RIOR.

La extracción de los dientes tiene una marcada influen--
cia psicológica en el paciente. Las mujeres en especial, ven--
la perdida de un diente como una desfiguración grave. Los ---
dientes reflejan la personalidad e individualidad. Su extrac--
ción, independientemente de la causa, a menudo provoca ver---
guenza y diversos grados de ajuste psicológico. La extracción
de los dientes puede ser nefasta para el paciente.

El más importante de los principios que rigen la extrac--
ción dentaria es conocer las indicaciones para la extracción.
(ver capitulo I)

Es importante que el cirujano dentista este conciente de
que el paciente debe estar confortablemente sentado en el si--
llon dental, su espalda apoyada en el respaldo del sillon, y--
su cabeza colocada comodamente en su respaldo. La altura en -
que se debe colocar el sillón dental varia según la línea de
trabajo del operador, ya sea, si trabaja de pie o sentado, y--
en el maxilar superior o inferior. (13)(14)

Se coloca al paciente en posición reclinada de modo que el operador tenga una visión directa del campo quirúrgico. --
(2)

El maxilar del paciente debe estar a la altura del hombro del operador. Esta posición permite que la parte superior del brazo cuelgue flojamente de la articulación del hombro, evitando así la fátiga asociada al hecho de mantener los hombros en una posición no correcta durante el día.

Las posiciones bajas permiten al operador poner en funcionamiento los músculos de la espalda y de las piernas de manera de ayudar al brazo.

El operador debe colocarse a la derecha del sillón dental ligeramente delante del paciente dándole el frente. La mano derecha está destinada al manejo de los instrumentos quirúrgicos. Siendo así la mano izquierda su colaboradora, sosteniendo el maxilar y separando los labios o la lengua. (13) --
(11)

Al intervenir en el maxilar superior izquierdo, se sostiene el borde alveolar y la cabeza del paciente colocando el índice izquierdo sobre el hueso alveolar labial y el pulgar izquierdo sobre el hueso alveolar palatino. Cuando la cirugía se efectúa en el maxilar superior derecho, las posiciones del

mía del diente especialmente la dirección de la curvaturas de las raíces o cualquiera otra condición existente que pueda influenciar la extracción.

La técnica varia con los diferentes tipos de dientes. --
(14)

A).- Técnicas de Extracción en el Maxilar Superior.

a).- Incisivo Central Superior:

Por lo general su forma radicular es cónica aplastada en sentido mesiodistal y su alveólo ligeramente de igual forma.- El tejido óseo es más abundante hacia el lado palatino. En algunas ocasiones, cuando los dos incisivos tienen sus ápices - próximos, el conducto palatino puede encontrarse próximo al - alveólo de un incisivo o al de ambos dientes. (13)(3)

El instrumental adecuado para la extracción del incisivo central superior es la pinza recta cuya parte activa y acanalada se adapta al cuello del diente. Colocando primero el bocado en la superficie más difícil que como ya se menciona es la palatina. (11)(15)(3)

Para la luxación de éste diente se puede actuar según -- sus dos mecanismos clásicos que son movimientos de laterali--

dad y rotación. Los movimientos de lateralidad, que en el caso de este diente se aplican en sentido bucopalatino se lleva a cabo con un primer movimiento hacia vestibular, continuando con un segundo movimiento hacia palatino, ejerciendo siempre una presión en sentido apical; Con el ápice, como centro de rotación, se efectuaran todos los movimientos.

Después de haber realizado el desplazamiento palatino el diente ocupa su posición inicial, procediendo a hacer movimientos de rotación hacia la derecha y hacia la izquierda las veces que se requiera. Durante el curso de los movimientos de rotación se suspende la presión apical, y se comienza a realizar el de tracción, hacia abajo y ligeramente hacia adelante, siguiendo el eje del diente se desalojara la pieza de su alvéolo.

Todos estos movimientos deben ser ejecutados con tal precisión, sincronización y armonía que en conjunto se forma un tiempo único cuya consecuencia sea la extracción dentaria por lo que en las siguientes técnicas haremos omisión de este párrafo. (13)(11)

Después de haber liberado el diente de su alvéolo y examinado de que este completo, se comprime el alvéolo expandido entre el dedo pulgar y el índice izquierdo para reducir la distensión de los tejidos de soporte tanto blando como duro y

ayudar a una mejor cicatrización de la herida. (3)

En técnicas posteriores se hará omisión de este párrafo también.

b).- Incisivo Lateral Superior:

La raíz del incisivo lateral es de forma cónica igual al incisivo central, aunque más aplastado en sentido mesiodistal. Frecuentemente presenta anomalías en su forma y dirección.

Como instrumental se utilizan los mismos forcéps que para el incisivo central.

Para hacer la prehensión de este diente se siguen las mismas normas dadas para el incisivo central, recordando que los bocados del forcéps deberán tener una alineación correcta con el eje longitudinal de la raíz, evitando así la fractura del diente. (3)(15)

El primer movimiento se efectúa hacia palatino el cuál puede ser más amplio ya que el movimiento hacia vestibular se debe realizar solo lo estrictamente indispensable debido a su fragilidad y el espesor de la tabla externa. Se termina con un movimiento hacia abajo y hacia adelante en línea con la po

sición original del diente; Tomando en cuenta que los movimientos de rotación serán cortos, ya que frecuentemente presenta anomalías radiculares. La amplitud de estos movimientos será dada, más todo por la sensación de resistencia que perciba la mano del operador. La extracción de este diente se debe terminar con movimientos de tracción y rotación simultaneos.

c).- Canino Superior:

Este diente posee una fuerte y sólida raíz, siendo la más larga de todos los dientes de la arcada.

Es ligeramente aplastada en sentido mesiodistal y su ápice se presenta con anomalías de forma y laceraciones en ocasiones. Su alvéolo tiene regularmente forma cónica, ligeramente aplastado igual que la raíz.

Los caninos superiores son los dientes más difíciles de remover, primero por la longitud de sus raíces y frecuentemente por su curvatura apical y porque están firmemente adheridos a la premaxila; Y están cubiertos solamente por una delgada y fragil tabla vestibular. Hay que tomar en cuenta también su vecindad con las fosas nasales y la órbita ocular. (3) ---
(14)

Como una gran fuerza es necesaria para dislocar estos --

dientes, las fracturas parciales o totales de la pared facial del alvéolo es bastante común.

Los forcéps como los utilizados con los incisivos Superiores son los mismos y así como la prehensión siguen las mismas normas.

El primer movimiento para la luxación del diente se efectúa hacia vestibular. Este debe hacerse con precaución debido a la fragilidad de la tabla externa. Con un segundo movimiento hacia palatino siguiendo con movimientos vestibulares y palatinos repetidos con mayor amplitud.

La rotación es el movimiento fundamental en la extracción de este diente. Su amplitud no debe ser muy acentuada debido a las frecuentes dilaceraciones apicales. (13)(11)(14)

Pero con la conjunción de todos los movimientos se obtendrá la extracción del canino.

Una vez que el operador sienta que el diente está luxado, se termina con movimientos de rotación, y tracción hacia-abajo y hacia adelante tomando en cuenta que la pieza se encuentra en su posición original para este último paso. (13) - (11)

d).- 1o. y 2o. Premolares Superiores:

El primer premolar comúnmente tiene dos raíces, una bucal y una palatina o raíz única bifurcada en su posición apical y otros casos donde la raíces están completamente fusionadas. Los conductos radiculares y la frecuente dilaceración radicular, dan a la raíz una gran fragilidad. La fractura de estos dientes se facilita si no son manipulados despacio y correctamente.

Por su parte el segundo premolar superior, presenta raíz única, pero por lo general más aplastada mesiodistalmente.

Estos dientes son más fáciles de extraer que el primer premolar ya que generalmente tiene una sola raíz, la cuál es sustancial en tamaño, movimientos cuidadosos de rotación y hacia el lado bucal con tracción gradual usualmente luxa el diente. Pero por lo general se usa la misma técnica que para el primero. La relación de esta pieza con el seno maxilar es aún mayor que la del primero; aunque pueden ser variables hay que tomarlas en consideración.

Si el examen cuidadoso de las radiografías indican que el primer premolar tiene raíces fusionadas se podrán hacer cortos movimientos de rotación.

Para llevar a cabo la extracción de los premoalres superiores se utilizan los forcéps utilizados para tal objeto, -- forcéps para premolares superiores. (11)(2)(3)(14)

Es una pinza ligeramente curvada en sus dos porciones, -- lo cual permite acomodarla con facilidad al cuello del diente.

La parte activa forma con la parte pasiva un ángulo obtuso.

Para hacer la prehensión del diente se aplican los mordientes de la pinza, todo lo elevado que le permita el nivel del borde alveolar. La extracción del primer premolar debe -- ser hecha en base a movimiento de lateralidad. La rotación no debe ser aplicada; esta se podrá utilizar sólo en caso de que las raíces esten completamente fusionadas.

El primer movimiento se efectúa hacia vestibular con un movimiento breve; el segundo movimiento hacia palatino, también de poca amplitud. Ya que la fragilidad del diente no permite hacer movimientos externos. Estos movimientos no son suficientes por lo que deben repetirse hasta lograr la luxación de la pieza. Estando el diente en su posición original se hace un movimiento de tracción hacia abajo y afuera para desplazar la pieza. (13)(11)

Hay que tener mucho cuidado en estos últimos movimientos procurando que no se fracture algunas de las raíces antes de abandonar el alveólo. (13)

e).- 1o. y 2o. Molares Superiores:

El primer molar está compuesto por tres raíces; Una palatina y dos bucales (mesial, distal). La raíz palatina es la más gruesa, larga y sólida por lo tanto la mayor de las tres, su forma es cónica y su ápice es redondeado. La raíz mesial está aplastada en sentido mesiodistal. Su dirección es hacia arriba, adelante y afuera siendo común las anomalías de forma.

La raíz distal es más delgada que la mesial y más aplastada en el sentido mesiodistal. Las anomalías de dirección se presentan en esta raíz con mayor frecuencia que en las otras dos. (3)

La forma de dirección de las raíces no son constantes, generalmente están separadas; pero en ciertas ocasiones se presentan fusionadas las raíces bucales. En el segundo molar el número y la colocación de las raíces son semejantes, sin embargo son menos divergentes, y además en un gran porcentaje de casos las raíces se presentan parcial o totalmente fusionadas. Es frecuente poder encontrar un gran número de anomalías

en esta pieza.

En el mercado existen diversas marcas de instrumentos a la que haremos omisión haciendo ver que todos tienen el mismo fundamento y difieren en detalles. Lo importante en los modelos es la forma y disposición de los mordientes, los cuales deben adaptarse a la forma y disposición de la pieza a extraer.

Hay que mencionar que para los molares superiores existen dos tipos de forcéps, uno para el lado izquierdo y otro para el lado derecho.

El forcéps anatómico para molares superiores esta formado por las dos partes comunes de la pinza, la que presentan las curvaturas necesarias para alcanzar con comodidad la ubicación del molar. Los bocados de la pinza son diferentes, posee un lado interno dispuesto en forma de canal para acomodarse a la forma de la raíz palatina y un bocado externo cuya cara interna se adapta a la anatomía de la pieza. (11)

Para la prehensión del diente se colocan los mordientes del forcéps por debajo del margen gingival colocando primero el lado palatino luego el vestibular. Una vez colocado el forcéps en el punto de aplicación, se procede a luxar la pieza haciendo un primer movimiento cuya lateralidad sea de poca am

plitud hacia vestibular, tomando en cuenta la debilidad de la tabla externa. Se sigue con un movimiento hacia abajo y hacia el lado palatino, tomando en cuenta no volver a incluir la --raiz palatina en su alvéolo, al hacer este movimiento se puede detener cuando el diente está en su posición vestibulo-palatina original, pero más abajo. Se prosigue con movimientos vestibulares de mayor amplitud, terminando la extracción con la suspensión de la presión hacia el ápice dirigiendo el diente a su posición original en línea hacia afuera se desplaza la pieza hacia afuera y abajo. (13)(11)(16)(3)

La técnica para la extracción del segundo molar sigue -- las normas antes mencionadas, teniendo en cuenta la fragilidad de las raíces y la fusión de estas para evitar la fractura.

Los movimientos de lateralidad pueden ser más amplios -- que para el primero. (13)

Todos los movimientos con las pinzas deben ser firmes y deliberados, no repentinos, violento; ni espasmódicos. (2)

Hay que tomar en cuenta la vecindad del primer y segundo molar, con el seno maxilar y la relación del organo dental -- con la cavidad sinosal, estas pueden ser variables. (13)

f).- 3o. Molares Superiores:

Este molar es proporcionalmente más pequeño que el segundo molar superior. La función de las raíces es más común y en algunos casos se haya la función de las tres raíces, siendo así uniradicular. Esta sujeto a grandes variaciones, desarrollo, número y forma de sus raíces. Estas raíces las cuales -- pueden ser más de tres, son generalmente curvas, y como re---glas estan fucionadas, como ya se menciono. No ofrecen gran -resistencia excepto cuando estan dilaceradas en varias direcciones. Todo esto hace que el tercer molar superior tenga una extraordinaria fragilidad en su porción radicular.

Es importante realizar un exámen radiográfico para poder determinar la posición y el número de raíces, estado de los -tabiques alveolares y las relaciones con el seno maxilar y la tuberosidad maxilar, esta ultima facilmente fracturable. --
(13)(14)(3)

La extracción de este diente es frecuentemente difícil - debido a su inclinación distal y porque cuando la boca es ---abierta, el desplazamiento hacia adelante del proceso coronoi des del ramus mandibular hace la aplicación del forcéps difícil. (14)

La técnica que a continuación describimos es solo para -

terceros molares maxilares normalmente implantados y sin dilatación en sus raíces.

Para la extracción de esta pieza se puede utilizar los mismos forcéps que para los primeros y segundos molares, pero para un mejor acceso se puede utilizar un forcéps especial -- con mordientes cortos y angulados.

La boca del paciente no debe de estar abierta en toda su amplitud, ya que esta debe estar sólo entreabierta, facilitando así la relajación del carrillo. (13)(11)(14)

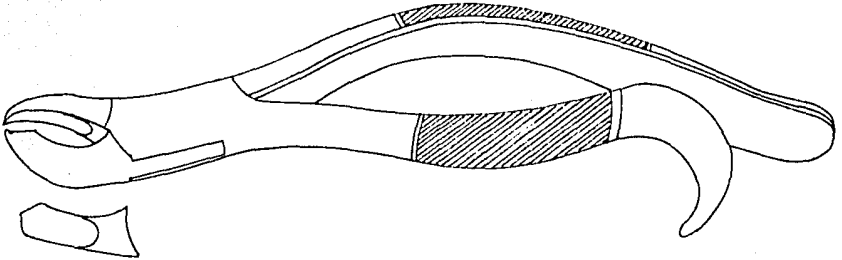
El forcéps se introduce por vestibular y llegando al sitio del tercer molar se aplican los mordientes por debajo del margen gingival procurando que esté en la misma dirección -- que el diente a extraer. (15)

Cuando se ha luxado el molar previamente con el elevador, generalmente basta con un movimiento de lateralidad hacia afuera. En caso contrario se complementa con un movimiento ligero hacia el lado palatino. Los movimientos restantes son iguales para los primeros y segundos molares superiores.

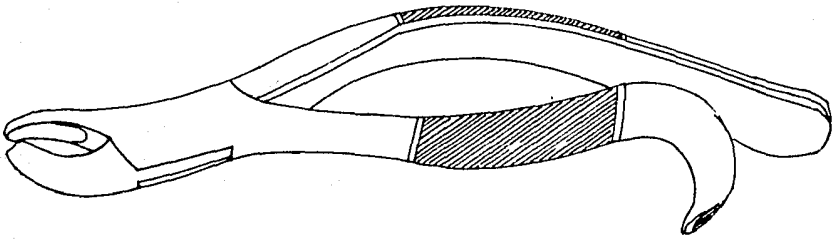
Hay que tomar en cuenta la amplitud de la zona distal de la tuberosidad, vecina al tercer molar, ya que es altamente variable. Su resistencia y solides también lo son. Su fractu-

ra podría comprometer en muchas ocasiones el piso del seno ma
xilar y desprenderse junto con el molar.

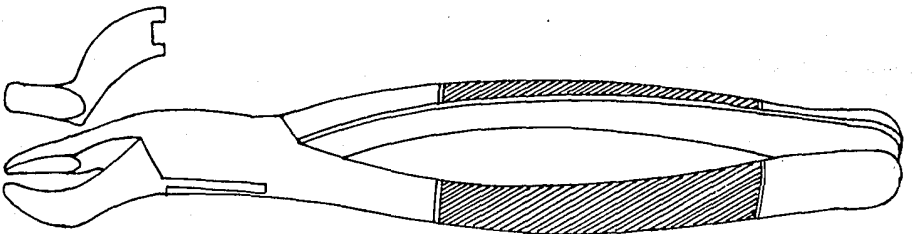
FORCEPS PARA MOLARES SUPERIORES.



PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES SUPERIORES DERECHOS. No. 18R

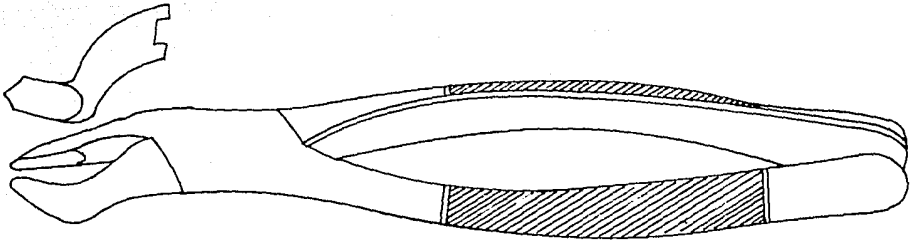


PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES SUPERIORES IZQUIERDOS. No. 18L

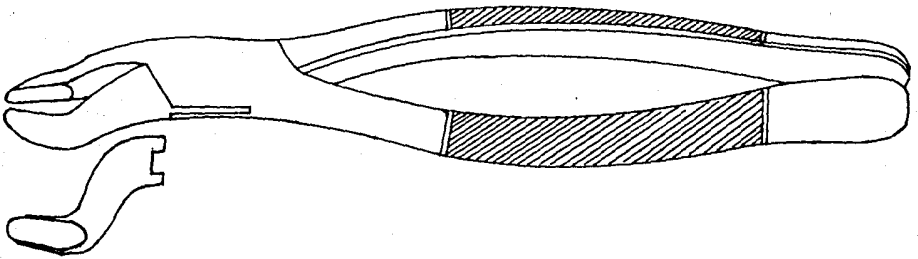


FORCEPS PARA 1o. y 2o. MOLARES SUPERIORES DERECHOS. No. 53R.

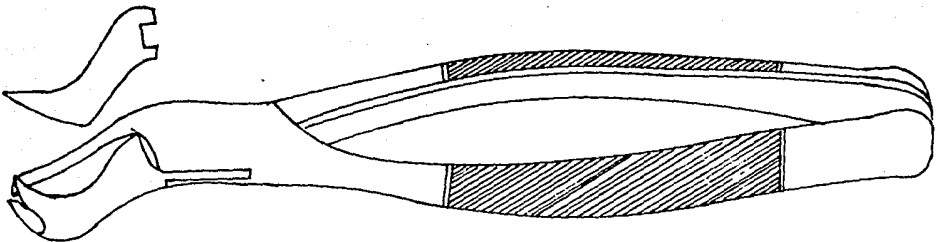
FORCEPS PARA MOLARES SUPERIORES.



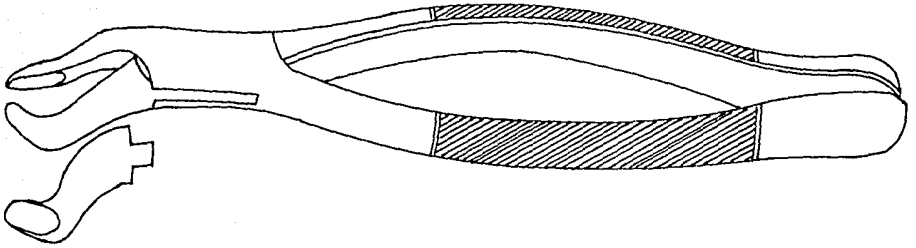
FORCEPS EN FORMA DE BAYONETA PARA 1o. Y 2o. MOLARES SUP. IZQUIERDOS. No. 53L



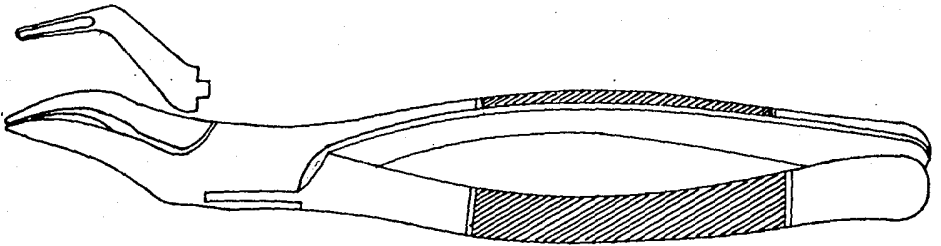
FORCEPS PARA 1o., 2o., Y 3o. MOLARES SU. No. 10s



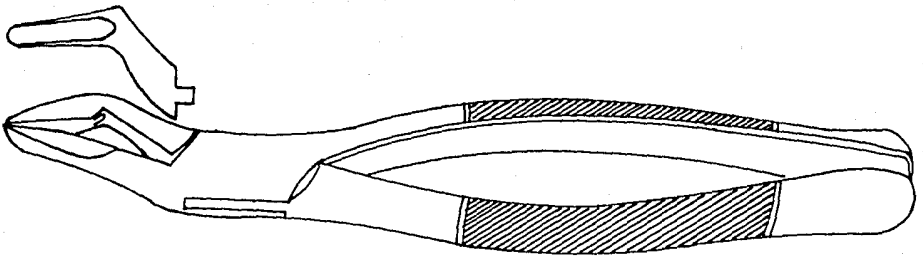
FORCEPS PARA 1o. Y 2o. MOLARES SUPERIORES IZQUIEDOS. No. 88L



FORCEPS UNIVERSAL PARA TERCEROS MOLARES SUPERIORES. No. 2105

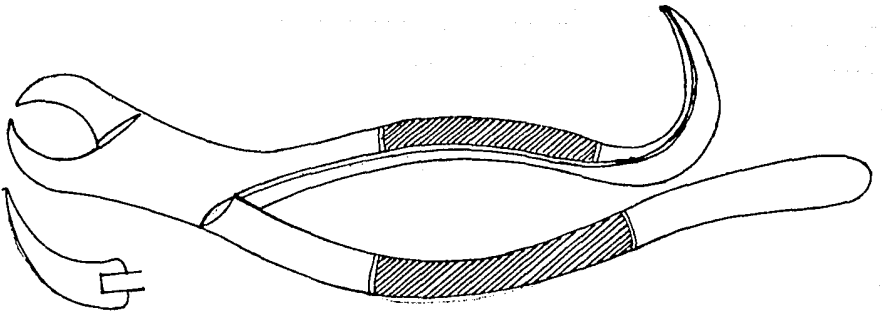


FORCEPS EN FORMA DE BAYONETA PARA INCISIVOS Y RAICES SUPERIO--
RES No. 65.

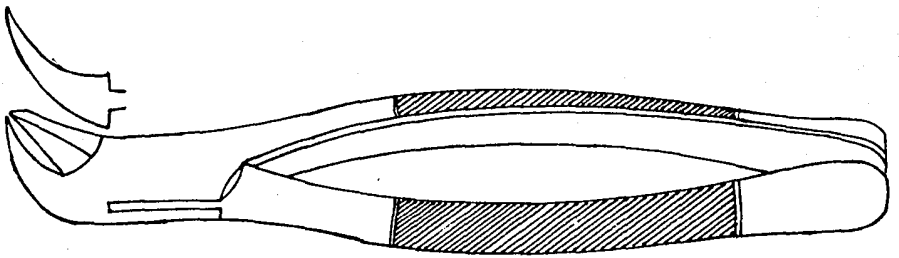


FORCEPS UNIVERSAL EN FORMA DE BAYONETA PARA PREMOLARES Y MOLA--
RES SUPERIORES No. 32.

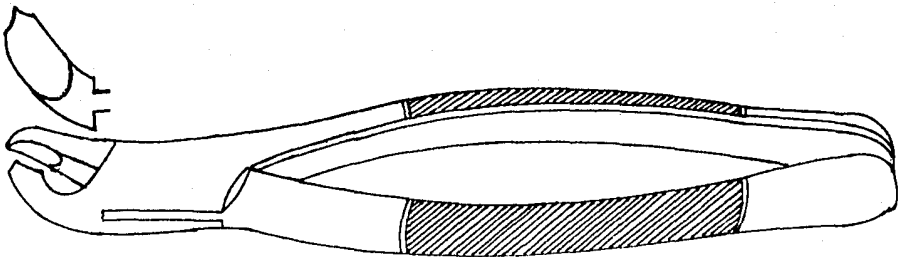
FORCEPS PARA MOLARES INFERIORES.



PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES INFERIORES UNIVERSAL, CUNERO DE VACA.
No. 16'

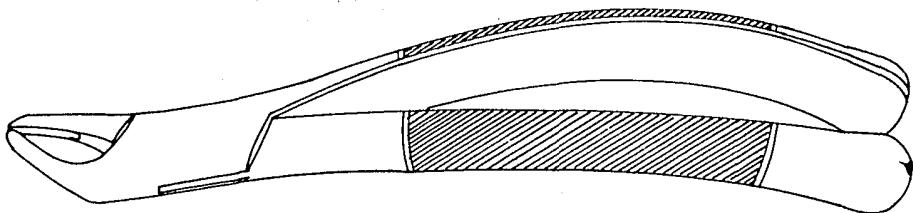


PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES INFERIORES UNIVERSAL, CUERNO DE VACA.
No. 23

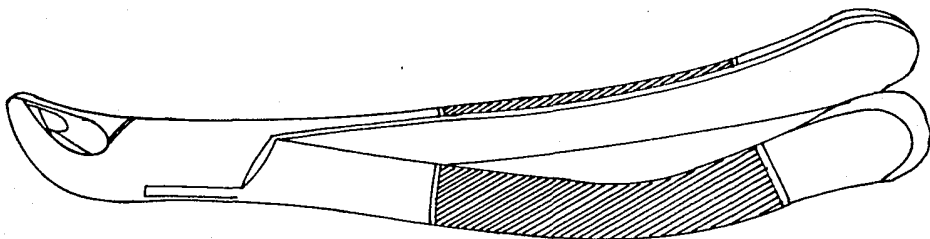


PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES INFERIORES UNIVERSAL. No. 17

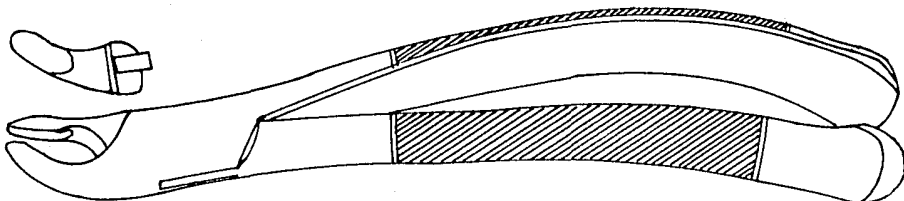
FORCEPS PARA INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES SUPERIORES E INFERIORES.



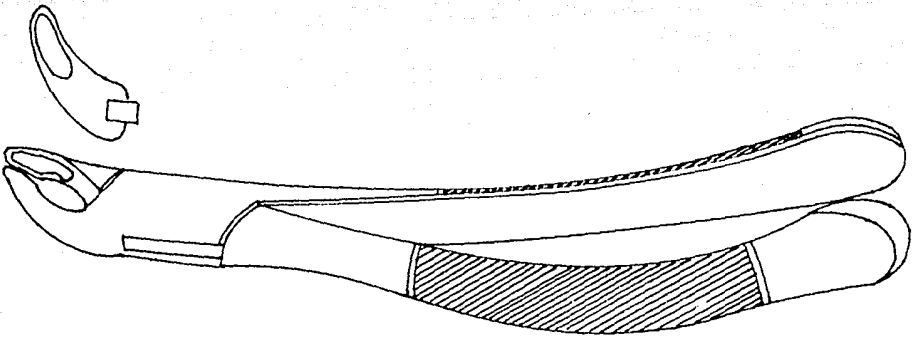
FORCEPS SUPERIOR UNIVERSAL, PARA INCISIVOS, Y PREMOLARES SUPERIORES. No. 150.



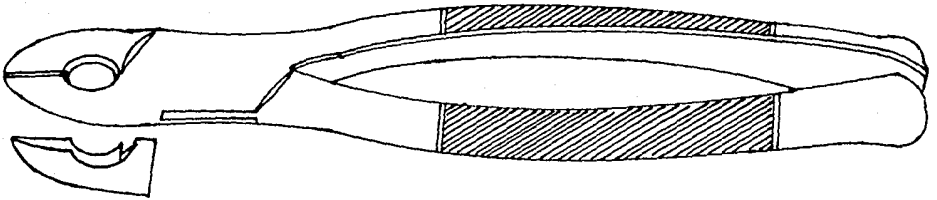
FORCEPS INFERIOR UNIVERSAL, PARA INCISIVOS Y PREMOLARES INFERIORES. No. 151.



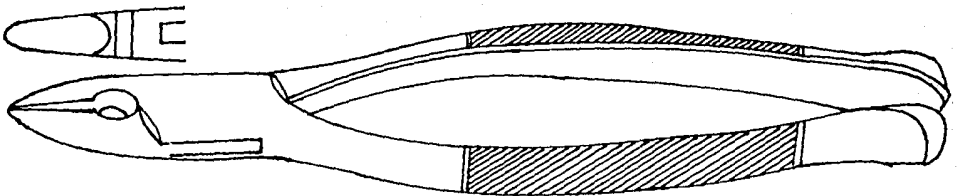
FORCEPS SUPERIOR UNIVERSAL, PARA INCISIVOS, Y PREMOLARES INFERIORES. No. 150A.



FORCEPS UNIVERSAL PARA INCISIVOS Y PREMOLARES INFERIORES.
No. 151A

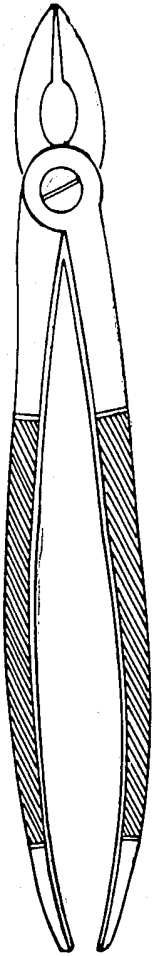


FORCEPS PARA INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES SUPERIORES.
No. 99C

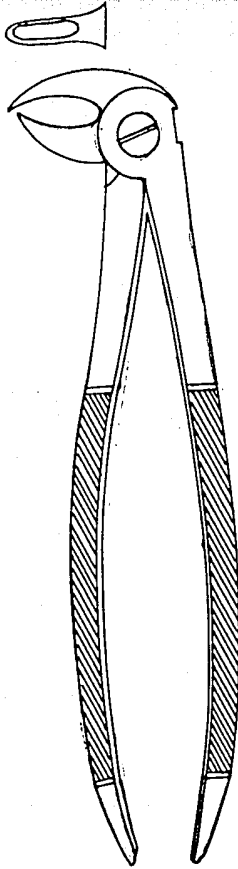


FORCEPS PARA INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES STANDARD 1.

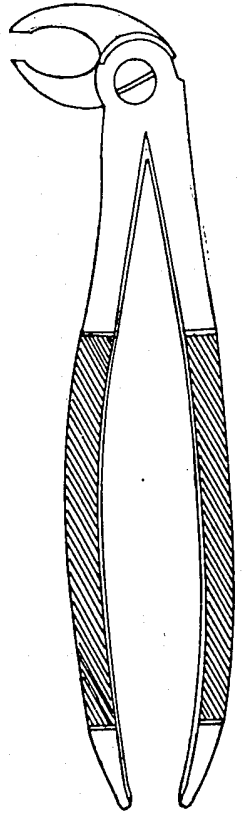
FORCEPS TIPO MEAD O PICO DE LORO.



FORCEPS PARA IN-
CISIVOS, ANINOS
PREMOLARES y --
RAICES SUPERIO-
RES. MD1



FORCEPS UNIVERSAL
PARA INCISIVOS, -
CANINOS, PREMOLA-
RES Y RAICES INFE-
RIORES. MD3



FORCEPS UNIVERSAL
INFERIOR PARA 1o.
2o. y 3o. MOLA---
RES. MD4.

CAPITULO IV.

CAPITULO IV.

POSICION, INSTRUMENTAL Y TECNICA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES NORMALMENTE IMPLANTADOS EN EL MAXILAR INFERIOR.

La colocación del paciente para las extracciones de dientes inferiores es de tal modo, que la parte superior de su cabeza esté a nivel del codo del operador teniendo así un fácil acceso al campo quirúrgico, sin que este tenga que inclinarse o doblarse.

El operador puede estar delante o detrás del paciente la que le sea más cómodo y le permita extraer los dientes sin emplear demasiada fuerza. Muchos odontólogos prefieren trabajar colocándose detrás del paciente para extraer las piezas inferiores, porque esto permite que la cabeza y el maxilar inferior del paciente se sostenga más firmemente contra el costado del operador, este coloca su brazo izquierdo alrededor de la cabeza del paciente y toma el maxilar inferior. Colocando el dedo pulgar sobre la arcada dentaria y los otros dedos se sitúan por debajo del borde inferior de la mandíbula. En la exodoncia de molares y sobre todo cuando se utilizan elevadores, se acostumbra tomar el maxilar inferior con los dedos pulgar e índice dejando en función de sostener la mandíbula a los demás dedos.

Los forcéps para el maxilar inferior están formados por una parte activa y otra pasiva que al unirse los dos forman un ángulo de grados distintos en cada instrumento, lo cual facilita el acomodarlo al cuello del diente a extraer y facilita las maniobras. (3)(2)

A).- Técnicas de Extracción en el Maxilar Inferior.

a).- Incisivo Central Inferior e Incisivo Lateral Inferior.

El incisivo central inferior tiene una raíz larga y delgada, aplanada en sentido mesiodistal. El eje del diente está divergente hacia distal.

La anatomía de las raíces de los incisivos y de las paredes óseas exigen suma delicadeza y presión en los movimientos, con la finalidad de no llegar a fracturar la raíz o la tabla ósea.

El incisivo lateral es un poco más grande en todas sus dimensiones del central siendo muy parecido a éste. Por lo cual la técnica es igual, aunque su mayor longitud y delgadez indican un mayor cuidado. (13)(3)

De preferencia los forcéps a utilizar deben tener bocas finos, para así poder adaptarse al cuello delgado de es--

tos dientes. Los incisivos inferiores pueden ser muy fáciles de extraer, pero en ocasiones son muy frágiles. La extracción se puede facilitar mediante la luxación con un elevador recto como se menciona en el Capítulo III.

Para hacer la prehensión de la pieza se introduce el forcéps por debajo del borde gingival, hasta llegar al cuello -- del diente, entonces se toma solidamente la pieza en ese nivel, teniendo en cuenta que los mordientes del forcéps estén paralelos al eje longitudinal de la raíz. (14)

Con un primer movimiento hacia vestibular y otro movimiento hacia lingual por lo general se luxa el diente. De no ser así se repiten los movimientos hasta conseguir el objetivo.

Los movimientos de rotación pueden aplicarse con cautela.

Estando el diente en línea con su posición original se lleva hacia adelante y arriba para desplazar la pieza de su alvéolo. (11)

b).- Canino Inferior:

Este diente presenta una raíz cuya forma es cónica y muy

ligeramente aplastada en sentido mesiodistal. Las superficies mesial y distal suelen tener rugosidades en toda su longitud, y por lo general su vertice se encuentra dilacerado. Este --- diente como el maxilar es largo y voluminoso, firmemente adherido y difícil de extraer. En un corte transversal es triangular en forma como el superior y algunas veces sus raíces es--tan bifurcadas.

La pared externa del alvéolo esta firmemente adherida al diente y facilmente se fractura.

Para la extracción de este diente se puede utilizar los-mismos forcéps que para los incisivos, tomando en cuenta los-mordientes de éste. (3)(9)(14)

Se toma el diente fuertemente, todo lo inferior que lo - permita el hueso. Se procede entonces a luxar el diente con - un primer movimietno de lateralidad hacia bucal teniendo en - cuenta la fragilidad de la tabla externa, este debe ser efi--ciente, todo lo que la elasticidad ósea lo permita. El segun-do movimiento se ejecuta hacia lingual, repitiendo esta maniobra las veces que sea necesarias. Los movimientos de rotación se aplican después de los movimientos de lateralidad, tomando en cuenta que deben de ser de muy poca amplitud.

Una vez dominada las resistencias de las partes óseas y-

ligamentosas, la pieza se desplaza hacia afuera, arriba y -- adelante. (13)(11)(15)

c).- 1o. y 2o. Premolares Inferiores:

Los premolares poseen raíz única que por lo general es - larga y aplastada en sentido mesiodistal. Estos dientes estan generalmente rodeados por hueso compacto y grueso. El cuello-anatomico de estos dientes presenta un estrechamiento pronunciado siendo esta la parte más debil del diente. A pesar de - esto son usualmente de facil extracción. Las raíces bifurcadas en estos dientes es raro, aunque ocasionalmente se pueden encontrar tres fusionadas. (14)(3)

Para la extracción de estos dientes se utiliza el for--- céps para tal objeto, este puede estar diseñado para adaptarse a la anatomía de la corona o ser de diseño universal.

Para llevar a cabo la prehensión se introduce la pinza - todo lo que le permita el borde alveolar, colocandola en el - cuello anatómico. Aquí se conjugan los movimientos de lateralidad y rotación, este hecho con cautela. Se comienza con un movimiento hacia lingual, siguiendo con un movimiento hacia - vestibular, sino se ha conseguido luxar el diente se repiten estos movimientos. Luego se continua con un movimiento de rotación desde el lado mesial hacia vestibular, prosiguiendo --

con movimientos de rotación invertidos, para terminar se desplaza el diente partiendo en línea con su posición original - hacia arriba y afuera.

Las condiciones del segundo premolar son muy similares a las del primero. (13)(11)

d).- 1o. y 2o. Molares Inferiores:

El primer posee dos raíces que están situadas transversalmente en relación con la mandíbula, una anterior, la mesial y otra posterior, la distal.

La raíz mesial tiene forma cónica y está aplastada en sentido mesiodistal, esta raíz puede estar bifurcada. La raíz distal por lo general es un poco más larga que la mesial, su forma es cónica y más fuerte, también aplastada en sentido mesiodistal. Ambas terminan en un ápice redondeado.

El hueso adyacente presenta gran resistencia a la remoción; No solamente la tabla ósea está bien desarrollada en el lado bucal como lingual sino que está reforzada por los tabiques internos y externos.

Los forcéps están contruidos anatómicamente para conformar al cuello del diente. Los forcéps pueden ser también uni-

versales para molares inferiores y forcéps no anatómicos para molares inferiores con coronas muy destruidas, se les llama - también cuerno de vaca.

Este diente debe ser estudiado cuidadosamente con radiografías ya que frecuentemente demuestran que la técnica del - forcéps es inadecuada.

Los mordientes de la pinza se introducen hasta que se -- ubiquen en el espacio intrarradicular y las escotaduras de -- sus bordes inferiores se adapten a las curvaturas radica--- res;

Con la culminación de esta primera maniobra se habra hecho la prehensión de la pieza a extraer. El instrumento debe quedar con su parte activa paralela al diente y a sus ramas - perpendiculares a la arcada dentaria. (16)(15)(3)(14)

La luxación de la pieza debe hacerse a expensas de la -- elasticidad de las paredes alvéolares óseas externa e inter-- na. El primer movimiento de lateralidad se efectua hacia lingual, siguiendo con un segundo movimiento hacia vestibular.

Si la sensación táctil del operador indica que el molar - esta luxado, cesarán los movimientos de lateralidad, de lo -- contrario se repetirán las veces que lo exijan las adheren---

ciaş del diente y hasta vencer la elasticidad ósea.

Por ultimo se regresa el molar a su posición original, - para desplazar la pieza hacia arriba y afuera. (13)(11)

Las raíces del segundo molar inferior son iguales en número, nombre, situación y forma que las del primer molar, pero estas suelen estar más unidas y en muchas ocasiones fusionadas.

A pesar de que estos dientes estan rodeados firmemente - por hueso sólido, son más fáciles de extraer que el primer molar, ya que sus raíces son generalmente más pequeñas, rectas y menos divergentes.

Hay que tomar en cuenta la vecindad del conducto dentario inferior a los ápices del segundo molar, esta puede ser - variable.

La técnica de extracción y el instrumental del segundo molar son iguales que para el primero. (13)(11)(3)(14)

e).- 3o. Molares Inferiores: •

Solo nos vamos a limitar a describir la técnica en si -- del tercer molar normalmente implantado y con raíces norma---

les.

El instrumental a utilizar es el elevador recto, de cualquier tipo. Este se coloca en el borde superior del interseptum entre el segundo y el tercer molar, con su cara plana dirigida hacia este ultimo, dandole ligeros movimientos de rotación en el espacio interdentario, para que la hoja del elevador se apoye ampliamente sobre la cara mesial del diente. Su borde inferior descansa sobre el borde óseo.

Lado Derecho: Se guía el elevador dirigiendo la palma de la mano hacia arriba, este movimiento debe ser suave y la amplitud estara dada por la sensación táctil del operador.

Lado Izquierdo: Se guía el instrumento volviendo el dorso de la mano hacia el operador.

Para terminar el acto quirurgico se toma el molar con -- los forcéps ya que con el elevador solo se consigue luxar el diente. Se desplaza hacia afuera y arriba. (13)(9)

La radiografía y el exámen radiográfico son indispensables para la extracción del tercer molar. El estudio de la -- forma y dirección radicular y de la disposición y relaciones del alvéolo son fundamentales. (14)

CASUISTICA.

CASO CLINICO No. 1

Nombre del Paciente:	Antonio Anguizola.
Sexo:	Masculino.
Edo. Civil:	Soltero.
Edad:	23 años
Ocupación:	Estudiante.
Lugar de nacimiento:	Chiriqui, Rep. de Panamá
Dirección:	Ave. Francisco Clark, El Terro nal.

INTERROGATORIO.

Antecedentes Familiares.- El paciente refiere que su padre sufre de sinusitis, y su madre padece de artritis.

Antecedentes Personales.- No refiere.

PADECIMIENTO ACTUAL.

El paciente se presenta tranquilo y cooperador nos refiere que desde hace 7 días comenzo a sentir dolor agudo en el primer premolar inferior, presentando éste destrucción casi en su totalidad. Nos dice el paciente que tiempo atrás se ha-

bia presentado el mismo problema.

ESTADO DE APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato Digestivo.- S.D.P.

Genital.- S.D.P.

Carencias Nutritivas.- S.D.P.

Endocrino.- S.D.P.

Diabetes.- S.D.P.

Nervios.- S.D.P.

Circulatorio.- S.D.P.

Edo. Psicomotor.- S.D.P

Sistema Hemático y Linfático.- S.D.P.

Síntomas Grales.- S.D.P.

DIAGNOSTICO.

Presencia de caries de 4o. grado en el primer premolar infe--
rior derecho.

TRATAMIENTO.

Extracción simple del primer premolar inferior derecho.

TECNICA QUIRURGICA.

Nota Operatoria.- Se realizó la asepsia y antisepsia del campo operatorio extra e intraoralmente, se procedio a apli--
car la técnica de anestésica para bloquear el nervio dentario inferior. Se debrido la encía del diente, con un elevador rec

to y se luxó. Estando el diente luxado, se colocaron los boca dos del forcéps todo lo que lo permitio el hueso alveolar, ha ciendo ya la prehensión del diente se hicieron los movimien-- tos respectivos, sin que este opusiera resitencia. Ya desalo-- jado de su alvéolo, se exámino éste, y se hizo comprensión de las tablas alveolares. Colocando luego una gasa estéril en el lugar de la extracción, y se le dijo al paciente que mordiera la gasa por espacio de 20 minutos.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

a).- Dieta líquida durante el primer día después de la - extracción, dieta blanda durante los dos días siguientes, no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, no ingerir grasas, ni co midas condimentadas durante los tres días siguientes a la in-- tervención.

b).- Aplicación de compresas frías en al región interve-- nida en lapsos de 15 minutos, y analgesico solo en caso de do lor.

c).- Reposo relativo, buena higiene bucal, hacer enjua-- gues con antiséptico bucofaringeo, y regresar a los cuatro -- días para revision.

El paciente se presento a revisión como se la había indi

cado, evolucionando satisfactoriamente.

CASO CLINICO No. 2

Nombre del Paciente: Jose Antonio Gonzalez.
Sexo: Masculino
Edo. Civil: Soltero.
Edad: 18 años.
Ocupación: Estudiante.
Lugar de Nacimiento: Panamá, Panama.
Dirección: Ave. Argentina # 321.

INTERROGATORIO:

Antecedentes Familiares.- El paciente refiere que su padre padece de trastornos cardiacos, y un tío materno de diabetes.

Antecedentes Personales.- No refiere.

PADECIMIENTO ACTUAL.

El paciente ha sido remitido por el Ortodoncista, para la extracción de un segundo premolar inferior derecho.

ESTADOS DE APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato Digestivo.- Colitis "no frecuente"

Carencias Nutritivas.- S.D.P.

Circulatorio.- S.D.P.

Respiratorio.- S.D.P.

Sistema hemático y linfático.- S.D.P.

Genital.- S.D.P.

Nervios.- S.D.P.

Síntomas Grales.- S.D.P.

DIAGNOSTICO.

Paciente remitido por el Ortodoncista, para extracción -
de premolar inferior derecho.

TRATAMIENTO.

Extracción simple del primer premolar inferior derecho.

TECNICA QUIRURGICA.

Nota Operatoria.- Se realizo la asepsia y antisepsia del campo operatorio extra e intraoralmetne, se procedio a aplicar la técnica anestésica para bloquear el nervio dentario inferior. Se debrido la encía del diente con un elevador recto- y se luxó. Estando el diente luxado, se colocaron los mordientes del forcéps todo lo que lo permitio el hueso alveolar; Haciendo ya la prehensión del diente se hicieron los movimien--

tos respectivos, sin que este opusiera resistencia. Ya desalojado de su alvéolo, se examinó, y se hizo compresión de las tablas alvéolares. Colocando luego una gasa estéril en el lugar de la extracción por espacio de 20 minutos.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

a).- Dieta líquida durante el primer día después de la extracción, dieta blanda durante los dos días siguientes, no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, no ingerir grasas, ni comidas condimentadas durante los tres días siguientes a la intervención.

b).- Aplicación de compresas frías en la región intervenida en lapsos de 15 minutos, analgesico solo en caso de dolor.

c).- Reposo relativo, buena higiene bucal, hacer enjuagues con antiséptico bucofaringeo, y regresar a los cuatro días para revisión.

El paciente se presentó a revisión, y se observó un proceso de cicatrización normal.

CASO CLINICO No. 3

Nombre del Paciente: Alfonso Moreno Vega.
Sexo: Masculino
Edo. Civil: Casado
Ocupación: Pensionado
Edad: 65
Lugar de Nacimiento: Guadalajara, Jalisco.
Dirección: Ave. Cubilete 772-A

INTERROGATORIO:

Antecedentes Familiares.- El paciente refiere de su padre murio de cancer.

Antecedentes Personales: Tabaquismo y padecimietnos de los nervios.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Al presentarse el paciente manifiesta que siente todos sus dientes flojos, refiere que en la zonas de los molares de rechos superiores, presenta dolor al masticar.

ESTADO DE APARATOS Y SISTEMA.

Aparato Digestivo.- S.D.P.

Carencias Nutritivas.- S.D.P.

Diabetes.- S.D.P.

Circulatorio.- S.D.P.

Respiratorio.- S.D.P.

Sistema Hemático y Linfático.- S.D.P.

Urinario.- S.D.P.

Genital.- S.D.P.

Endocrino.- S.D.P.

Síntomas Grales.- S.D.P.

EXAMENES DE LABORATORIO.

Biometría Hemática, tiempo de coagulación y sangrado.

DIAGNOSTICO.

Periodontitis Crónica, movilidad de tercer grado.

TRATAMIENTO.

Extracción simple del primer y segundo molar superior de recho, ya que el paciente rechazó el tratamiento conservador.

TECNICA QUIRURGICA.

Nota Operatoria.- Se realizó la asepsia y antisepsia del

campo operatorio previamente extra e intraoralmente; Se procedió a anestésiar con citanest mediante las técnicas del bloqueo palatino anterior y bloqueo del nervio Alveolar Posterior Superior; además de recurrir a la técnica para perióstica para anestésiar la raíz mesiobucal del primer molar superior. Hecho efecto la anestesia se procedió a extraer ambos molares con los movimientos ya descritos.

La extracción fue más fácil de lo previsto debido a la gran movilidad que presentaban las piezas y a la pérdida de hueso existente. Se lavó el área de la extracción y se suturó con dos puntos aislados.

Se colocó una gasa estéril en el área y se le pidió al paciente que mordiera por espacio de 20 minutos.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

a).- Dieta líquida durante el primer día después de la extracción, dieta blanda durante los dos días siguientes, no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, no ingerir grasas, ni comidas condimentadas durante los tres días siguientes a la intervención.

b).- Aplicación de compresas frías en la región intervenida en lapsos de 15 minutos, tomar analgésicos solo en caso-

de dolor.

c).- Reposo relativo, buena higiene bucal, hacer enjuagues con antiséptico bucofaringeo, y regresar a los cuatro días para retirar los puntos de sutura.

El paciente se presentó a los cuatro días, se le retiraron los puntos de sutura y se observó que el proceso de cicatrización es normal.

CASO CLINICO No. 4

Nombre del Paciente: Carlos Gutierrez.
Sexo: Masculino
Edad: 35
Edo. Civil: Casado.
Ocupación: Obrero
Lugar de Nacimiento: Guadalajara, Jalisco.
Dirección: Calle 5 de Mayo, Sta. Anita.

INTERROGATORIO:

Antecedentes Familiares.- El paciente que su padre es --
Alcohólico, un tío materno padece de úlcera gástrica.

Antecedentes Personales: Tabaquismo.

PADECIMIENTO ACTUAL.

El paciente se presenta al consultorio, y refiere que --
desde hace varios días presenta dolor agudo en el incisivo --
central inferior Izquierdo, se le explica al paciente que su
problema puede ser tratado mediante la endodóncia de la pieza
y que es la única manera de salvarla, negandose éste debido a
su condición económica.

ESTADO DE APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato Digestivo.- S.D.P.

Carencias Nutricionales.- S.D.P.

Diabetes.- S.D.P.

Circulatorio.- S.D.P.

Respiratorio.- S.D.P.

Sistema Hemático y Linfático.- S.D.P.

Urinario.- S.D.P.

Nervios.- Cefaleas "no frecuentemente"

Endocrino.- S.D.P.

Edo. Psicomotor.- S.D.P.

Síntomas Grales.- Aumento de peso en los últimos meses.

DIAGNOSTICO:

Caries de 3o. grado, presentando gran destrucción la corona del diente.

TRATAMIENTO:

El tratamiento indicado es la trepanación del nervio y la colocación de una corona intrarradicular. Pero debido a la negativa del paciente por su posición económica, el tratamiento será la extracción simple del incisivo central superior izquierdo.

TECNICA QUIRURGICA.

Nota Operatoria.- Se realizó la asepsia y la antiseptia del campo operatorio, extraoralmente como intraoralmente y se procedio a llevar a cabo el bloqueo del nervio nasopalatino y la técnica paraperiostica, utilizando en este caso carbocaina. Se debrido la encía y se luxó el diente por medio de un elevador recto. Con forceps para incisivos superiores se hizo la prehensión del diente y una vez colocado el forcéps en posición perpendicular al diente se hicieron los movimientos antes mencionados para desplazar al diente de su alvéolo, revisando este y haciendo compresión de las tablas alveolares colocando luego una gasa estéril en el sitio de la extracción e indicandole al paciente que mantuviera esta por espacio de 20 minutos.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

a).- Dieta líquida durante el primer día después de la extracción, dieta blanda durante los dos días siguientes, no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, no ingerir grasas, ni comidas condimentadas durante los tres días siguientes a la intervención.

b).- Reposo relativo, buena higiene bucal, hacer enjuagues con antiséptico bucofaringeo, y regresar a los cuatro --

CASO CLINICO No. 5

Nombre del paciente:	Javier Raúl Saval.
Sexo:	Masculino.
Edad:	17 años
Edo. Civil:	Soltero
Ocupación :	Estudiante
Lugar de Nacimiento:	Santa Anita, Jalisco.
Dirección:	Abasolo No. 127.

INTERROGATORIO.

Antecedentes Familiares.- El paciente refiere que su padre y su madre tienen problemas de alcoholismo.

Antecedentes Personales.- No refiere.

PADECIMIENTOS ACTUALES.

El paciente se presentó por un dolor localizado en la -- región de los molares inferiores izquierdos, de cuatro días -- de evolución aproximadamente, presentando destrucción de la -- mayor parte de la corona, habiendo comunicación pulpar en el -- segundo molar inferior izquierdo.

ESTADO DE APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato Digestivo.- S.D.P.

Carencias Nutritivas.- S.D.P.

Diabetes.- S.D.P.

Circulatorio.- S.D.P.

Sistema Hemático y Linfático.- S.D.P.

Urinario.- S.D.P.

Gental.- S.D.P.

Endocrino.- S.D.P.

Nervios.- S.D.P.

Edo. Psicosomético.- S.D.P.

Síntomas Grales.- S.D.P.

DIAGNOSTICO.

Caries de 4o. grado en el segundo molar inferior iz-----
quierdo.

TRATAMIENTO.

Extracción simple del segundo molar inferior izquierdo.

TECNICA QUIRURGICA.

Nota Operatoria.- Se realizo la asepsia y la antisepsia

del campo operatorio, extra e intraoralmente. Se procedio a bloquear el nervio dentario inferior. Se debrido la encía -- del diente y se luxó con un elevador récto. Debido a que se fracturo la corona en un primer intento de extracción, se -- utilizaron los forcéps "cuerno de vaca", realizando los movimientos indicados en este caso, desplazando la pieza satisfactoriamente fuera de su alvéolo, revisando éste y haciendo compresión de las tablas alveolares, colocando luego una gasa estéril en el área de la extracción indicandole al paciente que debe retirarla luego de 20 minutos.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

a).- Dieta líquida durante el primer día después de la extracción, dieta blanda durante los dos días siguientes, no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, no ingerir grasas, ni - comidas condimentadas durante los tres días siguientes a la intervención, analgesicos solo en caso de dolor.

b).- Reposo relativo, buena higiene bucal, hacer enjuagues con antiséptico bucofaringeo, y regresar a los cuatros días para revisión.

El paciente se presento a revisión, evolucionando satisfactoriamente.

CONCLUSION.

Antes de tomar la decisión de extraer una pieza dental, esta se debe tratar de salvar por todos los medios disponibles, pero algunos profesionales en el campo, toman decisiones rápidas sin hacer una verdadera evaluación del caso que se les ha presentado.

Al hacer una extracción dental simple no solo hay que tomar en cuenta la pieza a extraer; sino también el estado general del paciente, las referencias anatómicas, etc., ya que siendo uno de los actos quirúrgicos más fáciles, se pueden convertir en uno de los más complicados y difíciles; ya que de no seguir una técnica apropiada se podrían ver involucrados órganos y estructuras vitales, los cuáles podrían traer consecuencias desagradables.

Hay que recordar que cada paciente es un caso diferente y debe de ser evaluado independientemente de los demás, por lo que se debe seleccionar cuidadosamente el tipo de anestésico a utilizar. Además de escoger el instrumental apropiado para la intervención, y de dar las indicaciones pos-operatorias adecuadas.

Con esta tesis he logrado como objetivo explicar al cirujano Dentista una forma concisa pero sencilla, los conoci-

mientos básicos que se deben obtener para poder efectuar la-
extracción dental simple.

BIBLIOGRAFIA.

1. Bennet, Richard C.,
Anestesia local y control en la práctica odontológica.
Editorial Mundi S.A.I.C. y F., Primera edición,
Argentina, 1976.
p.pag. 80,87,89,91,103,109,111,112,131,132

2. Costich Emmett, White Raymond P. Jr.,
Cirugía Bucal,
Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., Primera Edi--
ción.
México, 1974.
p.pag. 80,81,83.

3. Moses Diamond,
Anatomía Dental,
Editorial Hispano-Americana, Tercera Edición
México, 1962.
p.pag. 80,82,85,107,108,110,111,117,125,127.

4. Ciro Durante Avellanal,
Diccionario Odontológico.
Editorial Mundi S.A.I.C. y F., Tercera Edición,
Argentina, 1978.
p.pag. 79,80,81,339,340.

5. D.H. Roberts, J.H. Sawray,
Analgesia Local en Odontología.
Editorial el Manual Moderno S.A., Primera Edición,
México, 1982.
p.pag. 95,101,109,110,111,112.

6. Ejnar Eriksson,
Manual Ilustrado de Anestesia Local.
Salvat Editores S.A., Cuarta Edición,
España, 1980.
p.pag. 66,68.

7. Hans Evers, Glenn Haerstom,
Manual de Anestesia Local en Odontología
Salvat Editores S.A., Primera Edición.
España, 1983. Pag. 46.

8. H. Birn, J.E. Winther,
Atlas de Cirugía Oral,
Salvat Editores S.A., Primera Edición.
España, 1977.
p.pag. 71,72.

9. Geoffrey L. Howe,
La extracción Dental,
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., Primera Edición,

México, 1979.

p.pag. 36,41,42,44.

10. N.B. Jorgensen, J. Hayden, Jr.,

Anestesia Odontologica.

Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., Tercera Edición,

México, 1982.

p.pag. 53,54,68,85.

11. Gustav O. Kruger,

Cirugía Buco-Maxilofacial,

Editorial Médica Panamericana S.A., Quinta Edición,
México, 1983.

p.pag. 49,50,51,59,60,61,62,63,64,66,68.

12. McElroy, Malone,

Diagnostico y Tratamiento Odontológico.

Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., Primera --
Edición,

México, 1971.

p.pag. 9,17.

13. Guillermo A. Ries Centeno.

Cirugía Bucal.

Librería "El Ateneo" Editorial, Septima Edición,

- Argentina, 1973.
p. pag. 150,163,165,166,167,169,216,221,223,225,229,231,232
250, 201,202,203.
14. Kurt H. Thoma,
Oral Surgery
The C.V. Mosby Company, Cuarta Edición.
U.S.A., 1963.
p. pag. 301,303,304.
15. Daniel E. Waite,
Tratado de Cirugía Bucal Práctica.
Compañía Editorial Continental, Segunda Edición.
México, 1984.
p. pag. 66,69,77,81,105.
16. Leo Winter,
A Textbook of Exodontia
The C.V. Mosby Company, Sexta Edición.
U.S.A., 1953.
p. pag. 98,122,132,136.