

201
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICA DE LA EXTRACCION PARA
DIENTES DECIDUOS.



T E S I S A

PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:
VERONICA MEZA SANTOYO



México, D. F.

1989

RECIBIDA CON
FOLIO DE ORDEN



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.

INTRODUCCION.

Al realizar éste trabajo, mi idea fué la de lograr que el Cirujano Dentista recién egresado de la facultad tenga una base para hacer la extracción de piezas dentales temporales, en su práctica particular sin la supervisión del maestro.

Generalmente quedamos con ese temor, y al presentarse un problema de ésa índole, no se sabe que hacer -- sin el auxilio inmediato del profesor.

Para ésto se requiere, del estudio. De exámenes -- radiográficos y la buena elección de nuestro instrumental, que son las mejores armas para obtener el mayor -- éxito en la extracción; así se llevará a cabo un tratamiento con menor traumatismo, esfuerzo y tiempo, así como con mayor eficacia.

Por lo consiguiente, usted al leer éste trabajo, -- formará un criterio y no improvisará en el tratamiento que se requiere al encontrarse frente un paciente infantil.

I N D I C E .

- I. DESARROLLO, CALCIFICACION
Y BROTE DE LOS DIENTES.
- II. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
PARA LA EXTRACCION DE DIENTES DECIDUOS.
- III. HISTORIA CLINICA.
- IV. ASEPSIA Y ANTISEPSIA.
- V. ANESTESIA.
- VI. TECNICA DE LA EXTRACCION
PARA DIENTES DECIDUOS.
- VII. ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DE
LOS DIENTES TEMPORARIOS.
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. DESARROLLO , CALCIFICACION Y BROTE DE LOS DIENTES.

La corona y parte de la raíz de un diente se forman antes de la erupción en la boca; primero se forma la corona y después la raíz.

Dentición Decidua o Primaria:

La calcificación de los dientes deciduos comienza aproximadamente al cuarto mes de vida fetal; al final del sexto mes de vida, todos los dientes deciduos han empezado a desarrollarse. Normalmente, no se observa ningún diente en la boca al nacer; sin embargo, en ocasiones nacen niños con los incisivos inferiores brotados. Dichos dientes de brote prematuro se pierden, por lo general, poco después del nacimiento, a causa del desarrollo incompleto de su fijación radicular.

Debe señalarse que todas las fechas de brote dental al igual que la calcificación deberán ser aproximadas, ya que todos los individuos tienen distinto desarrollo.

Los incisivos centrales inferiores deciduos aparecen en la boca a la edad aproximada de seis meses. Les siguen los incisivos centrales superiores, más o menos un mes después. Pasan dos meses aproximados hasta que aparecen los incisivos laterales superiores. Los laterales inferiores, por lo general, brotan un poco antes que los laterales superiores. Debe tenerse como regla general (aunque existen excepciones) que los dientes infe---

riores preceden a los superiores en el proceso de erupción, y que los dientes tanto inferiores como superiores erupcionan por pares, uno derecho y otro izquierdo.

A la edad de un año aproximadamente aparece el primer molar primario. Los caninos primarios aparecen alrededor de los dieciseis meses. Cuando el niño tiene dos años y medio puede esperarse que todos los dientes deciduos estén en función.

Cuando el niño tiene cinco años, o poco antes, el crecimiento de los maxilares se manifiesta por una separación de los dientes primarios.

Todos éstos dientes están en uso desde los dos hasta los siete años; o sea cinco años en total. Algunos están en uso desde los seis meses de edad hasta los doce años, o sea que son once años y medio en total. La verdad es que éstos, en su función contribuyen a la salud y bienestar del individuo, durante los primeros años del desarrollo físico y mental. Por la pérdida prematura de los dientes primarios los maxilares podrán no desarrollarse normalmente. Si los arcos dentales primarios no se conservan íntegros, puede ocurrir que los primeros molares permanentes no sean guiados a su posición normal para que actúen como claves para la dentición permanente.

Dentición Permanente.

Los primeros dientes de la dentición permanente que aparecen en la cavidad bucal son los primeros molares. Hacen su aparición directa detrás de los segundos molares primarios, cerca de los seis años. Por consiguiente,

Estos dientes, muchas veces se llaman molares de los seis años. Empiezan a calcificarse durante el primer mes de vida. Son mucho más grandes que cualquiera de las piezas -- primarias, y no pueden brotar hasta que la mandíbula haya crecido suficiente para tener lugar.

El segundo diente que toma su lugar en el arco es el incisivo central, que aparece cuando el niño tiene entre seis y siete años. Como pasa en la dentición decidua, los dientes permanentes inferiores preceden a los superiores en el proceso del brote. Los incisivos centrales inferiores, por lo común, aparecen algunos meses antes que los -- incisivos centrales superiores. Muchas veces brotan simul taneamente con los primeros molares inferiores, o aún antes, y con frecuencia son acompañados por los incisivos -- laterales inferiores.

Antes que los incisivos centrales permanentes puedan tomar su posición, (deben caerse los primarios). Esto se consigue por un proceso llamado reabsorción de las raíces primarias. El diente permanente dentro de su folículo intenta forzar su paso hacia la posición de su predecesor.-- La presión ejercida contra la raíz primaria, evidentemente causa resorción de la raíz, que continúa hasta que la corona primaria haya perdido su fijación, se mueva y finalmente, caiga. En tanto, que el diente permanente se -- ha movido hacia oclusal, de modo que, cuando se pierde el diente deciduo, el permanente está a punto de brotar y en posición adecuada, para reemplazar a su predecesor.

Los folículos de los incisivos y caninos en desarrollo están en posición lingual con respecto a las raíces --

primarias. Los premolares en desarrollo que han de tomar el lugar de los primeros molares, están dentro de la bifurcación de las raíces de los primeros molares. Los incisivos, caninos y premolares se llaman dientes sucedáneos, por que toman el lugar de sus predecesores.

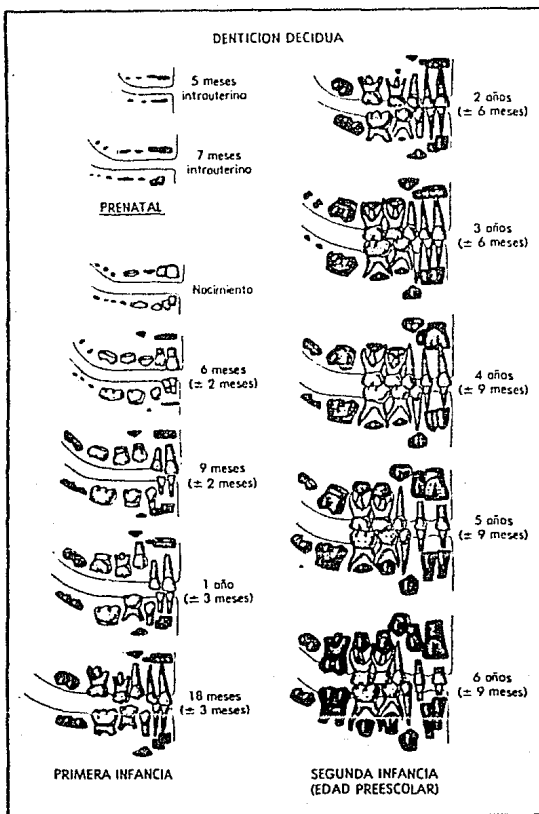
La reabsorción radicular no siempre toma su curso rutinario, con lo cual el diente permanente no puede brotar o quedar fuera de su lugar normal. La falta de reabsorción de la raíz primaria, puede resultar una retención prolongada del diente decíduo.

Los incisivos laterales inferiores brotan poco después que los incisivos centrales y, muchas veces, en forma simultánea. Los incisivos centrales superiores son los que siguen en el orden cronológico y los incisivos laterales superiores aparecen más o menos un año más tarde.

Los primeros premolares siguen a los laterales superiores, cuando el niño tiene más o menos diez años, -- los caninos inferiores muchas veces aparecen al mismo tiempo. Los segundos premolares aparecen durante el año siguiente y luego los caninos superiores. Comúnmente los segundos molares aparecen a los doce años localizándose atrás del primer molar permanente, a veces los caninos superiores aparecen junto con los segundos molares.

Los terceros molares no brotan sino hasta la edad de los diecisiete años o más. Se requiere un crecimiento considerable de los maxilares después de los doce años para que tengan espacio. Estos molares están sujetos a muchas anomalías y variaciones de forma. El desarrollo insuficiente crea complicaciones para su acomodación.

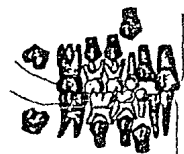
DENTICION DECIDUA



DENTICION MIXTA



7 años
(± 9 meses)



8 años
(± 9 meses)



9 años
(± 9 meses)



10 años
(± 9 meses)

TERCERA INFANCIA
(EDAD ESCOLAR)

DENTICION PERMANENTE



11 años
(± 9 meses)



12 años
(± 6 meses)



15 años
(± 6 meses)



21 años



35 años

ADOLESCENCIA
Y ADULTOS

II. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES DECIDUOS.

La extracción de dientes deciduos debe ser retardada lo más posible o por lo menos acercarse a la fecha -- cronológica en que deban ser reemplazados por los dientes sucesores. Esto con el fin de evitar mutilaciones -- que puedan ser prevenidas y producir malposiciones de -- los dientes permanentes.

Las indicaciones para la extracción de dientes temporales serán las siguientes:

Dientes temporales que ya no puedan ser restaurados por la dentística conservadora.

Caries con necrosis pulpar que involucre complicaciones inflamatorias.

Retardo en la caída de temporales y su persistencia; cuando por la edad del paciente y el exámen radiológico, se compruebe la existencia del diente permanente. La persistencia del temporario por fuera de la época normal de erupción del permanente, hace que éste ocupe posiciones viciosas en el maxilar.

Lo mismo hay que decir de las raíces de los temporales, cuya estancia provoca desviaciones de los dientes permanentes, maloclusión y caries, es éstos dientes.

El trastorno común entre los premolares inferiores, es debido al retardo de la extracción del primer molar -- deciduo. Este actúa a modo de cuña y los premolares se -- deslizan sobre su cara mesial y distal.

Se puede extraer un diente temporario cuando es -- acunado e impulsado dentro del hueso por la presión de

los dientes vecinos. Esto se refiere a lo que se denomina retención secundaria; se trata por lo general de un segundo molar temporario, que se encuentra localizado entre el primer molar permanente y el primer premolar. Por la presión que ejercen éstos dos dientes, el molar temporario es nuevamente introducido al hueso.

Pueden extraerse los segundos molares temporarios, cuando presentan la clase II de Angle (distocclusión), para permitir el desplazamiento de los primeros molares permanentes inferiores hacia mesial.

Las contraindicaciones para la extracción de los dientes deciduos, serán:

No se debe extraer un diente temporario antes de la época de su caída normal.

Cuando un diente temporario no presenta movilidad en la época en que normalmente debe ser reemplazado, no se extraerá jamás, sin antes haber verificado que el permanente de reemplazo existe y está próximo a hacer erupción.

Cada vez que sea necesaria la extracción precoz de un diente temporario, debe tenerse presente que hay que mantener el espacio producido por dicha extracción.

III. HISTORIA CLINICA.

En éste caso la historia clínica deberá ser realizada en forma indirecta, es decir, que todos los datos --- serán aportados por el acompañante o responsable del paciente.

Se describe a continuación lo que fuera una historia clínica idónea.

Esta se debe considerar como el paso más importante en la práctica clínica profesional, puesto que por medio de ella se puede valorar si los pacientes (en forma individual), presentan o no algún padecimiento que pueda impedir actuar de primera intención, basándose en esto se ira analizando cada una de las partes de que consta. Sin embargo no debe olvidarse que el interrogatorio deberá hacerse siempre en forma correcta y precisa, para que el responsable del paciente pueda referir algún signo o sintoma de interés para el Cirujano Dentista.

A continuación se presentarán pasos y preguntas para obtener una historia clínica eficiente.

Ficha:

Sirve como dato de identificación del paciente y -- así mismo, llegar a infundir confianza en el paciente. - Esta deberá incluir los siguientes datos:

Nombre

Edad

Sexo

Domicilio

Teléfono

Lugar de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Antecedentes Hereditarios;

En éste punto, podemos averiguar si en alguno de los familiares del paciente; padre, madre, abuelos, tíos hermanos, etc., existe alguno de ellos con enfermedades de las que se consideran como hereditarias o propensión a padecerlas y así considerar las discrepancias sanguíneas; hemofilia, diabetes mellitus, cardiopatías, padecimientos mentales o nerviosos. Preguntar causas y fechas de defunción de parientes cercanos.

Antecedentes Personales No Patológicos:

Nos orienta y sitúa en posibilidades de saber el medio ambiente en que se desenvuelve el paciente, se conocerá el nivel de comprensión y captación.

Habitación. Condiciones de higiene, ventilación, iluminación y ubicación de la misma.

Alimentación. Conocer el tipo de alimentación, si es completa, balanceada o deficiente tanto en calidad como en cantidad.

Escolaridad. Conocer de ésta manera el nivel de educación y cultura del paciente.

Antecedentes Personales Patológicos:

En este punto nos damos cuenta de los padecimientos que el paciente ha presentado, desde su primer infancia hasta el momento de la visita, sin abarcar el padecimiento actual o motivo de su consulta.

Antecedentes quirúrgicos:

Preguntar si se ha cometido a alguna intervención quirúrgica, y de ser posible el tipo de anestesia que se le aplicó.

Antecedentes Transfusionales:

Saber si en alguna ocasión se le ha practicado transfusiones de sangre, plasma o soluciones.

Antecedentes Traumáticos:

Si el paciente ha sufrido algún traumatismo de intensidad considerable, como en cráneo, cara, torax, etc..

Antecedentes Alérgicos:

Preguntar si ha tenido problemas de prurito, eritema, ronchas, posteriormente a la aplicación de algún medicamento o alimento, en especial si ha tenido problemas más intensos a la aplicación de algún medicamento (shock).

Padecimiento Actual:

Conocer cual es el problema que aqueja al paciente, interrogar en forma exhaustiva hasta obtener el máximo de datos que nos oriente para llegar a un buen diagnóstico y poder programar el plan de tratamiento.

Aparato Digestivo:

Preguntar por problemas de digestión, vómito, diarrea, apetito, náuseas, costipación, cólicos, etc..

Aparato respiratorio;

Va casi siempre ligado al sistema cardiovascular, - por lo que los síntomas y signos pueden estar comprendidos en uno u otro respectivamente, en éste caso se preguntará si se presenta dificultad para respirar (disnea) si el paciente es asmático, que caracteres y factores - presenta, resfriados frecuentes, etc..

Aparato Cardiovascular:

Va estrechamente ligado al tórax anterior, se preguntará si existe cianosis, disnea, fatiga a pequeños, - meclanos y grandes esfuerzos, palpitaciones, taquicardia, bradicardia, hipotensión, hipertensión, edema de miembros inferiores y superiores, dolor retroesternal, hipotermia

y sudoración de pies.

Aparato Genitourinario:

Preguntar si se ha presentado disuria o dificultad para orinar, poliuria, incontinencia, escurrimiento de orina.

Sistema Nervioso:

Si es agresivo, irritable, presenta o padece insomnio, temor, dificultad en la marcha, movimientos anormales, afasia, cefalea, síncope, vértigo, convulsiones, -- crisis de amnesia, adormecimiento peribucal, incoordinación.

Sistema Endócrino:

Investigar y obtener el peso aparente y normal, -- obesidad, polidipsia, polifagia, poliuria, hipertiroidismo, hipotiroidismo.

Exploración Física:

Iniciar la exploración obteniendo los siguientes -- signos vitales; temperatura, pulso, respiración, tipo de marcha y presión arterial. Ya obtenidos los datos se realizará la exploración de la siguiente manera;

Cabeza. Tamaño, forma, cuero cabelludo, hundimientos, y cicatrices.

Cara. Expresión, simetría, coloración y cicatrices.

Piel. Color, erupciones, textura, petequias, sensibilidad, pigmentaciones.

Ganglios linfáticos. Tamaño, consistencia, sensibilidad, movilidad.

Ojos. Exoftalmos, movimientos de los párpados, reflejos pupilares, agudeza visual, campos visuales.

Nariz. Aspecto exterior, tabique nasal, permeabilidad de las narinas.

Oídos. Audición, implantación, morfología de los pabellones auriculares.

Boca. Labios, paladar y velo de paladar, piso de la boca, lengua, mucosa bucal; en cada área se investiga la consistencia, sensibilidad, color, hidratación y permeabilidad.

Cuello. Forma, volumen, pulsaciones, tiroideas, traquea, gangliopatías y glándulas salivales.

Articulación Temporo Mandibular. Dolor, chasquidos, alteraciones y oclusión.

Maxilares y Mandíbula. Padecimientos infecciosos, traumáticos, congénitos y neoplasias.

Región Gingival. Color, forma, consistencia, colúmen, atrofia e hipertrofia, pigmentaciones, tártaro dentario, encías sangrantes, exudado, dolor, bolsas paradontales.

Organos Dentarios. Caries, alteraciones pulpares, restauraciones, dientes primarios, restos radiculares, dientes ausentes, movilidad.

Conclusión diagnóstica. La valoración y el análisis de todo lo anterior nos dará el diagnóstico.

Plan de Tratamiento. Se dividirá en inmediato y mediano; consistirá en atender al paciente del problema -- más urgente en primer lugar, dejando para otra ocasión -- la enfermedad que se pueda programar para su tratamiento.

Prógnosis. Va a depender de muchos factores, entre otros; la edad del paciente, tiempo del padecimiento, evolución del mismo, cantidad de tejido destruido, etc., y lo catalogamos como bueno, satisfactorio, óptimo y reservado.

Estudio Radiográfico.

Va a proporcionar una serie de detalles que son importantes desde el punto de vista anatómico. Nos revelará la forma y posición exacta de las raíces, dientes -- temporales y permanentes y sus relaciones adyacentes.

La técnica que se utilizará para la toma de las -- placas radiográficas dependerá del caso en particular. -- Las técnicas radiográficas a utilizar podrán ser; radiografía periapical y radiografía interproximal o de alata mordible.

La radiografía periapical. Es la más sencilla de todas; en muchos casos ésta será suficiente, con ella podemos determinar la posición, forma y tamaño, así como -- la relación que tiene con las de las piezas dentarias y -- estructuras óseas circunvecinas.

Radiografía Interproximal. Sirve para ubicar la --
relación que existe entre las coronas de los dientes ---
temporarios y los dientes permanente cercanos a erupcion
nar, casos de duda.

IV. ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

La antisepsia es la ausencia de materia séptica - o infección.

Antisepsia es el conjunto de prácticas o métodos - que evitan la infección.

La asepsia y antisepsia están relacionadas íntimamente para obtener óptimos resultados en cualquier acto quirúrgico.

Como en cualquier campo de la cirugía, las bases de la asepsia se aplican a la extracción dental, pero, el uso de los antibióticos y el mejoramiento de los métodos de anestesia, tanto local como general, han revolucionado la práctica. Muchos tratamientos quirúrgicos que una vez fueron considerados como problemáticos, pueden ahora llevarse a cabo gracias a la seguridad de la anestesia, la terapéutica antibiótica y la asepsia y antisepsia.

La cavidad bucal nunca está totalmente limpia, sin embargo, se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de la intervención. Antes de cualquier operación, aún una extracción sencilla la boca debe limpiarse.

Todos los instrumentos deben ser esterilizados y colocados en una charola cubiertos por una toalla esteril.

En la región a tratar, sólo deben introducirse gasas estériles. Las manos deben lavarse cuidadosamente con agua y jabón, y dar atención especial a las uñas, usar guantes desechables, y cubre-bocas.

Aunque el Cirujano no sea responsable de la infección que se encuentra en una región, si lo es de la que pueda introducir en la herida.

El operador esteriliza el campo operatorio y los instrumentos por medio de calor (agente físico) ya sea húmedo o seco. Fármacos que poseen propiedades antisépticas, germicidas o bactericidas (agentes químicos).

Es importante distinguir entre esterilización y desinfección.

Esterilización; es la resultante de la destrucción de todos los gérmenes y esporas.

Desinfección; se refiere únicamente a la destrucción de los microbios infectantes.

V. ANESTESIA.

Anestesia Tópica:

Se utiliza antes de la anestesia por infiltración o bloqueo para prevenir el dolor de la inyección. Sin embargo, la anestesia superficial es deficiente y puede presentarse dolor conforme la aguja penetra a capas más profundas.

Debido a que estas drogas se absorben más rápidamente en las superficies descarnadas, se debe tener cuidado en la prevención de efectos tóxicos.

Los anestésicos tópicos también se utilizan para aliviar el dolor causado por úlceras orales, heridas y lesiones, eliminación de suturas, para reducir el dolor alveolar después de la extracción.

La mayor parte de los anestésicos tópicos pueden sensibilizar a los tejidos, por lo que la administración repetida de cualquiera de éstos compuestos ya sea en forma tópica o inyectada causa reacciones alérgicas en individuos sensibles.

Su manejo repetido puede causar el desarrollo de dermatitis alérgica por contacto.

Técnica. Se limpia el lugar de la inyección con una gasa seca, se coloca la pasta con un hisopo de algodón que debe permanecer en contacto con la mucosa de dos o tres minutos.

Es importante seleccionar los casos en que se emplee a causa de su toxicidad y la facilidad de sensibilizar a los pacientes en quienes se usa frecuentemente.

Técnicas de Anestesia.

Para obtener la máxima cooperación del paciente existen ciertas normas que debemos tener en cuenta, cuando se utiliza la anestesia local en odontopediatría.

Explicar al niño, con frases que pueda comprender, y no lo alteren, el por qué y para que se emplea el anestésico.

Indicar lo que va a sentir usando palabras que están de acuerdo en su desarrollo psíquico.

Enseñarle con un espejo, que la anestesia no le ha deformado la cara.

Usar aguja desechable corta, delgada, que cause menos dolor y evite la contaminación.

En niños pequeños las técnicas de la anestesia se reducen a infiltrativa, complementado con lingual o palatina, oentaria inferior, intrapulpar intraceptal.

Infiltrativa:

La porosidad del hueso infantil en crecimiento y el poder de la difusión de los anestésicos locales, casi siempre hacen innecesaria una anestesia regional en el maxilar superior.

Se ha propuesto el término "supraperióstico" para designar el método más usual de anestesia por infiltración.

El anestésico debe ser depositado sobre el periostio lo más cerca posible a la pared ósea vestibular, en la región apical del diente a tratar.

Para aplicarla se aparta hacia afuera el labio con el pulgar y el índice, tomando la jeringa con la otra mano. La aguja se introduce en el pliegue mucobucal, que es el sitio más próximo al agujero apical de los dientes.

Cuando se realiza esta técnica nunca se debe intentar introducir la aguja en el tejido óseo, ni debajo del periostio. Utilizando esta técnica se pueden realizar -- operaciones como la preparación de cavidades y extirpación de la pulpa como la del diente.

Intrapulpar:

La anestesia por presión es el método utilizado para producir el estado de insensibilidad de la pulpa dentaria. Consiste en introducir la aguja en la cámara pulpar, tratando de llegar a los conductos radiculares, -- para depositar la solución anestésica.

Este método es doloroso, se utiliza para tratamiento endodóntico en dientes con pulpa vital, en los cuales no ha sido posible eliminar el dolor utilizando otras -- técnicas.

Intraseptal:

Se hace la punsión en el tabique interdental, dirigiendo la aguja hacia la cresta ósea que está constituida por un tejido poroso, por lo cual la solución, una vez ya inyectada es absorbida rápidamente por el tejido esponjoso.

Se utiliza cuando las raíces de los dientes temporales se han reabsorbido en sus dos tercios, motivo por el cual no es posible obtener anestesia regional.

Dentaria Inferior:

Para tratar un cuadrante del maxilar inferior se utiliza anestesia regional. Hay que recordar que el conducto dentario inferior del niño se encuentra más hacia adelante y a la altura del plano oclusal de los molares, por lo que la punción debe realizarse, algo más arriba y más hacia distal, en comparación con el adulto.

Se coloca el pulgar sobre la superficie oclusal de los molares, con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema del pulgar descansando sobre la fosa retromolar.

En pacientes de cinco a siete años la jeringa estará dirigida desde el canino del lado opuesto al cual se piensa anestésicar. Ya los niños de ocho años en adelante se colocará entre molares primarios o premolares, también del lado opuesto.

Es aconsejable depositar una pequeña cantidad de la solución tan pronto como se introduce la aguja la aguja en los tejidos, y seguir inyectando cantidades pequeñas a medida que la aguja se introduce hacia el agujero del foramen inferior. La profundidad a la que se debe introducir la aguja es aproximadamente de un centímetro pero varía de acuerdo con la edad y el tamaño del maxilar.

Como anteriormente se explicó, las técnicas de angesia en infantiles difieren de las técnicas de anestesia en permanentes. Esto es dado por varios factores como por ejemplo la forma anatómica de los maxilares, y de las piezas centurias, densidad del hueso, dientes permanentes y deciduos en relación. Más sin embargo se describirán las técnicas de anestesia para dientes permanentes que en determinado momento puedan ser utilizadas en casos infantiles.

Técnicas de Inyección.

Bloqueo de los nervios alveolar inferior y lingual - (mandibular).

Con la uña del dedo, palpar la mucosa bucal detrás de los dientes molares. Mover con el dedo posteriormente a lo largo de la línea oblicua externa del reborde superior de la mandíbula. Localizar la cavidad profunda del borde anterior de la rama, esto es en el sitio de penetración de la aguja. Mover el dedo mesialmente hasta localizar la línea oblicua interna, cubrir el espesor de la cresta y mover ligeramente hacia atrás. Desde el lado opuesto, con la jeringa tendida horizontalmente a la altura del primero molar permanente o el premolar, se aproxima la punta de la aguja al triángulo pterigomandibular. - Prevenir al niño de un leve pinchazo que pueda sentir. Penetrar mesialmente al borde interno de la mandíbula y lateral pterigomandibular. Inyectar ligeramente y con menos presión en un niño que en el adulto.

Por la diferencia de localización que tiene uno y otro, el forámen mandibular con el plano oclusal, en el niño éste se localiza bajo el plano oclusal y en el adulto se encuentra al mismo nivel, sin embargo, el forámen queda en una posición constante en el borde anterior y posterior de la rama durante toda la vida.

Avanzar suavemente la aguja, hasta tener suave contacto con el hueso de la superficie posterior de la mandíbula.

Aspirar, si se aspira sangre, se retira un poco la aguja y se repite la acción, si ya no es aspirada, depositar 0.1ml. lentamente en un período de un minuto para reducir el dolor causado por la expansión de los tejidos.

Mover hacia el vestibulo la aguja y depositar 0.5ml. de solución cerca del nervio lingual. Después de la inyección indicar enjuagar la boca.

Bloqueo del Nervio Bucal:

La inyección para el bloqueo del nervio bucal se realiza para completar el bloqueo del nervio alveolar inferior. Palpar el pliegue de la mucosa bucal alejándola del área del primero molar. Retraer el tejido bucal y palparlo con la uña del dedo. Penetrar suavemente hasta llegar a tocar ligeramente el hueso con la aguja. Depositar lentamente (30 segundos) 0.5ml. de solución. Permitir el enjuague al paciente

Después de varios minutos, checar la efectividad del anestésico, pinchando la encía con la punta de un explorador.

Bloque del Nervio Mentoniano:

El bloqueo parcial de la mandíbula (canino y premolares) puede ser producido por la inyección dentro del canal mandibular por canino del forámen mentoniano, es necesario realizar éste bloqueo, cuando la mandíbula no este completamente anestesiada o esté contraindicada la anestesia regional. Realizar la localización de los ápices de los premolares inferiores o molares primarios, clínica y radiográficamente, frecuentemente encontramos cerrado el forámen mentoniano por los ápices de éstos dientes. Colocar la jeringa en un ángulo de 45°, con respecto a la lámina bucal del hueso de la mandíbula, entre los ápices del segundo molar primario o el segundo premolar, en caso de niños mayores. Avanzar la aguja hasta que este en contacto ligero con el hueso.

Depositar lentamente cerca de 0.5ml. de solución. — Esperar un poco y localizar la membrana del forámen con la punta de la aguja (sin lastimar al hueso). Depositar 0.5-ml. de solución lentamente.

Infiltración Mandibular.

Debido a que es difícil anestesiar por medio de infiltración en la región mandibular, se utilizan los bloques mentoniano y mandibular.

Sin embargo es posible anestesiar los cuatro dientes anteriores por el método de infiltración, si el hueso en ésta región es delgado.

Esta técnica es siempre usada para anestesiar fibras nerviosas de dientes incisivos que pueden cruzar la línea media desde el lado opuesto. Esta inyección no se efectuará hasta que el labio presente los síntomas del bloqueo mandibular o mentoniano. Retraer el labio estrechando la mucosa labial en el área de la inyección. Se coloca la jeringa a 45° con respecto a los dientes y a la tabla ósea, justo en la unión de la enfa y mucosa labial.

Penetrar la mucosa labial y depositar la solución lo más cerca posible al ápice del diente. Si se llegará a depositar el anestésico en el músculo mentoniano será un fracaso. Depositar aproximadamente un cuarto de cartucho en un tiempo de 30 segundos.

Bloqueo del Nervio Palatino Anterior:

El nervio palatino anterior puede ser bloqueado en algún punto a lo largo del curso que recorre desde el foramen palatino posterior.

Es una técnica no recomendada para infantes, las inyecciones palatinas son más dolorosas que las rutinarias. La presión sobre la jeringa puede ser usada para disminuir el malestar de la inyección.

Hacer presión con el algodón y colocar en el punto de la inyección anestésico tóxico durante 1 minuto, previo a la inyección. También ayuda la presión que se ejer-

ce para minimizar el dolor. Inyectar en un ángulo de ---
90° con respecto al paladar y a un centímetro del margen
gingival.

Después de anestesiar el tejido blando vestibular -
inyectar la papila interdientaria desde su aspecto bucal.
Inyectar centro del área blanquecina sobre el paladar y
lograr casi sin dolor la anestesia palatina.

Bloqueo del Nervio Nasopalatino:

Depositar 0.5ml. de solución centro del borde late-
ral de la papila incisiva, justo entre los incisivos cen-
trales.

Después de que el tejido vestibular y labial (blan-
do), han sido anestesiados, inyectar a través de la papi-
la interdientaria, desde la cara labial hasta que la pa-
pila incisiva presente izquemia. Inyectar 0.5ml. de so-
lución dentro del borde lateral de la papila incisiva.

Fracasos de la Anestesia:

Estos pueden ser el resultado de los factores si-
guientes:

Depresión de la anestesia pulpar, ya que es corta y
deja de sentirse después de dos horas o más, pero la pro-
funda sólo puede durar treinta minutos, dependiendo de -
la vascularización de la zona, recordar que la anestesia
pulpar depende de la concentración, cantidad y proximidad
de la anestesia sobre el nervio.

Exceso conocimiento de la anatomía de la zona, para bloquear un nervio, se necesita el adecuado conocimiento de la anatomía del área; la falla principal es que no se deposita cerca del nervio que se va a anestésiar.

Anastomosis. La anestesia adecuada en el área inferior anterior, después de un bloqueo mandibular o mentoniano, no puede ser adecuada, debido a la anastomosis que presen en las fibras nerviosas, del otro lado de la línea media, inyectar dentro de la mucosa labial y cerca del ápice del diente involucrado para cubrir la deficiencia.

Inyección cerca del hueso compacto, el hueso de la mandíbula no es adecuado para realizar anestesia por infiltración, pues con sus características no permite la difusión de la solución anestésica.

Inyección dentro del área infectada, nos dará una anestesia incompleta, el foco de la infección produce ácidos y debido a la poca capacidad de los tejidos si el PH de la solución es bajo, su potencia estará disminuida.

Inyección intramuscular, ésta provocará dolor y trismus muscular.

Inyección intravenosa, la inyección en un vaso disipará el anestésico rápidamente.

Desviación de los nervios, los nervios no siempre siguen el camino habitual.

La variabilidad del paciente influye por que no en todos los pacientes se realizará la misma penetración o cantidad de anestésico local.

Complicaciones:

Las complicaciones causadas por anestésicos locales son raras, lo más común es la hipotimia; Si ocurre hay que tener cuidado con el paciente, poniéndolo en posición horizontal, administrar oxígeno y vigilar el pulso.

Erupciones en la piel como dermatitis con prurito y ardor, son problemas comunes, sin embargo, si ocurre después de la administración de la anestesia, el paciente deberá ser evaluado cuidadosamente por una posible alergia al anestésico.

Remitir al paciente con un médico especialista (inmunólogo, o dermatólogo), para realizarsele pruebas de sensibilidad, indicando en una carta el tipo de reacción y como fue determinado.

VI. MÉTODOS DE LA EXTRACTIÓN PARA DIENTES DECIDUOS.

La técnica para la extracción de dientes deciduos - presenta tres principios; prensión, luxación y tracción. Se estudiarán éstos principios según la anatomía de cada diente, ya sea unirradicular o multirradicular, tanto -- del maxilar inferior como del superior.

Dientes Unirradiculares Del Maxilar Superior:

La anatomía del incisivo central, lateral y canino. Es semejante a la forma de los dientes permanentes homónimos, los temporales tienen una raíz cónica, aplastada en sentido mesiodistal. Las dimensiones de la raíz varían a medida que el paciente aumenta de edad, por los procesos naturales de descalcificación radicular. Estas condiciones de la raíz deben tenerse presentes en el --- acto de la extracción.

La anatomía de los alvéolos del incisivo central, - lateral y canino. Tienen la misma forma del diente que - alojan. Las tablas vestibular y palatina son ambas de --- abundante diploe. Estas tablas son muy elásticas, por la escasa edad de sus portadores.

La relación es importante de los alvéolos de los - dientes anteriores se refiere a la porción apical, donde el diente temporario está próximo a la corona de los --- dientes permanentes, separados de éstos por el saco dentario de éstos últimos y una estrecha banda ósea, que --

puede variar de espesor, de acuerdo con la edad del paciente y con la actividad osteoclástica del saco. Estas relaciones serán menester recordarlas, para no dañar el germen del diente permanente en curso de la extracción de un temporario.

El exámen radiográfico de igual manera que para los dientes permanentes, el exámen radiográfico de los temporarios nos indica la forma de su porción radicular (tamaño, grado de resorción de la raíz); espesor y forma del tabique óseo que los separa de los permanentes; la existencia, posición y relación de los dientes permanentes.

La técnica de la extracción de los dientes anteriores deciduos, es semejante a la indicada para la extracción de los permanentes.

Prehensión. La pinza toma al diente por encima de su cuello anatómico.

Luxación. Para los dientes anteriores temporales sólo se aplican dos movimientos; luxación hacia afuera y rotación. Estos movimientos, lógicamente condicionados por la integridad y grado de calcificación de la raíz en el período de expulsión, basta a veces solamente la prehensión de la pinza para extraer el diente.

Tacción. Este movimiento se realiza hacia afuera y abajo y es una continuación sin pausa del movimiento rotatorio.

Dientes de la Irrupción de los Del Maxilar Superior:

La anatomía del primero y segundo molar . Poseen --- tres raíces homologas a las de los molares permanentes - pero en vez de abrirse en abanico, son convergentes. La raíz mesial es la más fuerte; las tres se inclinan hacia adentro describiendo una circunferencia, en la cual se encuentra el gérmen del diente permanente.

La anatomía de los alvéolos del primero y segundo molar. Tienen la forma de los dientes que le corresponden se relacionan por su parte superior con las coronas de + los premolares permanentes. La cara distal del alvéolo - del segundo molar temporario se pone en contacto con el alvéolo del primero molar permanente (parte coronaria o radicular según la edad del paciente).

El exámen radiográfico, en éste se comprueba la --- forma de las raíces sobre todo el grado de relación de ellas con los dientes permanentes; es de suma importancia esta vecindad, sobre todo en la extracción de las -- raíces de los dientes temporarios, para no lesionar los permanentes en curso de ésta operación.

La técnica de la extracción de los molares superiores esta dada de la siguiente forma;

Prensión. Se toma el molar por el cuello anatómico.

Luxación. Generalmente es suficiente el movimiento hacia vestibular, (lateralidad).

Tracción. Se termina con un movimiento hacia afuera y abajo; la fuerza necesaria para extraer el molar está en relación con la edad del paciente y el grado de resorción radicular.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Dientes Unirradiculares Del Maxilar Inferior:

La anatomía de los incisivos y canino inferiores. La forma de las raíces de éstos dientes se asemeja a la de los permanentes; difieren por su tamaño. Están aplastadas en sentido mesiodistal.

La anatomía de los alvéolos de los dientes anteriores presentan la misma forma que las raíces de los incisivos y canino. La tabla vestibular es generalmente más delgada que la lingual. Los alvéolos se relacionan entre sí, y con los dientes permanentes se encuentran por debajo de ellos de acuerdo con la edad del paciente varía el grado de resorción de la raíz y por lo tanto la proximidad de los permanentes al borde alveolar.

El examen radiográfico, indica la forma radicular, grado de resorción y proximidad de los dientes permanentes.

La técnica de la extracción de los dientes inferiores temporarios. La extracción es similar a la de los permanentes, se toma el diente a la altura del cuello.

Los movimientos de luxación se efectúan hacia afuera y en rotación.

La tracción continúa éstos movimientos, dirigiendo el diente hacia arriba y adelante.

Dientes Bl. radiculares Del Maxilar Inferior:

La anatomía del primero y segundo molar. Molares - portadores de dos raíces; mesial y distal. Están aplastadas en sentido mesiodistal. Las raíces divergen y alojan entre ellas el germen de los premolares correspondientes.

La anatomía de los alvéolos del primero y segundo molar. De acuerdo con la forma radicular, sucara vestibular es más oblicua que la lingual. Abiertas ampliamente - hacia abajo, por donde se relacionan con el premolar que va a reemplazarlos, por distal esta vecino el segundo alvéolo del primer molar permanente.

El examen radiográfico estudia el grado de resorción radicular y la relación con los permanentes.

La técnica de la extracción de los molares inferiores temporarios es semejante a lo indicada para la extracción de los molares inferiores permanentes.

Para la prensión se toma al diente a la altura del cuello.

Generalmente basta un movimiento de luxación hacia afuera, en caso necesario será complementado con un nuevo movimiento hacia lingual y otro hacia bucal.

La tracción. La intensidad de los movimientos de luxación depende del grado de resorción radicular. La tracción termina éstos movimientos dirigiendo el molar hacia afuera y abajo.

Extracción De Los Molares Temporarios Por Osteotomía;

Los molares temporales profundamente cariados, se fracturan con suma facilidad al presionarlos con la pinza para extracciones. Tal accidente suele ser de difícil solución.

Para evitar éste inconveniente y tal como fue indicado se hará la sección de la corona, separando los bloques radiculares, ésto simplifica la tarea.

La sección se realiza con piedras de corborundum en forma de lenteja o con fresas de cisura. Se separan las raíces siguiendo la anatomía del molar a extraerse (dos segmentos para molares inferiores y corte de 'Y' para molares superiores).

Extracción de las Raíces de los Dientes Temporales:

Separadas las raíces por la maniobra citada o por el proceso de caries que ha destruido su corona, la extracción de ellas se hará por medio de palancas.

Cualquier instrumento de la dentística operatoria puede hacer el trabajo. Empleamos comunmente cucharillas de Black, cuya hoja arqueada y robusta permite su uso sin temor a fracturarla.

Éstas cucharillas indistintamente las usamos para el maxilar inferior o superior; se les emplea aplicando la cara cóncava contra las caras proximales de las raíces a extraer. Girando el mango del instrumento y apoyándose en el tabique interdentario o en la cara proximal

del molinillo, se eleva la raíz de su alvéolo. Algunas raíces más sólidamente implantadas (sin proceso de reabsorción) requiere para su extracción el empleo de elevadores rectos o angulados, usándolos con la misma técnica que para los dientes permanentes. Hay que tomar en cuenta la vecindad con el diente de reemplazo. En general no es necesaria la preparación de un colgajo, a no ser que se trate de raíces profundamente retenidas.

Las raíces de los incisivos o caninos que son abordables con la pinza recta o balloneta se extraen por este procedimiento, en su defecto se prefiere el empleo de elevadores o cucharillas. Un elevador de hoja fina colocado entre hueso y la raíz desplaza como la extracción de los permanentes, la raíz del temporario.

VII. ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DE LOS DIENTES TEMPORARIOS.

La fractura del diente es un accidente frecuente, si no se toman las precauciones que hemos señalado; División del molar para facilitar su extracción y evitar los inconvenientes que significan el estallido de la corona del diente y la búsqueda, y extracción de la raíz. El examen radiográfico dentro de lo posible, presta grandes utilidades; los temporarios como los permanentes, pueden presentar accidentes y anomalías radiculares, que es menester saber que existen para emplear las técnicas o procedimientos indicados para tales casos, (extracción por alveolotomía o por odontosección).

Producido éste accidente se tratará de lavar el sitio de la extracción. se retirarán las esquirlas y se investigará si las raíces están individualizadas; en caso contrario, es necesario proceder a separarlas, según se indicó, las raíces se extraen por medio de cucharillas tal como se ha señalado.

Lesión y extracción de los gérmenes de los dientes permanentes. Consiste éste accidente en la lesión y aún la abulsión del germen de los dientes permanentes en el intento de extraer las raíces del temporal. Supone maniobras bruscas e incontroladas. Se aconseja en los casos en que radiográficamente las raíces del molar temporario son curvas y encierran entre sí la corona del permanente cortar el molar según la técnica de división que se ha ex puesto, haciendo del órgano dentario un elemento mesial

y otro distal, que se extraen por separado. En el caso de extracción accidental del diente permanente puede intentarse su reimplantación.

VIII. BIBLIOGRAFIA .

I. ANATOMIA DENTAL, FISIOLOGIA Y OCLUSION.

Russell C. Wheeler.
Editorial Interamericana
Quinta Edición.
1979.

II. ANALGESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA.

D.H. Roberts
J.H. Sowray, BDS.
Editorial El Manual Moderno
1982.

III. ANESTESIA EN PEDIATRIA.

Harold Daven
Editorial Salvat
1976.

IV. ANESTESIA EN ODONTOPELIATRIA.

Dr. Horacio Pizarro Suárez
Revista, El Odontólogo Moderno
1976 Febrero - Marzo.

V. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.

Mc. Donal Ralph E.
Editorial Mundi
1a. Edición
1978.

VI. CIRUGIA BUCAL

Tomo I

Guillermo A. Ries Centeno

Editorial El Ateneo

Octava Edición.

1980.

VII. CIRUGIA BUCAL

Tomo I

W. Harry Archer

Editorial Mundi

1978.

VIII. LA EXTRACCION DENTAL.

Geoffrey L. Howe

Editorial El Manual Moderno S.A.

1979.